

Hacia un Desempeño Profesional Éticamente Guiado: un Análisis en Contexto

Towards an Ethically Guided Professional Performance: an Analysis in Context

 Joaquín Pastor ¹,  Laura Armesto ², Lucía Sanguino ², Rafael Romero ¹, Silvia Poves ³ y Víctor M. Tocino ¹.

¹ Hospital Universitario Virgen Macarena (SAS), Sevilla, España.

² Hospital Universitario Jerez de la Frontera (SAS), Cádiz, España.

³ Hospital Universitario Virgen del Rocío (SAS), Sevilla, España.

Resumen

Adherirse a los principios éticos y a las normas legales es insuficiente si dicha adherencia no parte de la reflexión en torno a los contextos que inciden en nuestra praxis, en la persona del consultante y en la propia persona del terapeuta. Así, algunos aspectos de nuestro contexto sociopolítico y económico significativo podrían resultar relevantes para vehicular una práctica profesional con garantías éticas. Sin embargo, muy frecuentemente los profesionales partimos de la idea de que las consultas donde desarrollamos las intervenciones psicológicas están al margen de los contextos ideológicos o políticos, dando la impresión de que la participación de la cultura, las políticas en vigor o del marco sociohistórico en curso no tienen cabida en psicoterapia. Este artículo pretende analizar algunos elementos de nuestros contextos y las implicaciones para un desempeño ético en nuestra práctica profesional, al tiempo que señalar algunas situaciones de riesgo de mala praxis para los profesionales de nuestra disciplina.

Palabras clave: Psicología Clínica, Psicoterapia, Ética Profesional, Sistema Nacional de Salud.

Abstract

Sticking to ethical principles and laws is insufficient if that adhesion does not come from the reflection about the contexts that have a bearing in our praxis, in the person of the client and in the person of the therapist itself. Therefore, some aspects of our significant sociopolitical and economic context may be relevant in the task of accomplishing a professional practice with ethical guarantee. However, professionals are very often based on the idea that the consulting rooms where we do psychological interventions are out of the influence of the ideological or political contexts. That gives the impression that culture, the current politics, or the sociohistorical framework have no place in psychotherapy. The objective of this article is to analyse some elements of our contexts and their implications for ethical performance in our professional practice, while pointing out some risky situations of misconduct from professionals in our discipline.

Keywords: Clinical Psychology, Psychotherapy, Professional Ethic, National Health System.

Hace algunos años (Pastor, 2017), nos propusimos identificar qué situaciones de la práctica profesional de Psicólogos Clínicos y Psiquiatras resultaban más difíciles de valorar desde una perspectiva ético-deontológica. Hallamos que las más frecuentemente señaladas como controvertibles por los profesionales fueron las relacionadas con:

1) La ruptura de la confidencialidad, sobre todo aquéllas en las que los profesionales debían transferir información a instancias superiores, bien mediante la emisión de informes, la remisión de la Historia Clínica o, en su caso, acudiendo a los juzgados para declarar como testigos-peritos;

2) la transgresión no sexual de los límites terapéuticos (o relaciones duales no sexuales, Pastor y Del Río, 2022);

3) los aspectos relativos a la confidencialidad y la obtención del consentimiento informado en la infancia y la adolescencia, muy particularmente en situaciones en las que los profesionales de la Psicología Clínica debían dilucidar si evaluar e intervenir o, en su caso, posponer o incluso rechazar la intervención con menores cuyos progenitores estaban divorciados o en proceso de divorcio (Pastor y Del Río, 2018).

Además de vislumbrar qué situaciones resultaron más complejas en su valoración, pudimos apreciar que algunas variables se relacionaban con las valoraciones ético-deontológicas, por ejemplo:

1) La categoría profesional. Fueron los psicólogos clínicos, en contraposición a los psiquiatras, quienes realizaron valoraciones deontológicas más precisas cuando se trató de enjuiciar ciertas actuaciones profesionales relacionadas con la evaluación psicológica.

2) La experiencia profesional. Se observó que los años de experiencia profesional mejoraban el ajuste en las valoraciones ético-deontológicas de psicólogos clínicos y psiquiatras, siempre que éstos hubiesen realizado la Formación Sanitaria Especializada (FSE, en adelante).

3) La orientación psicoterapéutica. Los profesionales de todas las orientaciones, pero muy especialmente aquellos que refirieron intervenir desde posicionamientos teóricos y epistemológicos ajenos al cognitivo conductual, consideraron éticamente apropiado intervenir con técnicas sin apoyo empírico, pero eficaces en base a la experiencia del profesional. Respecto a la relación profesional, los profesionales valoraron como inadecuadas el establecimiento de relaciones duales de tipo sexual, mostrando más dificultades para valorar las de tipo social o financiero (aceptación de obsequios como muestra de gratitud, establecimiento de relaciones financieras o de amistad con pacientes, revelaciones personales, etc.), siendo estas dificultades algo mayores en el caso de los terapeutas sistémicos.

Ahora bien, la ética profesional es mucho más que la adherencia a los principios éticos recogidos en nuestros códigos deontológicos, en tanto se asienta en un encuentro en torno al que debemos reflexionar, al menos si aspiramos a vehicular intervenciones éticamente guiadas que consideren al otro polo de la relación. En ese otro polo hallaremos a personas frágiles, por su estado psicológico, y fragilizadas, en tanto se exponen asimétricamente en una relación donde confían su malestar a un profesional del que se espera haga un uso responsable de la información en él depositada (más allá de que el deber de secreto profesional no se configure como un derecho absoluto del consultante y los profesionales debamos considerar la ruptura de la confidencialidad en determinadas situaciones).

Partiendo de que la mayor parte de los Especialistas en Psicología Clínica nos desempeñamos en el Sistema Nacional de Salud (SNS, en adelante), consideramos pertinente señalar que éste debería ser el que mejor y más ayudara, al menos, a mitigar el dolor, el sufrimiento y la enfermedad que ineludiblemente nos acompaña a lo largo de nuestras vidas (Martin, 2016), por supuesto sin negar o desmerecer la importancia de otras instituciones o incluso de otras estructuras o profesionales del circuito privado que participan en la mejora de la calidad de vida y en el bienestar de las personas.

Desarrollar intervenciones éticamente guiadas en el SNS

Que la Psicoterapia sea una prestación sanitaria incluida en la Cartera de Servicios Comunes del SNS (2006), implica que asumamos la responsabilidad que tenemos para con la sostenibilidad del SNS, en tanto que muchas de las decisiones que tomamos a diario, en su mayoría dentro de nuestras propias consultas, impactan significativamente en la distribución de recursos. De este modo, nuestras actuaciones deben basarse en el establecimiento de criterios para la asignación de estos recursos basados en la beneficencia y la equidad. Aunque de la labor de gestores y políticos vamos a hallar algunas orientaciones (fundamentalmente, a modo de flujos de entrada y salida, así como criterios de exclusión o limitación), lo cierto es que organizar ética y responsablemente nuestra actividad profesional sigue siendo un acto donde también tiene cabida la reflexión propia. En este punto, tanto el análisis de la demanda como la indicación o no de tratamiento son, probablemente, de las cuestiones más relevantes que tenemos que afrontar los profesionales de la Psicología Clínica. Más allá de diagnósticos o formulaciones psicológicas, las demandas van a requerir una evaluación concienzuda. A veces, éstas no serán de cambio y, en otras muchas ocasiones, los consultantes solicitarán medicación psicofarmacológica como primera o como única opción. Algunos clínicos, desconocedores de lo que significa e implica el principio ético de justicia, expresan angustia y malestar cuando tienen que organizar su agenda más allá de asignar una cita *"en el primer hueco posible"*, aduciendo que ésta está saturada o que la asignación de cita es un acto administrativo. Sin embargo, ¿acaso la reflexión profesional respecto de la mejor forma de jerarquizar los casos clínicos o, lo que es lo mismo, de priorizar en nuestras agendas algunos casos frente a otros, no constituye un acto de gestión clínica, y no administrativa, que debiera contar con el empeño ético orientado a favorecer a los usuarios en función de su condición? En este sentido, el principio bioético de justicia nos emplaza a tratar a las personas con equidad, es decir, favoreciendo lo que cada usuario precisa según sus necesidades. Estas necesidades no

emanan necesaria y únicamente de la gravedad clínica sintomática, sino que tendremos que considerar algunos otros aspectos, como por ejemplo los relacionados con la edad del consultante, el tiempo de evolución de la clínica, la capacidad y la motivación para reflexionar y mentalizar o la/s demanda/s, no sólo la inicial, que realice (asistencial, farmacológica, de cambio sintomático o de petición de informe clínico para acceder a recursos, prestaciones, becas o trámite de discapacidad, etc.). Todo ello, para planificar intervenciones con dedicaciones de tiempo y de intensidad de tratamiento que necesariamente diferirán entre los consultantes, pero también para superar actitudes paternalistas, ligadas a la consideración de inferioridad del paciente. En este punto, consensuar con el usuario los objetivos terapéuticos y acordar las tareas a realizar en el transcurso de la terapia, así como favorecer un encuentro profesional en el que los roles asignados a terapeuta y paciente sean claros, supone no sólo adherirse a los estándares ya señalados por Bordin (1994) de una psicoterapia exitosa desde la perspectiva de las relaciones terapéuticas que funcionan, sino también a los principios éticos, que señalan al consentimiento informado como la norma instaurada en consideración con el principio de autonomía de los pacientes.

Además, que la Psicoterapia sea una prestación sanitaria incluida en la Cartera de Servicios Comunes del SNS va a tener implicaciones en cuanto a la formación y el desarrollo de las competencias necesarias para el ejercicio de la Psicoterapia por parte de los Psicólogos Internos Residentes. Tradicionalmente, la formación postgraduada en Psicoterapia ha sido deficiente y ha estado muy desvinculada de la práctica asistencial. La FSE debería ser el espacio formativo donde naturalmente resolver esta cuestión desde la colaboración con la Universidad (Valle, 2022). Sin embargo, son pocos los Especialistas en Psicología Clínica que se desempeñan en el ámbito universitario, donde los vestigios del desarrollo liberal que ha caracterizado a nuestra profesión, aún con una incursión insuficiente en el sector público, se mantienen en gran parte de la institución, al igual que el escaso compromiso de algunos académicos del ámbito clínico con las

condiciones socioeconómicas de las poblaciones y con la contribución al bienestar humano desde la perspectiva del desarrollo de su conciencia social. Paralelamente, desde el propio Consejo General de Colegio Oficiales de Psicología, y con la connivencia de la propia Universidad, se han promovido acreditaciones en Psicoterapia al margen de las vías oficiales para habilitarse como profesional sanitario dentro de la Psicología. Esta cuestión, que contiene el mensaje de que las formaciones de nivel generalista o especialista son insuficientes para resolverse con competencia en el ámbito de la Psicoterapia, implica favorecer la externalización de la formación de esta prestación sanitaria, en lugar de reforzarla en los que, a nuestro juicio, serían los contextos naturales de aprendizaje: Universidad y SNS, hecho que, a nuestro parecer, no iría precisamente en la línea de anteponer los intereses de las personas colegiadas.

Marcos epistemológicos en Psicología Clínica: ética y práctica.

La Psicología Clínica es una disciplina con desarrollos construidos desde epistemologías diferentes. Ahora bien, *¿debemos considerar que la diversidad epistemológica impide que los sistemas teóricos no sean subsumibles unos en otros y que, en consecuencia, las intervenciones psicológicas de diferentes paradigmas no tengan (y no puedan tener) ningún punto de consenso? ¿Debemos intervenir considerando en exclusiva los tratamientos con apoyo empírico? ¿Es ético orientar nuestras intervenciones desde la Práctica Basada en la Evidencia en Psicología (PBEP, en adelante)?*

Más arriba nos referíamos a un estudio (Pastor y Del Río, 2022) en el que se constató que los profesionales de todas las orientaciones psicoterapéuticas valoraban éticamente apropiado implementar técnicas psicoterapéuticas que no contaban con apoyo empírico pero consideradas eficaces en base a su experiencia clínica, resultados que podrían suponer un apoyo a las aproximaciones que enfatizan el valor de los procesos o de los modelos integracionistas en psicoterapia. Sabemos de la evolución hacia la integración en Psicología Clínica, como se constata en algunos estudios (por ej., Pastor y Del Río, 2022),

cifrándose en el 67.1% en alguno de ellos (Prado-Abril et al., 2019). Desde hace años (Ávila Espada, 2003), están en declive las actitudes de pasividad, las miradas hacia el pasado como única opción y los silencios carentes de objetivos estratégicos, al tiempo que se consolidan los enfoques orientados hacia la reconstrucción de la propia subjetividad a partir de la resignificación histórico-biográfica, junto con la integración de técnicas cognitivo-experienciales y el uso flexible de procedimientos gestálticos y psicodramáticos. No obstante, estos posicionamientos integradores en absoluto deberían asociarse a falta de rigor o usos asilvestrados de técnicas psicoterapéuticas no asociadas a una pertinente formulación de caso. En este sentido, se ha alertado de los riesgos de praxis irreflexivas, precipitadas e irresponsables (Ávila Espada, 2003) derivados de posicionamientos integradores mal entendidos. Al contrario, a juicio de este autor la filosofía de la integración en psicoterapia ostenta, además de un intrínseco atractivo, una especie de aspiración ética hacia la superación. Pastor y Del Río (2022) señalaron que bajo la denominación de terapeuta integrador podríamos hallar a clínicos con formaciones muy dispares entre sí y distintas formas de hacer psicoterapia con pocos o ningún punto de consenso metodológico o empírico, lo cual no implicaría necesariamente una praxis profesional inadecuada y reprochable desde una perspectiva deontológica, siempre que el terapeuta integrador hiciese un uso sistemático de las técnicas que aplicase o bien fuese capaz de vehicularlas epistemológicamente al amparo de modelos metateóricos como, por ejemplo, los narrativos o los constructivistas, desde donde posibilitar la integración con coherencia y realizar una formulación psicológica del caso clínico.

¿Qué ocurre cuando los profesionales privilegiamos los diagnósticos clínicos y los tratamientos con apoyo empírico a ellos asociados frente a la persona del consultante, su psicobiografía, sus preferencias y sus contextos significativos?

La PBEP se define como “la integración de la mejor evidencia disponible con la pericia clínica, en el contexto de las características, cultura y

preferencias del paciente” (American Psychological Association, 2006). Sin embargo, como señalan Gimeno y Mateu (2020), aunque el concepto de PBEP se halla muy arraigado entre clínicos, estudiantes e investigadores, parece que ha calado la idea de que toda la PBEP se reduce a elegir un tratamiento específico y aplicarlo cuando detectemos un trastorno concreto. No obstante, la PBEP no debería interpretarse en absoluto como una práctica de selección de tratamientos asociados a cuadros clínicos concretos, sino como un movimiento que favorece el uso crítico y la integración de la evidencia disponible respecto de los procesos y los resultados, y que respeta los estándares éticos para adaptar y flexibilizar las intervenciones a las preferencias y los valores del consultante. Porque, si bien los profesionales aspiramos a beneficiar a nuestros consultantes, sostener que el beneficio se deriva en exclusiva de una práctica profesional derivada de la aplicación de tratamientos con apoyo empírico, podría:

1) desmerecer los elementos específicos de las relaciones terapéuticas que funcionan;

2) privilegiar el modelo médico en el que se asientan los tratamientos con apoyo empírico, considerando el tratamiento psicológico de modo similar al de un tratamiento médico orientado a la determinación de leyes universales que establecen la técnica psicoterapéutica idónea para resolver un trastorno (descrito en base a las clasificaciones internacionales) de un consultante, despreciando a la persona, sus preferencias, sus valores, su psicobiografía y su contexto;

3) indicar desconocimiento respecto de otras formas de valorar la eficacia de las intervenciones.

Respecto a esta cuestión, Ávila Espada (2003) considera apropiado flexibilizar técnicas siempre que haya una integración teórica que favorezca el sentido de dicha modificación. Asimismo, propone avanzar en la investigación conjunta procesos-resultados, señalando la dificultad que entraña la investigación de resultados cuando no se comprenden los procesos. En este punto, numerosos autores sostienen que el paradigma

de la evidencia es discutible, en tanto “evidencia” en psicoterapia no tiene los mismos matices que en otros ámbitos de salud (Gupta, 2010).

¿Cuál sería el punto de partida para iniciar un tratamiento psicológico? ¿Anteponemos el diagnóstico clínico a la persona? ¿Privilegiamos la clínica o la formulación psicológica del caso? ¿Favorecemos las circunstancias y la estructura narrativa y el significado de la experiencia personal de los consultantes o aplicamos tratamientos que optan por anteponer los datos obtenidos de grupos homogéneos? Algunos profesionales sostienen que los diagnósticos son innecesarios en la práctica clínica, si bien la pericia diagnóstica es, en ciertos cuadros clínicos, relevante para realizar un adecuado manejo clínico que, sin duda, afecta a la toma de decisiones terapéuticas (Gupta, 2010). En este punto, si bien los Psicólogos Clínicos debemos tener la doble mirada para “jugar”, y por tanto manejarnos, en esta doble banda (clínica y terapéutica), nuestro punto de partida debe favorecer y privilegiar a la persona, su idiosincrasia y sus contextos. Este punto es especialmente controvertible en el contexto hospitalario, donde la inexistencia de un diagnóstico clínico franco parece no justificar la pertinencia de un tratamiento. En cualquier caso, hacia lo que sí deberíamos orientarnos todos los profesionales, en tanto nuestra labor resultaría insuficiente si no fuese así, es hacia la consideración de los elementos de la estructura social, hacia la reflexión acerca de los contextos y de cómo éstos inciden en los procesos de salud y enfermedad (o malestar) y, por supuesto, hacia la incorporación del concepto de justicia a los valores que inspiran nuestras intervenciones (Altisent et al., 2019), orientación que, al menos parcialmente, ya proponen ciertos modelos (Johnstone y Boyle, 2018) que intentan sistematizar la psicopatología fuera del aún imperante marco biomédico.

Y todas estas cuestiones, y no sólo los aspectos clínicos o los antecedentes, pueden y deben estar contenidos en la Historia Clínica de Salud Mental. A este respecto, otras de las cuestiones incorporadas entre los profesionales es que *“la Historia Clínica es del paciente”*. Y no, no lo es, no en su totalidad: ni las apreciaciones subjetivas ni los datos de terceros son propiedad

del consultante, sino del clínico que redacta la Historia Clínica y de los terceros que le aportaron información adicional propia en beneficio del usuario (art. 18.3 de la Ley 41/2002). Se da la circunstancia de que, generalmente, los profesionales de nuestra disciplina somos quienes más precisamos de este tipo de anotaciones. Muchas veces, desconocedores de que podemos hacer valer el derecho de reserva y no entregar la Historia Clínica en su totalidad a los usuarios que la solicitan, funcionamos defensivamente y no explicitamos en la Historia Clínica aspectos que consideramos relevantes, con la consiguiente

pérdida de información valiosa. En este sentido, planteo dos cuestiones para la reflexión por parte del lector, sobre todo de aquél/aquella que se desempeñe en el SNS: *¿puede una Historia Clínica de Salud Mental obviar datos de terceros y apreciaciones subjetivas? ¿Garantiza suficientemente la institución el derecho de reserva de los profesionales a sus anotaciones subjetivas? Aún hay camino que recorrer en este punto...*

Al hilo de esta cuestión, y en todo caso sin ánimo de ser exhaustivos, señalaremos algunas de las situaciones de riesgo de mala praxis en Psicología Clínica más frecuentes, así como algunas orientaciones al respecto:

<i>Situación de riesgo</i>	<i>Orientaciones</i>
Entender que el Consentimiento Informado no es obligatorio en Salud Mental.	"Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado" (Art. 8, Ley 41/2002).
Sostener que la Historia Clínica es del paciente.	"El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas" (Art. 18.3, Ley 41/2002).
Atender a un menor sin el consentimiento de ambos titulares de la patria potestad.	Salvo las excepciones contenidas en la legislación, el consentimiento deberá otorgarlo "el representante legal" del menor, quien según el artículo 156 del Código Civil, serán los titulares de la patria potestad.
Crear que lo que ocurre fuera de la sesión de terapia con un paciente no afecta a la relación terapéutica con él establecida.	Una de las creencias en las que se sustenta el establecimiento de relaciones duales con pacientes, la cual puede llevarnos a considerar que las interacciones mantenidas con los pacientes fuera de las consultas no afectan a nuestro trabajo terapéutico (Pope y Keith-Spiegel, 2008).
Suponer que hay que preservar el secreto profesional en todos los casos.	El deber de secreto del Psicólogo Clínico no se configura como un derecho absoluto del paciente, sino que existen distintas excepciones y límites al deber de confidencialidad.

Aspectos del contexto relevantes para una práctica profesional ética

A nuestro juicio, es arriesgado funcionar desde la idea, apuntalada desde el contexto universitario, de que las consultas donde desarrollamos las intervenciones psicológicas (o psicoterapéuticas) están al margen de los

contextos ideológicos o políticos, dando la impresión de que el espacio terapéutico es un marco cuasi sagrado con escasa participación de la cultura, las políticas en vigor o del marco sociohistórico en curso. Pero lo cierto es que tanto los consultantes como los profesionales estamos inmersos en estos contextos y, muy frecuentemente, revisamos la biografía de los

usuarios e intervenimos pretendiendo resignificar su experiencia desde un enfoque reconstructivo con perspectiva ecológica (Bronfenbrenner, 1979), atendiendo a los sistemas de los que participa (o participamos). Es decir, los actos de los profesionales de la Psicología Clínica, además de ser pertinentes, deben desarrollarse desde la reflexión de los contextos sociocultural e histórico (Amaro, 2003) donde terapeuta y consultante se hallen. Algunos aspectos de nuestro contexto sociopolítico y económico significativo que, a nuestro juicio, resultan relevantes para vehicular una práctica profesional con garantías éticas son:

- La Salud Mental Comunitaria. Las propuestas de reforma psiquiátrica hacia la desinstitucionalización y el desarrollo de servicios de Salud Mental y programas con perspectiva comunitaria (Olabbarría y Gómez, 2022) hicieron cuestionarse algunos principios en Salud Mental: el método epistémico en psiquiatría; el concepto de enfermedad mental como sinrazón o peligrosidad; la institución asilar como recurso terapéutico considerado a veces como de primera opción; el tratamiento moral de las terapias normalizadoras (Onocko-Campos y Furtado, 2006). Es decir, la transformación de los servicios de Salud Mental fue el resultado de una reflexión y un cuestionamiento epistemológico y ético que pretendió resignificar a la locura y revisar las prácticas tradicionales aplicadas en las instituciones asilares. Los centros de salud mental comunitarios, representantes del nuevo paradigma de atención a la Salud Mental, debían desarrollarse desde un enfoque transversal que atendiera a los usuarios desde una práctica alejada del estigma, basada en la evidencia, los derechos humanos, los contextos significativos de los usuarios, el enfoque multisectorial y la puesta en valor del paciente como agente de cambio.
- Contradicciones entre los derechos humanos (DDHH, en adelante) y los intereses económicos. El compromiso con los DDHH y la dignidad de las personas adquiere el valor

de obligación ética para los profesionales de la Psicología Clínica (Del Castillo Salazar y Abrahantes, 2018). Si bien nos orientarían hacia un SNS universal y centrado en la equidad, bien financiado y focalizado en la corrección de la desigualdad, lo cierto es que se han dado importantes contradicciones con los intereses económicos. Los principios de dignidad, justicia y bienestar que deberían guiar la atención en Salud Mental chocaron con la lógica del beneficio financiero y, en la actualidad, se sigue apostando por un modelo basado en lo económico, enfocado en la enfermedad, en la tecnología costosa y de difícil acceso, y que ignora la importancia de los aspectos relacionales y colectivos de la Salud Mental. Apuntalar un SNS para que éste sea solvente, dirigido a metas de eficacia y equidad, garante de calidad asistencial y resistente incluso ante restricciones presupuestarias severas (Cabasés y Oliva, 2011) no ha esquivado a las políticas de ajuste que se dieron en el contexto de crisis económica iniciado en la primera década de nuestro siglo (Martín, 2016). Éstas supusieron una agresiva reducción del gasto público, justificada en el cuestionamiento de la sostenibilidad del SNS. Así, se propusieron medidas orientadas a una mayor participación de la iniciativa privada, la instauración de nuevos copagos farmacéuticos y la ausencia de reposición de profesionales tras su jubilación o fallecimiento (con la consecuente pérdida de capital humano). No olvidemos el asedio que sufrieron las plazas PIR, las cuales descendieron tras una oferta en la convocatoria 2011 de 141 plazas, para no igualarse hasta la convocatoria 2018 e iniciar su ascenso a partir de la convocatoria 2019. Tampoco el riguroso control de los salarios y de las condiciones laborales de los empleados públicos, quienes paralelamente sufríamos el recelo de una parte de la población que nos consideraba destinatarios de recursos públicos desorbitados (Pastor y Del Río, 2018). Al mismo tiempo, los ciudadanos, desde el temor de no poder acceder a las prestaciones del SNS, contrataban seguros privados, y se proponía como solución a la mayor crisis del sistema

económico capitalista del S. XXI una mayor participación de los mercados (Martín, 2016), dado que la solución a la sostenibilidad para algunos pasaba por la privatización de los servicios públicos y la incorporación de la empresa privada para la gestión pública. Las políticas de recortes indiscriminados (Cabasés y Oliva, 2011) conllevaron una relevante merma de la calidad del sistema que produjo la desafección del ciudadano hacia el sistema sanitario. Así, se sentaron las bases para fragilizar el SNS: disminuyendo el número de profesionales se ponía en riesgo la cartera de servicios, al tiempo que se dificultaba la accesibilidad de los ciudadanos a las consultas de Atención Primaria y Especializada. Los servicios de Salud Mental no se libraron de esta fragilización y la psicoterapia, una prestación ya de por sí hostigada (Olabarría, 2020) en un sistema organizado médicamente y orientado a incentivar intervenciones breves, se vio gravemente perjudicada. Muchos ciudadanos sufrían condiciones laborales y económicas indignas y llegaban a nuestras consultas buscando alivio para un malestar que, fundamentalmente, se derivaba de políticas “austeras” orientadas a privilegiar a los mercados sobre las personas. A veces, resignificar y validar su malestar servía tan poco como orientarles hacia los recursos sociales pertinentes, pues estaba generalizado el acoso al sector público y tampoco desde dichos servicios se generaban respuestas satisfactorias. Indicar no tratamiento no era siempre bien recibido y nuestra prestación por excelencia, la psicoterapia, sufrió un mayor asedio, resultando más difícil desarrollar intervenciones con quienes sí tenían indicación de tratamiento psicológico.

- El Capitalismo Emocional. Cuando las emociones y las experiencias pasan a ser parte esencial del producto (Hochschild, 2008), los seres humanos aspiramos a controlar, erradicar y amputar todas aquellas que consideramos disfuncionales según las normas construidas por algunas disciplinas profesionales modernas, entre las que se halla la Psicología Clínica. Durante décadas,

nuestra disciplina ha contribuido al desarrollo de una tecnología disciplinaria que enjuicia lo que está bien y lo que no. En consecuencia, se nos ha alentado a monitorizar nuestras vidas, escudriñar nuestras emociones y experiencias y controlar todos los aspectos de nosotros mismos que nuestra cultura moderna ha venido a establecer como inadecuados, incitando a las personas a reproducir una única individualidad (White, 2011) en la que tenemos que autocontenemos, autorrealizarnos, autocontrolarnos... Este mandato capitalista, en el que la vida de las personas se convierte en objeto de control, tiene un efecto disgregador de los grupos, que son sustituidos por individuos organizados en torno a normas. De modo que ante una emoción displacentera o un evento adverso que se vivencie con malestar, las personas pretendemos autogestionarnos convenientemente, aspirando a su control sin necesidad de contar con apoyos externos, pues el mandato que impera nos orienta hacia un individualismo feroz que establece como inadecuado no resolvernos convenientemente y sin ayudas. Los eventos displacenteros, externos o internos, se vivencian como inadecuados y, desde ahí, surgen sentimientos de no poder soportarlos y de autocondena, en tanto fracasamos al aspirar su control eficaz e inmediato. En este marco, la Psicología Clínica se ha orientado en las últimas décadas hacia desarrollos que promueven el tránsito y la aceptación de los eventos internos con enfoques de tercera generación y otras perspectivas metateóricas postmodernas que pretenden la validación de las experiencias a partir de la resignificación de las mismas. Sin embargo, se siguen dando orientaciones, a modo de prescripciones, por parte de algunos profesionales del tipo: “*tienes que aprender a estar solo*”; “*eso no es un sentimiento sano*” o “*debes autocontrolarte eficazmente*”, sin una reflexión o análisis contextual que dote de sentido y significado al malestar (Olabarría, 2012).

- La pandemia COVID-19 evidenció las carencias de nuestro SNS, fragilizado

durante los años previos. Los servicios de Atención Primaria, al borde del colapso, resultaron muy perjudicados y la accesibilidad y, con ella, la atención integral, la longitudinalidad y la coordinación que siempre habían caracterizado a la Medicina Familiar y Comunitaria fueron golpeadas (Benejam, Lapuente, Rodríguez, Barbera, Balbuena y Bratescu, 2021). Muchos pacientes no lograban acceder a los centros de salud y, pese a los esfuerzos de profesionales y usuarios por adaptarse a las consultas telemáticas, éstas no resultaban satisfactorias en todos los casos. Los profesionales de Salud Mental nos preocupamos de cómo los cambios tecnológicos podían afectar a la relación profesional y qué podíamos hacer para que los usuarios no nos percibieran distanciados de sus dificultades. Adicionalmente, desde estructuras colegiales se apoyaron decisiones políticas que aprovecharon la coyuntura para solicitar la entrada en el Sistema de profesionales no especialistas o para favorecer la externalización de prestaciones.

- Las disparidades entre las comunidades autónomas. El gasto sanitario y, específicamente, la inversión en Salud Mental en las comunidades de nuestro país ha sido muy desigual, convirtiendo en una entelequia el principio de igualdad de acceso de los ciudadanos a una Cartera de Servicios Comunes, de modo que, pese a las presuntas actitudes favorables a hacia la consolidación de un SNS de calidad, universal y solidario (Altisent et al., 2019), existe una acusada variabilidad en las prestaciones dispensadas. La Psicología Clínica no es ajena a esta cuestión y, aunque existen dificultades en todo el territorio nacional, en algunas comunidades más que en otras los profesionales nos hallamos en verdaderos apuros para establecer relaciones de proximidad y sintonía con los usuarios, para poder realizar formulaciones de caso complejas que nos permitan mentalizar lo que les ocurre y, por supuesto, para desarrollar intervenciones conforme al rigor del conocimiento teórico-técnico que

atesoramos, con la consiguiente afectación de la puesta en valor de lo que hacemos.

Por último, la ausencia de contrataciones y la inexistencia de bolsas de empleo actualizadas son diferencias entre nuestras autonomías que han favorecido numerosos movimientos migratorios dentro del país.

- Ética y Marco Constitucional. La ética tradicional (Amaro, 2003) pretendió el beneficio máximo de los usuarios, al tiempo que consideraba inmoral cualquier tipo de daño causado (incluidos los derivados de algunos cuidados paliativos que podrían acelerar los procesos de pacientes terminales). Por supuesto, estos supuestos beneficios, en un momento en los que eran inexistentes los desarrollos legislativos que protegieran a los usuarios de actitudes paternalistas, eran determinados por los médicos, que ostentaban el poder de monopolizar las intervenciones a su antojo al amparo de decisiones que adolecían de reflexión respecto del principio ético de autonomía. Naturalmente, hemos evolucionado hacia una perspectiva de la justicia distributiva, donde el derecho de protección de la salud, recogido en el art. 43 de nuestra Carta Magna (Constitución Española, 1978), no puede, o al menos no debería, desarrollarse bajo el auspicio de la beneficencia, circunstancia ésta que lamentablemente muchos vislumbran en un horizonte no muy lejano, teniendo en cuenta el desarrollo de políticas que marcan una apresurada tendencia hacia la gestión privada de los servicios públicos y a la externalización de prestaciones sanitarias, en un claro y preocupante movimiento involutivo. Mientras tanto, los profesionales de la Psicología Clínica, como otros profesionales sanitarios, seguimos aspirando a lograr la accesibilidad de los usuarios, realizando esfuerzos ímprobos con una agenda sobresaturada, en lo que constituyen actos de gestión clínica empeñados éticamente en garantizar el principio ético de justicia, garante de equidad.

- La gestión sanitaria. Preocupación máxima merece el hecho de que no siempre se promueva una cultura de integridad y buenas prácticas alejadas de conflictos de intereses y el fraude (Cabasés y Oliva, 2011). Preocupación también por las prácticas gestoras que no discriminan y ponen en valor el desempeño profesional de excelencia, asignando indiscriminadamente complementos de productividad, con la consiguiente falta de reconocimiento y posibilidad de promoción (capital motivacional). Siguen dándose prácticas de nombramientos en las que los tribunales conformados no incluyen a todas las categorías profesionales que forman parte de los servicios de Salud Mental o en los que se producen nombramientos por afinidad política o personal, los cuales se mantienen durante años (a veces, décadas). Además, ciertas prácticas en los niveles de gestión no facilitan la organización psicoterapéutica de los servicios o las tareas de coordinación intersectorial, poniendo en riesgo la perspectiva comunitaria que debe caracterizar a los servicios de Salud Mental.

Conclusiones

Creemos insuficiente la consideración única de los principios éticos para desarrollar una práctica éticamente guiada. La reflexión en torno a los contextos en los que se hallan los consultantes es crucial para, entre otras cuestiones, valorar las demandas, indicar (o no) tratamientos psicológicos y vehicular intervenciones al amparo de la práctica basada en la evidencia.

Referencias

- Altisent, R., Elósegui, M., Coronado, V., Ventura, T., Gallego, S., Riaño, I., et al. (2019). Ética y Responsabilidad en la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. *Cuadernos de Bioética*, 30(98), 79-88.
- Amaro, M.C. (2003). Algunas reflexiones más sobre la ética de la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19(6). http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_6_03/mgi05603.htm
- American Psychological Association (2006). Evidence-based practice in psychology: APA presidential task force on evidence-based practice. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.
- Ávila Espada, A. (2003). ¿Hacia dónde va la psicoterapia?: Reflexiones sobre las tendencias de evolución y los retos profesionales de la psicoterapia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (87), 67-84
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. The working alliance: *Theory, research, and practice*, 173, 13-37.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Cabasés, J. M., y Oliva, J. (2011). El gobierno de la sanidad frente a la crisis económica. Notas sobre economía de la salud y sostenibilidad del sistema sanitario. *Cuadernos de información económica*, 225, 57-62.
- Coll Benejam, T., Palacio Lapuente, J., Añel Rodríguez, R., Gens Barbera, M., Jurado Balbuena, J. J., y Perelló Bratescu, A. P. (2021). Organización de la Atención Primaria en tiempos de pandemia. *Atención Primaria*, 53, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102209>
- Constitución Española de 1978. *Boletín Oficial del Estado*, 311.
- Del Castillo Salazar, D., y Rodríguez Abrahantes, T. N. (2018). La ética de la investigación científica y su inclusión en las ciencias de la salud. *Acta Médica del Centro*, 12(2), 213-227.
- Gimeno-Peón, A., y Mateu, C. (2020). Hacia la Evidencia Basada en la Práctica en Psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 179-194. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.387>
- Gupta, M. (2010). ¿Qué es la "Evidencia" en la Psiquiatría? *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 21, 436-443.
- Hochschild, A. (2008). *La mercantilización de la vida íntima: Apuntes de la casa y el trabajo*. Katz editores.
- Johnstone, L., y Boyle, M. (2018). The power threat meaning framework: An alternative nondiagnostic conceptual system. *Journal of Humanistic Psychology*. <https://doi.org/10.1177/0022167818793289>

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 274.
- Martín, J. J. (2016). El sistema nacional de salud español ante la gran recesión. *Cuadernos de relaciones laborales*, 34(2), 315-334.
<http://dx.doi.org/10.5209/CRLA.53459>
- Olabarría, B. (2012). El tiempo como elemento constituyente psíquico y relacional y su noción acelerada en la sociedad actual. Implicaciones en psicoterapia. *Cuadernos de terapia familiar*, (81), 19-29.
- Olabarría, B. (2020). La psicoterapia y la sanidad pública en España: El sistema nacional de salud (SNS) como contexto de la clínica psicoterapéutica. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 53-75.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.406>
- Olabarría, B., y Gómez, M. (2022). La reforma psiquiátrica en España. Hacia la Salud Mental Comunitaria. Xoroi Edicions.
- Onocko-Campos, R. T., y Furtado, J. P. (2006). Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 1053-1062.
- Pastor, J. (2017). Valoración ética por parte de profesionales de la psicología clínica y psiquiatría de algunas situaciones de la práctica profesional (Tesis Doctoral, Universidad de Sevilla).
<https://idus.us.es/handle/11441/70507>
- Pastor, J. M. y Del Río, C. (2018). *Ética profesional en salud mental. Guía de actuación ético-deontológica y legal en psicología clínica y psiquiatría*. Pirámide.
- Pastor, J. y del Río, C. (2022). Valoraciones éticas en psicoterapia: Estudio con profesionales de salud mental en España. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 187-203.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.853>
- Pope, K. S. y Keith-Spiegel, P. (2008). A practical approach to boundaries in psychotherapy: making decisions, bypassing blunders and mending fences. *Journal of Clinical Psychology*, 64(5), 638-652.
- Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Sánchez-Reales, S., Youn, S. J., Inchausti, F. y Molinari, G. (2019). La persona del terapeuta: Validación española del Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 131-140.
<https://doi.org/10.5944/rppc.24367>
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. *Boletín Oficial del Estado*, 222.
<https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/09/15/1030>
- Valle, R. (2022). Capacitación no escolarizada en psicoterapia: problemas y perspectivas. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 60(4), 454-464.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272022000400454>
- White, M. (2011). *Práctica narrativa. La conversación continua*. Santiago de Chile: Pranas.