

Ética y Trabajo Social Forense

Extiendo un cordial saludo a tan respetable audiencia y expreso mi agradecimiento al comité organizador de esta magna actividad. Me place compartir el tópico de la ética en el uso del DM-IV-TR con el Dr. Hugo Román. Mi rol en el desarrollo de dicho tópico gira en torno a las consideraciones que contemplamos y la decisiones que tomamos usando la mencionada referencia clínica y teniendo en perspectiva los fundamentos éticos que nos sirven de paradigmas.

De inicio, cabe aclarar a qué ética nos referimos. Los servicios sociales se circunscriben a dos dimensiones éticas fundamentales: La dimensión *teleológica*, la cual toma en cuenta las causas finales o consecuencias de nuestras decisiones y actos, y la dimensión *deontológica*, la cual se fundamenta en que nuestras decisiones y actos deben estar anclados en normas morales predefinidas (Mattison, 2000)¹. Estas dos dimensiones, aunque importantes en sus respectivos planteamientos, tienden a chocar al momento de ofrecer recomendaciones, tomar decisiones o actuar en el desempeño de nuestros roles. La resolución de este choque se activa a base de jerarquía. El plan de intervención que podemos desarrollar con un/a usuario/a de nuestros servicios luce tener mucho más de teleológico que de deontológico; es decir, buscamos un fin, una consecuencia deseada. En la trayectoria que nos conduce a dicha consecuencia deseada cumplimos con paradigmas predefinidos (por ejemplo: respeto a la dignidad del cliente, reconocimiento a la confidencialidad de la información del cliente) con fundamento deontológico. La jerarquía estriba en qué tipo de decisión debemos tomar en un momento dado, con qué propósito y qué norma nos obliga o prohíbe un acto para con el cliente. Esta jerarquía es, entonces, dinámica.

¹ Mattison, Marian. Ethical Decision Making: The Person in the Process. En *Social Work*. Vol. 45, No. 3. pp.201+

En su preámbulo, nuestro documento ético básico define y sostiene un principio teleológico que deja clara la consecuencia deseada de nuestros actos en virtud de nuestra función profesional:

*"...que entienda que el fin primordial de su función es servir a la gente para que logren el desarrollo óptimo de sus capacidades y para que vivan una vida satisfactoria, productiva, independiente y socialmente útil"*².

Acto seguido, se dedica a estructurar los cánones (base deontológica) bajo los cuales todo profesional de esta disciplina debe regir sus actos referentes a la sociedad, a la profesión, a la clientela, a los/as colegas, y a la agencia. Este documento supremo de trabajo social plasma, en forma clara, las dos dimensiones éticas a las que nos estamos refiriendo.

Por otro lado, en la búsqueda de consecuencias deseadas para con nuestros clientes, usamos como referencia la muy autorizada y reconocida fuente sobre trastornos mentales y conducta humana conocida como el DSM-IV-TR³. Aún con sus ya conocidas imperfecciones, dicha referencia ha probado ser un instrumento útil para la orientación de nuestro juicio y proceder en casos de trastornos mentales y de circunstancias psicosociales que puedan incidir en la conducta de nuestros clientes. Acudimos al DSM para dicha orientación, aunque no para nuestras decisiones ulteriores, ya que esta referencia no posee personalidad jurídica alguna sobre los casos que atendemos. Las decisiones son tomadas por quienes tenemos personalidad jurídica (clientes, profesionales, agencias, tribunales) para ello. No hacemos recomendaciones ni tomamos decisiones porque lo dice el DSM, sino porque, con la ayuda del DSM, pensamos que dichas recomendaciones y decisiones maximizan las posibilidades de concretizar las consecuencias deseadas para con nuestros clientes. En algunos

² Colegio de Trabajadores Sociales de Puerto Rico: *Código de Ética del Trabajador Social de Puerto Rico*. Según revisado en 1980. Preámbulo. P.1

³ American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual, Fourth Edition, Text Revision*

casos podemos discrepar de lo que nos indica el DSM por razones que, a nuestro mejor juicio, no resulten cónsonas con los mejores intereses de nuestros clientes, nuestra agencia o nuestra profesión. Tal vez lo mejor del DSM es que nos obliga a discurrir sobre los casos que trabajamos y por ende, a formular ponderaciones y planes de intervención diferenciales (Turner, 1995, 1983, 1976, 1968)⁴. Puesto de otro modo, el DSM nos ayuda a evitar el peligro de enmarcar todo caso dentro de un mismo molde que, quizás inintencionadamente, parte de la equívoca premisa de que lo que es bueno para uno es bueno para todos.

La labor de trabajo social, en el proceso de diagnóstico, es vital. Nos compete la evaluación de los estresores psicosociales que inciden, directa o indirectamente, en la conducta de nuestros clientes, de sus familiares y de la comunidad. Conocemos esta porción diagnóstica del DSM como *EJE IV*. Lo vital de esta evaluación consiste en que los factores situacionales que redundan en algún acto impulsivo deben ser trabajados al unísono con factores psicológicos, físicos, genéticos (hereditarios), que también impulsen la conducta delictiva. Es nuestra disciplina, junto a las terapias ocupacionales, la que previene el reduccionismo en las intervenciones clínicas. La encrucijada que enfrentamos es la que nos impone identificar las consideraciones éticas que debemos tener en cuenta al ofrecer recomendaciones y tomar decisiones en los procesos de diagnóstico e intervención basados en el DSM.

Diagnóstico versus estigma

La consideración ética más obvia, tan obvia que en ocasiones la pasamos por alto, es la del uso terapéutico del diagnóstico en contraposición con el mal uso estigmático de la "etiqueta" diagnóstica. El primero es parte del proceso clí-

⁴ Turner, Francis (1995). *Differential Diagnosis and Treatment in Social Work*. New York. Free Press.

nico. El restante es parte de la marginación y exclusión del cliente. El diagnóstico nos facilita el conocimiento de los síndromes típicos de los trastornos mentales a fin de combatirlos e identificar el progreso de nuestro cliente conforme se desarrolla la intervención. También el diagnóstico ayuda a familiares y colaterales a ofrecer el apoyo requerido para la estabilización y recuperación de dicho cliente. Todo esto armoniza con el fin primordial de la profesión según citado anteriormente. Resulta disonante, sin embargo, el uso del diagnóstico como una fuente de estigma mediante la cual perpetuamos la discapacidad funcional del cliente (Corrigan, 2005)⁵. Podemos fomentar el estigma de la “etiqueta” cuando, en nuestras intervenciones con familiares, nos aferramos con insistencia a la discapacidad del cliente aumentada por la crisis por la que atraviesa durante el momento en que se agudizan los síntomas. El problema en cuestión, en ocasiones, no es el diagnóstico, sino la realidad de que, cuando los síntomas caen en remisión y el cliente se recupera, lo dejamos de ver hasta la próxima crisis. No tenemos la oportunidad de observar su conducta fuera de la crisis y, por ende, nuestra impresión es la de *cronicidad* del trastorno cuando la realidad puede ser otra muy distinta. El no tener contacto con nuestro cliente en momentos de estabilidad y recuperación nos arrastra al peligro de fomentar estigmas.

Nosotros estaríamos más cómodos recomendando la revocación de patria potestad a una madre diagnosticada con esquizofrenia que a una madre diagnosticada con depresión mayor recurrente. Esa comodidad obedece a la etiqueta generalizada más que a una observación continua de funcionalidad en los roles maternos. Tanto en su dimensión ética como en su frónesis⁶, sería más útil para el sistema familiar el evaluar dicha funcionalidad, referir, de ser necesario, a

⁵ Corrigan, Patrick W. “How Clinical Diagnosis Might Exacerbate the Stigma of Mental Illness”. In *Social Work*. Vol. 52, No. 1. p. 31+

⁶ Uso el término “frónesis” en su estricta definición: aplicación práctica de un concepto filosófico.

la cliente a cursos de maternidad y paternidad ("parenting") responsable y preparar las fuentes familiares de apoyo para eventuales crisis, que recomendar una revocación de patria potestad y remoción de menores, lo que provocaría otra crisis en la madre como en los mismos menores. Resultaría más justo, aunque menos cómodo, examinar cuán estables o controlados se encuentran los síntomas de esquizofrenia y con qué diligencia desempeña el rol materno mientras goza de su estabilidad. También podemos identificar qué recursos de apoyo estarían disponibles en caso de recaídas. Con la madre que sufre de episodios recurrentes de depresión, debemos explorar cuán consistente pueden ser las expresiones de afecto para con sus hijos antes de dar por sentado que la madre deprimida puede ejercer su rol materno mejor que la madre esquizofrénica.

Debemos examinar nuestros propios juicios *a priori* y ponderar de donde surgen. Si obedecen a nuestras impresiones generalizadas en lugar de responder a los datos actuales o al continuo conductual de nuestro cliente, éticamente tenemos que rectificar: utilizar el diagnóstico correctamente y evadir estigmas.

Autoestigma versus autoestima

El término "estigma" fue aplicado a los pacientes mentales por vez primera por Ervin Goffman en su clásica obra "Asylums"⁷. Se refirió a la marca pública y permanente que, al igual que a los confinados y ex confinados, se le atribuye a quienes en un momento dado han sufrido el tormento de un trastorno mental, por breve o pasajero que halla sido. El estigma también es un juicio *a priori*, pero que tiende a ser internalizado y perpetuado por su propia víctima, además de ser cantaleteado por todo a quien le plazca. Tal vez en la época en

⁷ Goffman, Ervin (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates*. New York. Anchor Books.

que Goffman comenzó sus observaciones sobre estigma (1955-1956 en el Hospital Saint Elizabeth de Washington DC) la cantaleta era de "loco". Hoy día, por desgracia, se ha sofisticado a niveles de "bipolar", "esquizofrénico", "psicótico". Aprendimos a "diagnosticar" el mal que aqueja a nuestro prójimo. Peor aún, la víctima lo acepta y o hace parte de su identidad personal "...es verdad, soy un loco". A esta internalización del estigma Corrigan le llamó "autoestigma".

La resultante directa del autoestigma puede verse en la disminución del autoestima de la persona que sufre de algún trastorno mental. A fin de evadir ambos (estigma y autoestigma) esta persona prefiere no recibir los servicios que amerita y opta por disimular sus síntomas con la falsa esperanza de que se disipen por sí mismos. El punto es que podemos convertir el diagnóstico en un *estereotipo* (Corrigan, 2006). Nuevamente el asunto ético nos alerta a no abusar del diagnóstico porque las consecuencias distan de ser las deseadas. El apoyo y el estímulo hacia la funcionalidad del cliente, por otro lado, emprende una trayectoria hacia el fortalecimiento de su autoestima.

La Perspectiva Diagnóstica: más allá del DSM

El uso del DSM por parte del trabajo social clínico, se ha transformado en las últimas décadas. Conforme pasamos del modernismo propio de los recientes siglos al postmodernismo que recién se desarrolla, la vida misma del ser humano se lanza a búsquedas de nuevas explicaciones sobre su conducta, ya que las que heredamos desde la Era de La Ilustración no nos están resultando prácticas. Si una vez consideramos que los principios psicoanalíticos de la conducta humana fueron el dogma universal para todo hombre y toda mujer, hoy nos damos cuenta que el mismo solamente sirvió para explicar el discurso de vida del

europeo de principios del siglo 20. Ciertamente, el DSM derrotó el concepto de "neurosis", pero lo suplantó con los "trastornos de adaptación". Reduccionista en su base, el psicoanálisis distrajo al ser humano de su responsabilidad social. Esta realidad se ha derramado en el DSM, aunque no del todo en sus más recientes ediciones. El DSM-IV-TR reconoce el rol social de todo ser humano e incluye, aunque limitadamente, algunos problemas en el desempeño de roles familiares, conyugales, paternos/maternos, ocupacionales y comunitarios. Traigo este detalle ante la necesidad de puntualizar que el DSM debe estar afín con la realidad humana actual, cosa que hace con suma lentitud. Por ende no puede ser considerado con la universalidad, la ahistoricidad y elitividad que en otra era se le atribuyó al psicoanálisis (Khanna, 2003)⁸

Los/as trabajadores/as sociales clínico/as, en nuestro quehacer, venimos obligados/as a obrar con cautela para evitar que impongamos una "realidad" típica de una persona de hace un siglo a una persona del presente. Su peligro es que podemos ver patología donde no existe y fomentar conducta disfuncional. Este peligro está contemplado en la discusión que varios de nuestros teorizantes han puntualizado sobre el *diagnóstico* versus la *ponderación*.

El *diagnóstico* implica patología o disfunción que se exhibe en un momento dado y evidenciado por señales y síntomas físicos, psicológicos o conductuales. Este término nos ha acompañado desde los tiempos de Mary Richmond. Sin embargo el mismo ha sufrido cambios dada la influencia de otras escuelas de pensamiento. Florence Kaslow (1993)⁹ introdujo el término "relational diagnosis" a fin de ampliar el concepto de diagnóstico más allá de los

⁸ Khanna, Ranjana (2003). *Dark Continents: Psychoanalysis and Colonialism*. Durham. Duke University Press.

⁹ Kaslow, Florence (1993). *Relational Diagnosis: An idea whose time has come?*. *Family Process*. Vol. 32, No. 2. pp.255+

límites del DSM e incluir el aspecto transpersonal del ser humano. Esto remediaría el reduccionismo que, por herencia del psicoanálisis, el DSM posee. La más reciente edición del DSM incluye una escala dedicada a la funcionalidad del individuo en su contexto interpersonal: "Global Assessment of Relational Functioning"¹⁰. Aún así, el peligro del diagnóstico errático o incompleto no cesa.

El término *ponderación* es más amplio. La ponderación es el continente; el diagnóstico es uno de sus contenidos. La ponderación no se concretiza a buscar patología disfunción o discapacidad. Identifica y corrobora normalidad, función y capacidad y las utiliza para el mejor desempeño de roles del cliente en su entorno vital. Por su amplitud los aspectos éticos hallan lugar junto a los aspectos biopsicosociales de nuestros clientes.

La ética concretizada

La ética se concretiza mediante los derechos de los clientes que están contemplados en la provisión de servicios que rendimos. La misión de la profesión en la agencia, confidencialidad y privacidad de información, consentimiento informado, acceso del cliente a los servicios y a su expediente, participación activa en el plan de intervención, derecho a recibir servicios en la forma menos restrictiva posible son algunos ejemplos de la ética concretizada. Es imperativo que se refleje los aspectos éticos con evidencias escritas. De tal modo, el expediente clínico del cliente se convierte en dicha evidencia y la evaluamos mediante auditorías. Vigilamos que los documentos contenidos en los expedientes contengan documentos dirigidos a enumerar las responsabilidades y derechos de los clientes. Venimos obligados/as a explicar tales responsabilidades y derechos de modo que el cliente los entienda. Procuramos que la dise-

¹⁰ APA (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Text Revision. Washington, D.C. American Psychiatric Association. P.814.

minación de la información contenida en el expediente se distribuya con el conocimiento y acuerdo del cliente. En fin, estandarizamos y documentamos los procedimientos que contemplan las consideraciones éticas más obvias que cobijan el respeto a la dignidad humana del cliente.

El DSM-IV-TR, sin embargo, tiende a silenciar aspectos éticos, particularmente en la definición de sus metas y objetivos:

*"Our highest priority has been to provide a helpful guide to clinical practice. We hoped to make DSM-IV practical and useful for clinicians by striving for brevity of criteria sets, clarity of language, and explicit statements of the constructs embodied in the diagnostic criteria"*¹¹

Una posible explicación para esto sería un intento para flexibilizar los fundamentos éticos de la conducta humana a fin de permitir que los mismos se conviertan en parte del juicio clínico del profesional y que, de esta manera, se aumente su uso transculturalmente. Otra explicación pudiese ser que la "APA"¹² acepta y respeta los códigos éticos delineados por cada profesión representada en los servicios clínicos. Sea cual fuere la explicación el hecho es que el DSM no se pronuncia en términos de bases éticas referentes a su uso. Este vacío nos obliga a tener que tomar decisiones éticas a nivel individual o con el insumo de supervisores, de normas y procedimientos de las agencias, de las leyes aplicables a las situaciones con las que intervenimos o de nuestra propia escala de valores.

Conclusión

Regresamos a nuestro punto inicial. Nuestro estilo decisional puede estar influenciado por el contenido del DSM. Queda claro, sin embargo, que dicho ma-

¹¹ APA (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Text Revision. Washington, D.C. American Psychiatric Association. P. xxiii

¹² American Psychiatric Association

nual no es otra cosa que una muy útil guía, pero que la responsabilidad ulterior de las determinaciones aplicables a casos particulares serán criaturas de las dimensiones teleológica y deontológica de la ética. Tan vital es la consecuencia deseada de nuestras decisiones como los paradigmas que nos obligan. Pero no menos importante es la gesta que abordamos para prevenir o remediar los estigmas que pueden, tal vez inintencionadamente, causar consecuencias no deseadas y perjudiciales para nuestros clientes. Hoy día, con la explosión de las diásporas y la cercanía sin precedentes de la diversidad, hemos de estar muy alertas para trabajar con una multiplicidad de escalas de valores, de discursos sociales y de realidades alternas a las que en otros tiempos no estábamos habituados. Se hace crítica la cautela con que debemos tomar decisiones a fin de mantener viva la justicia social que la profesión representa.

Mario Fitzpatrick Usera, MS, ACSW, DCSW
(2007)

Referencias

APA (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition, Text Revision. Washington, D.C. American Psychiatric Association.

Colegio de Trabajadores Sociales de Puerto Rico. (1980). *Código de ética del trabajador social de Puerto Rico*.

Corrigan, Patrick. "How Clinical Diagnosis Might Exacerbate the Stigma of Mental Illness". In, *Social Work*. Vol. 52, No. 1. p.31+

Goffman, Ervin (1961). *Asylums: Essays on the Mental Situation of Mental Patients and other Inmates*. New York. Anchor Books.

Kaslow, Florence.(1993). Relational Diagnosis: An idea whose time has come? In *Family Process*. Vol. 32, No. 2.

Khanna, Ranjana (2003). *Dark Continents: Psychoanalysis and Colonialism*. Durham. Duke University Press.

Mattison, Marian. Ethical Decision Making: the person in the process. In *Social Work* . Vol. 45, No. 3

Turner, Francis (1995). *Differential Diagnosis and Treatment in Social Work*. New York. Free Press.