

“Implicaciones éticas en un proceso psicoterapéutico: Análisis de un caso de un paciente con HIV”

Lic. Javier Martín Camacho
Info@javiercamacho.com.ar

-Año 2000-

Introducción

El presente trabajo es un análisis de distintas posibilidades de aplicaciones éticas, a un material surgido de un complejo proceso psicoterapéutico¹.

Primeramente se presentará el problema concreto sobre el que se realizará el análisis y luego se abordarán las diferentes posibilidades de resolución del mismo, fundamentándolas desde distintas posturas éticas y tomando en cuenta sus posibles implicancias posteriores.

El material será respetado en cuanto a sus detalles y se mantendrá la problemática esencial sin modificaciones, sólo se cambiarán algunos datos menores y los nombres de los involucrados para preservar la identidad de los mismos.

El material clínico

Las personas involucradas

Psicoterapeuta 1: que atiende a Carlos.

Psicoterapeuta 2: que atenderá a Laura.

Carlos: paciente portador de HIV.

Laura: novia de Carlos.

El supervisor.

El equipo terapéutico.

¹ Llamo proceso psicoterapéutico, en este caso, no sólo a lo ocurrido entre paciente y terapeuta, sino a todo el proceso en sí, tomando en cuenta el contexto más amplio que interviene de una forma u otra en el curso de la psicoterapia, teniendo en cuenta a la persona que hace la derivación, el supervisor, los profesionales que forman parte de la supervisión y los otros significativos del paciente.

La situación

El Psicoterapeuta 1, se encuentra atendiendo a un paciente que es portador del virus del HIV, al que llamaremos Carlos.

Carlos viene siendo atendido hace 5 meses, básicamente por su problema de adicción a sustancias y por problemas de pareja. Por esta razón el paciente solicita a su terapeuta que le recomiende un psicólogo para su novia, la cual tiene ganas de empezar un tratamiento, según él refiere.

El Terapeuta 1, cuenta con un equipo de profesionales con los cuales trabaja en colaboración y deriva² a la novia de Carlos, a la que llamaremos Laura, a un terapeuta³ de su confianza.

Cuando el Terapeuta 2 recibe la derivación, su colega le da la siguiente información del caso: “Yo estoy atendiendo a Carlos hace 5 meses por que tiene una grave adicción a sustancias, y además tiene problemas con su novia, la cuál tiene ganas de comenzar un tratamiento”.

Con sólo esta información el terapeuta 2 empieza a trabajar con Laura y al correr de las sesiones luego de establecer un buen vínculo terapéutico, se empieza a profundizar sobre su problemática, en particular su demanda más inmediata, los problemas de pareja que tiene con Carlos.

Luego de dos meses de trabajo con Laura, se juntan los dos terapeutas en una supervisión⁴, ya que ambos participan del mismo equipo. En esa oportunidad se supervisa el caso de Carlos.

En la supervisión, el Terapeuta 1 que atiende a Carlos al comentar sobre su paciente refiere varios datos, entre otros que es portador del HIV, en ese momento el Terapeuta 2 se entera de la condición serológica del novio de su paciente y comienza a preocuparse sobre la posibilidad de que su paciente también esté infectada. Ya que ella en algunas sesiones al referirse a la relación entre ambos, había expresado que no se estaban cuidando, porque según ella, sabía que su novio tenía un

² Derivar, hace referencia al acto por el cual un profesional envía a un paciente para una consulta o tratamiento con otro profesional.

³ Se utilizará el término terapeuta y psicoterapeuta como sinónimos, apareciendo los mismos en forma indistinta.

⁴ Supervisión clínica es un dispositivo frecuente en la práctica psicoterapéutica, que se lleva a cabo entre profesionales, en donde existe un terapeuta con experiencia (el supervisor), y uno o varios terapeutas que presentan dificultades sobre un tratamiento particular.

examen que había dado negativo hacía unos años atrás y según él comentó no volvió a tener situaciones de riesgo.

Esto era muy distinto a lo que contaba Carlos en su terapia, ya que él sabía de su condición desde hacía un par de años, incluso desde antes de comenzar a salir con Laura. Hasta ese momento del tratamiento el Terapeuta 1 no tenía información respecto de si se cuidaban en las relaciones sexuales y en la supervisión tomó conocimiento del hecho.

Las dificultades

Ambos terapeutas se sintieron preocupados por sus pacientes, y mientras el Terapeuta 2, comenzó a pensar que no podría atender a Laura sin condicionar la terapia para que ella tome recaudos en cuanto al cuidado en las relaciones sexuales, el Terapeuta 2 no sabía como hacer para que su paciente le contara a su novia de su situación de portador o como mínimo que pudiera protegerla a ella de una posible infección.

Sumado a esto el Terapeuta 2 comenzó a sentir bronca frente al novio de su paciente, que según él creía la exponía al contagio, sabiendo todas las implicancias de esta conducta. La misma bronca e impotencia se empezó a evidenciar en el terapeuta que atendía a Carlos, sólo que este al ser su paciente el involucrado y por conocer la historia en una forma más completa, tenía una conducta más comprensiva y no tan enjuiciativa como el Terapeuta 2.

Acá se presentaba una situación extra que dificultaba aun más la toma de una decisión positiva, ya que ambos terapeutas habían quebrado el secreto profesional⁵, pero dentro de un contexto profesional como lo es la supervisión clínica, en el cual esto ocurre sin mayores implicancias. Al tener información adicional, que no había surgido por el relato de sus propios pacientes, sino del intercambio entre los terapeutas en el marco de una supervisión, era difícil

⁵ Se considera secreto profesional a un contrato que se establece entre un profesional, en este caso el psicoterapeuta y su paciente, por el cual el primero se compromete a no divulgar lo que el segundo cuente en terapia. Tradicionalmente se habla de secreto profesional entre médico y paciente, pero esto se extiende también a otros profesionales de la salud.

incluir esta información en las respectivas terapias, sin generar un conflicto de valores y sin afectar el vínculo terapéutico y la confidencialidad.

El desenlace

Contaré como terminó el caso, sin realizar consideraciones críticas respecto de esto, me limitaré a realizar una descripción de lo sucedido.

Tanto los terapeutas como el equipo y el supervisor tomaron distintas posturas, lo que provocó que no hubiera un consenso respecto de que acciones concretas tomar. Se tomó la decisión de no tomar una decisión positiva directa, y se le sugirió al terapeuta de Carlos que intentará sacar el tema y poner el acento en el cuidado y la protección del otro, trabajando explícitamente el tema de las precauciones en las relaciones sexuales. Y al terapeuta de Laura se le indicó que tratara de ver que pensaba ella del cuidado y que intentara que tomara alguna medida preventiva, pero sin referir directamente sobre lo que el terapeuta sabía.

Obviamente hubo posiciones encontradas respecto de esta postura, pero esa fue la decisión; luego de un par de sesiones, se volvieron a reunir para supervisar las implicancias que estas intervenciones habían tenido.

Para esa altura del tratamiento, el Terapeuta 2 ya sentía una bronca desmesurada por el novio de su paciente y no lograba mantenerse objetivo⁶, por otro lado el terapeuta 1 no logró influir en la conducta de Carlos, el cual decididamente no tenía intenciones de cuidarse con su novia y llegó argumentar que no iba a cuidarse porque ya probablemente ella estuviera infectada.

Después de intensos debates entre los profesionales, se llegó a la conclusión, aun sin un consenso, de que se le debería condicionar la continuidad del tratamiento psicoterapéutico, a que Carlos se cuidara con Laura y le contara a esta de su condición serológica y caso de discontinuar el tratamiento, sería el propio terapeuta de Carlos, el que le develaría la verdad a Laura.

⁶ Utilizo el término en un sentido amplio, refiriéndome a la posibilidad de mantener cierta neutralidad y distancia respecto del problema.

Frente a esto Carlos abandonó el tratamiento y no supieron de él, los intentos por localizarlo por parte del terapeuta fueron en vano y luego de varias de semanas, se enteraron a través de Laura, que Carlos le contó sobre su situación serológica. Los terapeutas no rompieron el secreto profesional y mantuvieron la confidencialidad con relación a lo que sabían de Carlos.

Las distintas visiones del problema

Estas son algunas de las posibles variables que se pudieron poner en juego desde cada uno, respecto del problema planteado.

Desde el Terapeuta 1

Este creía tener el deber de que su paciente aclarara la situación y cuidara a Laura, pero a su vez pensaba que no podría forzarlo a esto y que romper el secreto profesional, contándole a la paciente sobre la condición de Carlos, en cierto sentido era una traición respecto de la confianza que en él había sido depositada.

Con el pasar del tiempo y frente a la poca receptividad por parte de su paciente, respecto de sus sugerencias e indicaciones de clarificar el tema, comenzó a sentirse frustrado, confundido y enojado con su paciente, al que no lograba comprender.

Pensaba también que mantener su secreto, podía significar ser cómplice de la conducta riesgosa de su paciente, y a él le correspondería cierta responsabilidad en la potencial infección de Laura. Esto lo hacía reflexionar sobre las posibles implicancias legales que esto podía suscitar.

Además su conciencia moral respecto de lo que tenía que hacer y lo que quería hacer lo llevaba invariablemente a un conflicto de valores que parecía irresoluble.

Desde el Terapeuta 2

Este se encontraba muy próximo a Laura con la cual mantenía un estrecho vínculo terapéutico, y le resultaba difícil aceptar que sobre su silencio pesaba la responsabilidad de que su

paciente se infectase, ya que si él le contaba la verdad quizás ella pudiese tomar alguna medida que evitara la infección, si es que esta aun no había ocurrido, cuestión que aun no había sido dilucidada.

Pensaba además que si le comentaba la situación a Laura, el secreto profesional no lo rompería él, ya que solamente diría algo que otro le contó, y que si bien existe un contrato tácito respecto de que lo que se cuenta en una supervisión está también bajo secreto profesional, aquí el límite no es tan claro y la salud de su paciente está por encima de esto.

Por otro lado, la bronca, y el desprecio que sentía por alguien que estaba engañando adrede a otra persona y que exponía intencionadamente a su paciente a una potencial infección por HIV, le generaba pensamientos encontrados respecto de cual era su verdadera tarea y su responsabilidad, y hasta donde era positivo que él tuviera que lidiar con sentimientos que obviamente obstaculizaban el proceso psicoterapéutico.

Desde Laura

La paciente al no saber acerca de esto, ya que ella era una de las “protagonistas principales”, pero se mantenía ajena a la “escritura del libreto”, no tenía especiales resonancias en ella.

Si bien había percibido cierto cambio respecto de la actitud de su terapeuta hacia su relación de pareja y hacia su novio en particular, no lograba discernir con claridad a que se debía, y tenía dudas sobre si esto era realmente así o si ella estaba interpretando mal los comentarios de su terapeuta.

Cuando se entera por boca de su novio, de que él es portador del HIV, se “le viene el mundo abajo”, se enoja muchísimo con él, se culpa a sí misma por no haberse cuidado y entra en una desesperación que poco a poco se transforma en depresión por suponerse ya infectada.

Como no se entera de lo que ocurrió detrás del “escenario” y por su propio estado de angustia y desesperación, no logra asociar los mensajes que su terapeuta le fue mandando con el hecho en cuestión.

Desde Carlos

El paciente que se anima a contar lo que le sucede, muchas veces no sin ciertas dudas, se siente totalmente traicionado por su terapeuta quien lo amenaza con contarle a su pareja de la situación si el no lo hace.

La desesperación que genera que alguien externo ponga su relación de pareja en peligro, se mezcla con la bronca, por haber confiado y sentirse defraudado.

A esto se suma la soledad de no tener alguien en quien confiar, ya que la posibilidad de poner fin de forma inminente a la relación terapéutica, lo vuelve descreído y desesperanzado de encontrar a alguien verdaderamente fiable y que lo entienda.

Pensaba que la única alternativa sería contarle él su situación serológica a su pareja antes de que otra persona lo hiciera, aunque esto fuera algo sobre lo cual ya casi no tenía poder de decisión, ya que la mala voluntad de su terapeuta hizo que casi se sintiera “obligado” a clarificar su situación.

Las perspectivas de análisis

Plantearé algunas consideraciones generales sobre la postura deontológica y sobre la utilitarista, para luego realizar consideraciones particulares respecto de la confidencialidad y el posible quebrantamiento de la misma y por último un análisis integrador del caso presentado.

Postura deontológica

Abordando el análisis desde esta postura, podría decir siguiendo a Gillet (1) que “la práctica médica está guiada por ciertas reglas inviolables o absolutas (no dañar, no descuidar el bienestar de los pacientes, etc.). Entre ellas se encuentra el respeto a la confidencialidad”.

Si entendemos a la confidencialidad y al secreto profesional como un principio inviolable, se nos plantea como en el caso de análisis por ejemplo, una duda respecto de los deberes. ¿El terapeuta debe guardar silencio respecto de la información que tiene para proteger el secreto profesional y la confidencialidad o debe romperlo para proteger a un tercero identificable?

Un terapeuta con una fuerte postura deontológica, “no deberá revelar lo que es información confidencial, el acuerdo con el paciente es equivalente a una promesa real que no puede romper”(2). Frente a esto podemos argumentar que “ninguna obligación moral es tan obligatoria como para arriesgar en su cumplimiento la vida de otra persona”(3).

En general, en los sistemas deontológicos en los cuales existen conflictos de deberes, se dificulta la resolución ética, ya que no existe un método resolutivo sobre la base de principios.

Postura utilitarista

Si bien la confidencialidad tiene razones valederas para practicarse, uno debería preguntarse cuál es la utilidad particular en este caso para quebrantarla o respetarla.

La confidencialidad debe ser respetada, aunque no debería ser un principio absoluto, sino más bien debería ser ubicada en entre otras obligaciones y responsabilidades en la relación terapéutica. Desde esta postura existiría una flexibilización de la norma a diferencia de la postura más deontológica, que suele ser más principista.

Si bien no existen criterios generales respecto del quebrantamiento de la confidencialidad, un utilitarista se preguntaría por el efecto que esto tendría sobre el paciente, la víctima potencial y fundamentalmente sobre el sistema más amplio. Ya que la población general, y en particular las personas en una situación vulnerable podrían pensar que los terapeutas toman el tema de la confidencialidad como algo relativo y esto podría generar un efecto negativo en un orden de análisis superior.

La confidencialidad

El porqué de la confidencialidad

Existe un consenso generalizado tanto entre los profesionales de la salud como en la población general de que la confidencialidad es importante pero, ¿porqué es importante? Según Bayer existen dos razones: una se relaciona con la ética y la otra con la pragmática.

La razón ética hace referencia al respeto de la dignidad del paciente que se encuentra en una situación de vulnerabilidad y que confió en un profesional de la salud para que lo cure o lo ayude a aliviar su sufrimiento. Por lo tanto existe la obligación de preservar y no divulgar la información que el paciente comenta.

La razón pragmática hace referencia a la confidencialidad ya que “en ausencia de tal compromiso, no puede haber seguridad de que habrá sinceridad, y en ausencia de sinceridad la capacidad de acometer un trabajo clínico quedaría mutilada. En consecuencia, en la relación personal del ambiente clínico, la confidencialidad resulta vital”(4).

La importancia de la confidencialidad se relaciona básicamente con los aspectos clínicos más individuales, que sería la razón ética y con la salud pública más general que sería la razón pragmática. Aunque también es cierto que la salud pública tiene razones éticas y la clínica razones pragmáticas.

Si mantener la confidencialidad resulta tan importante, en que situaciones esta puede y/o debe ser quebrantada y cuales deben ser los lineamientos que guíen esta difícil decisión.

Quebrantamiento de la confidencialidad

Esta situación debe ser cuidadosamente analizada, y para guiar este análisis Bayer (5) propone cinco preguntas que el clínico debe hacerse y son:

1) ¿Existe una víctima potencial identificable?

En el caso que estamos analizando existe claramente una víctima identificable, y es Laura, si bien no se tiene certeza de su estado serológico, los riesgos para ella son altos.

2) ¿Qué gravedad revestirá el daño?

En este caso el daño puede ser muy grave, ya que si está infectada, el riesgo es una reinfección y que el curso de la enfermedad se acelere. Si no lo está el mayor inconveniente es que se infecte con un virus que puede provocar una enfermedad grave que pone en riesgo la vida y para la cual aun no existe una cura definitiva.

3) ¿Será irreversible y con qué costo humano?

En ambas posibilidades, la infección primaria o la reinfección, el costo humano es alto, ya que pueden sucederse una serie de enfermedades asociadas al Sida y potencialmente el riesgo mayor es la muerte. Es irreversible, ya que no existe un tratamiento curativo a la fecha, si bien existen varios tratamientos paliativos estos no logran hacer desaparecer el virus, ni ahorran el costo emocional y económico que una infección como la provocada por el HIV genera en las personas infectadas.

4) ¿El clínico está en una situación única para advertir el peligro?

En este caso el peligro era advertido por ambos terapeutas y por el equipo más amplio, la situación era delicada y los profesionales involucrados se encontraban en una posición particularmente especial para apreciar la peligrosidad de la continuación de las prácticas sexuales sin la debida precaución.

5) ¿Será necesario revelar la identidad de la fuente de peligro potencial?

Si bien esto no era necesario, sería muy difícil sugerir alguna medida directa, sin hacer alguna referencia a su compañero sexual. Podría pensarse una intervención en donde la identificación no fuera explícita, pero de todas maneras dada la relación monogámica que ellos mantenían y la información que los terapeutas manejaban esto hubiera sido una obviedad, con lo cual parecía difícil realizar la advertencia sin la identificación correspondiente.

En este caso concreto las respuestas parecen orientar la decisión, aunque también es lícito plantearse en un plano más amplio cuales son los efectos de este tipo de intervención. “¿Qué sucedería si pasara al dominio público que los clínicos infringen la confidencialidad para proteger a terceros? ¿Los pacientes dejarían de hablar con candor sobre su conducta? ¿Perderían los clínicos la capacidad de persuadir? ¿Se empujaría a toda una clase de pacientes a la “clandestinidad”? ¿Sufriría la salud pública en consecuencia?”(6).

Legalidad respecto de la confidencialidad

Si bien existen códigos que hacen referencia a la confidencialidad, y el caso del quebrantamiento de la misma para situaciones en donde haya peligro para terceros, la ley no tiene criterios muy claros al respecto.

En 1987 la Asociación Americana de Médicos, determinó que los mismos podían romper la confidencialidad para advertir del peligro a terceros y que ellos mismos podían ocuparse de esta tarea si las autoridades de salud pública no respondían a su pedido (7). La misma postura adoptó la Comisión Presidencial para la Epidemia del HIV (8).

En 1988 la Asociación de Funcionarios Estatales y Territoriales de Salud propició la idea de que los médicos deberían tener el “privilegio de revelar”(9). Los médicos no deberían ser responsabilizados ni por advertir ni por quebrantar la confidencialidad (10).

La ley de Nueva York sobre confidencialidad en materia de HIV, impone una restricción a los médicos que deciden romper la confidencialidad para advertir del peligro a compañeros sexuales, por la cual no pueden identificar a la persona que encarna la potencial fuente de peligro (11).

Las respuestas que se plantean frente a estos problemas éticos son complejas y no están exentas de críticas, si bien resulta difícil establecer lineamientos generales, el esfuerzo en este sentido es muy importante ya que permite tener un marco de referencia sobre el cual basar los distintos análisis particulares.

En el caso que analizamos, resulta claro que lo que podría haber sido objetado con justificada razón hubiera sido la no intervención por parte de los terapeutas con respecto a informar a la paciente sobre los potenciales riesgos a los que se exponía.

Si bien es cierto que el terapeuta tendría que utilizar todos los recursos que tiene para tratar de influir en la conducta de su paciente para que tome precauciones, si estos intentos fallaran debería plantearse la posibilidad de romper el secreto profesional y no ya sólo desde un punto de vista ético, sino desde una óptica legal. La paciente podría demandar a los terapeutas que teniendo

información respecto de su particular situación de vulnerabilidad y teniendo en cuenta el peligro en el que se encuentra no hicieron nada al respecto⁷.

La confidencialidad entre profesionales:

En general cuando un terapeuta se encuentra entre pares compartiendo aspectos particulares de un tratamiento como en el caso de una supervisión, existe un presupuesto de que la confidencialidad se extiende y que se encuentran bajo el secreto profesional.

El quebrantamiento de la confidencialidad no es entendido como tal cuando ocurre entre profesionales de la salud, si bien esto habitualmente es así en nuestro país, no siempre ocurre lo mismo en otros países⁸.

En el caso que estamos analizando es claro que hubo un paso previo en donde existió una ruptura de la confidencialidad que generó que el terapeuta de Laura se enterara de la seropositividad para el HIV del novio de su paciente. Esto se complica aun más cuando se extiende al otro terapeuta que ya no tenía el mismo compromiso de mantener el secreto, porque Carlos no era su paciente y su responsabilidad era cuidar la salud de Laura.

El análisis del caso

Analizaré el caso tal como se presentó y se resolvió primeramente y luego realizaré mi apreciación de otra solución posible, justificando el porqué de la misma.

⁷ Existe un caso famoso en EE.UU., en donde se realizó una demanda por no haber quebrado la confidencialidad, conocido como el caso Tarasoff. Durante un proceso de psicoterapia el terapeuta se entera por dichos del paciente que este iba a matar a su novia, el mismo decide no romper la confidencialidad ya que no toma esto como una posibilidad plausible, y luego efectivamente el paciente mata a la chica, a partir de allí los padres de la misma entablan una causa contra el terapeuta. El tribunal sostuvo que el principio de confidencialidad no era sacrosanto y que el terapeuta era responsable por no haber tomado medidas para prevenir a la víctima y que existía la obligación de advertir (12).

⁸ En EE.UU. esto generó un intenso debate relacionado con la información que un médico debe transmitirle a otro respecto de un paciente y si el profesional que deriva tiene la obligación de avisarle al paciente o preguntarle a cerca de qué información considera pertinente que se le transmita al médico al que se lo deriva, para ampliar este tema ver Decisiones de Vida y Muerte, de Salles y Luna (13).

La solución practicada

Los terapeutas decidieron intentar primeramente influir sobre la conducta de los pacientes, a través de incluir el tema durante las entrevistas. Se intentó preservar la confidencialidad, como esto no se logró se decidió tomar una decisión más activa, pero esta quedó sólo en una amenaza porque no se llevó a cabo el acto de contarle a la paciente, sobre su potencial exposición a una situación de peligro.

Un argumento posible para sostener esto es que cada uno debe ser responsable de su propia salud y si ella no se cuidó es responsabilidad de ella. Obviamente esta argumentación es bastante provocativa y falaz, ya que se presupone que todas las personas toman responsablemente su vida y su cuidado. Lo que un terapeuta no podría hacer es que ella tome activamente precauciones pero puede informarle para que lo haga. Un médico no puede obligar a alguien a dejar de fumar, pero puede advertirle del riesgo potencial de hacerlo, con la misma argumentación podría ponerla sobre aviso de que si continúa con esa práctica puede poner en riesgo su salud, lo mismo si sigue manteniendo relaciones sin cuidado. Y creo que no solamente el terapeuta o el médico puede avisarle de los riesgos, sino por su particular situación tiene la obligación de hacerlo, ya que al tomar a un paciente uno es responsable por el cuidado de ese paciente.

El argumento que hace alusión a la responsabilidad individual, tiene una concepción de libertad subyacente que parece bastante limitada, ya que la responsabilidad y la libertad para elegir se tienen después de conocer y comprender. Si un paciente no logra comprender la peligrosidad de una conducta y el terapeuta logra ver esto, es tarea del mismo mostrárselo y luego sí, la elección y la libertad de optar serán del paciente.

Cual es la alternativa que esta paciente tiene si nadie le avisa que está en una situación de riesgo, ella confía en la palabra de su novio quien le mintió y le dijo que tenía un resultado de HIV negativo y que desde entonces no tuvo situaciones de riesgo.

La pregunta fundamental es: ¿Qué responsabilidad tiene el terapeuta como agente de salud frente a un caso en donde a través de una mentira se expone a un tercero identificable a una situación de riesgo?

Luego de intentar recurrir a la influencia y no lograr un resultado favorable, se le condicionó la continuación del tratamiento al paciente y se le dio la posibilidad de que él clarificara la situación, aunque el terapeuta no tomó una decisión positiva, más allá de una amenaza.

Esta postura logró el resultado de que le contara a Laura de su seropositividad, y generó el abandono del tratamiento. Si bien se logró después de un tiempo el resultado esperado, el excesivo paso del tiempo creo que habrá perjudicado a todos; a Carlos, que estaría pendiente de un llamado que nunca llegó y que pondría en riesgo su relación sentimental, a Laura ya que cuanto antes se le hubiera informado más medidas podría haber tomado para evitar una infección o una sucesión de reinfecciones y para el terapeuta por sostener una situación ya de por sí estresante y compleja.

Al haber elegido la amenaza como opción, se desdibujó y se perjudicó fuertemente el vínculo terapéutico, y al no haber tomado una decisión positiva implicó haberle dado primacía a la confidencialidad por sobre el valor de la salud y la vida humana, como valor a preservar. Todos coincidimos en darle una importancia clave a la confidencialidad, pero esta no puede ser mantenida en casos como el que nos ocupa.

La solución alternativa

Lo primero que se podría hacer, tal como hicieron los terapeutas, es tratar de influir sobre el paciente para lograr un cambio en la conducta. “En la mayoría de los casos será posible guiar al paciente a que informe a los que deben conocer la situación o que permita que otros lo hagan (y cuando esto sea posible, será obligatorio que el paciente esté informado). Frente a una manifiesta despreocupación por el daño causado a otras personas, será moralmente correcto que abandonemos lo que, de otra manera sería una obligación que debe respetarse [la confidencialidad]”(14).

Solo cuando los intentos de influir sobre el paciente para que tome recaudos fallan, como ocurrió en este caso, es donde el terapeuta debe tomar la decisión de romper la confidencialidad.

Creo que esto es fundamentalmente importante porque responde a una cuestión básica que tienen que ver con lograr el mayor beneficio, para la mayor cantidad de personas con el menor costo posible, respetando una idea central del utilitarismo. Y por otro lado teniendo en cuenta las preguntas que sugiere Bayer, amalgamando una postura intermedia.

Una posible solución sería romper la confidencialidad diciéndole al paciente que se le informará a su pareja de que tome precauciones en sus relaciones sexuales, porque se expone a un riesgo potencial y ya que él no tomó la iniciativa y se rehusa a hacerlo, es su obligación como terapeuta comunicar la situación. Aclarándole que no se revelará su identidad y que si él quiere hacerlo puede informarle a su novia de la situación. También se le explicará que esto se hace para preservar a su novia y que no se busca castigarlo, ni exponerlo, sino cuidar a una persona que se encuentra en una situación de riesgo potencial y que se realiza esto como última alternativa debido a su decisión de evitar tomar precauciones.

Con esta solución existe la posibilidad de respetar al paciente, si bien se le dice cual es la obligación del terapeuta, esto no se le presenta como una amenaza, con lo cual existen mayores posibilidades de preservar el vínculo terapéutico. También al evitar identificar a la persona, se protege a la misma de posibles reclamos directos por parte de su pareja. Además se tendría una tranquilidad legal, ya que se evitaría una posible demanda por parte de la paciente.

Acá se le está dando mayor importancia al valor salud y cuidado de la vida por sobre el valor de la confidencialidad, fundamentalmente para el caso del Sida en donde los daños son graves e irreversibles.

Los casos en que el quebrantamiento de la confidencialidad pueden darse deben ser analizados tomando en cuenta varios aspectos, entre ellos las preguntas sugeridas por Bayer. Puede sumársele a esto la posibilidad de una charla abierta y franca con el paciente, explicándole las obligaciones del terapeuta y el dilema ético en el que se encuentra (15), quizás esto sea una última

oportunidad para evitar el quebrantamiento de la confidencialidad. Aunque también sería fácil dudar del paciente que, en un primer momento había dicho que no se cuidaba y que no tenía intenciones de hacerlo y que luego cambia de opinión frente a una charla como esta. La pregunta continúa abierta ¿En una situación así, habría que creerle a un paciente que engañó a su pareja y la expuso a una enfermedad potencialmente mortal?

Con esta alternativa se le daría la posibilidad a la paciente de tomar alguna medida preventiva, aumentando las opciones para la elección de un tratamiento precoz en el caso de que ya esté infectada o evitando una infección en el caso de que no lo estuviera.

Esta alternativa es una posibilidad y puede ser sometida a críticas y contrargumentaciones, pero considero que dada la complejidad que plantea el caso particular, la solución correcta es difícil de encontrar ya que hay posturas y valores encontrados que se resisten a ser unificados en una única respuesta correcta.

Conclusiones

El Sida plantea grandes desafíos que se relacionan con temas privados, los cuales a su vez se mezclan con cuestiones públicas. Esta problemática se mete en lo más íntimo de la singularidad de las personas. Los cuestionamientos éticos que surgen a partir del surgimiento del HIV y de la epidemia de Sida, no parece tener soluciones simplistas o generales, ya que con el avance tanto de la epidemia como de los tratamientos surgen nuevas preguntas que exigen nuevas respuestas.

Es importante tener información y someter a análisis crítico nuestras acciones para poder evaluar acertadamente las variables intervinientes y las distintas posibilidades, aumentando las alternativas.

Tomar una decisión, y analizar las implicancias éticas es fundamental, aunque en muchas ocasiones, esto resulta difícil, ya que la misma puede tener importantes consecuencias en la vida de las personas, también es oportuno señalar que no tomar una decisión, ya es una decisión en sí misma.

En la práctica clínica, a veces aparecen situaciones que generan problemas éticos complejos, es necesario en esos casos analizar detenidamente los valores que entran en contradicción y las distintas soluciones posibles.

El caso que acabo de citar es un claro ejemplo en donde el conflicto de valores, la confidencialidad y las obligaciones se articulan con el trasfondo de un drama humano, con actores identificables y vidas concretas, para los cuales hay que tener un cuidadoso respeto.

Referencias y citas bibliográficas

- (1) Gillet, G. (1995). Sida y confidencialidad. En Luna, F. y Salles A. (comp.). Decisiones de vida y muerte. Sudamericana. Buenos Aires. Pág. 90.
- (2) Ibidem. Pág. 90.
- (3) Ibidem. Pág. 90.
- (4) Bayer, R. (1991). La confidencialidad y sus límites. En Fuenzalida- Puelma, H., Linares Parada, A., Serrano LaVertu, D. (comp.). (1991). Aportes de la ética y el derecho al estudio del Sida. O.P.S. Publicación Científica n° 530. Pág. 155.
- (5) Ibidem. Pág. 156.
- (6) Ibidem. Pág. 156.
- (7) Estados Unidos de América. (1987). American Medical Association. Informe de la Junta Directiva. Prevention and control of acquired immunodeficiency syndrome. JAMA 158: 2097. Citado en Bayer, R. La confidencialidad y sus límites. En Fuenzalida- Puelma, H., Linares Parada, A., Serrano LaVertu, D. (comp.). (1991). Aportes de la ética y el derecho al estudio del Sida. O.P.S. Publicación Científica n° 530. Pág. 156.
- (8) Estados Unidos de América. Comisión Presidencial sobre la Epidemia del VIH. (1988). Final Report. Washington D.C. Citado en Bayer, R. La confidencialidad y sus límites. En Fuenzalida- Puelma, H., Linares Parada, A., Serrano LaVertu, D. (comp.). (1991). Aportes de la ética y el derecho al estudio del Sida. O.P.S. Publicación Científica n° 530. Pág. 156.
- (9) Association of State and Territorial Health Officials. U.S. Conference of Local Health Officers. Guide to Public Health Practice: H.I.V. Partner Notification Strategies. Washington, D.C., 1988, citado en Bayer, R. La confidencialidad y sus límites en Fuenzalida- Puelma, H., Linares Parada, A., Serrano LaVertu, D. (comp.). (1991). Aportes de la ética y el derecho al estudio del Sida. O.P.S. Publicación Científica n° 530. Pág. 156.

- (10) Bayer, R. Ob. cit. Pág. 156.
- (11) Dickens, B. (1988). Legal limits of AIDS confidentiality. JAMA 259: 3449. Citado en Bayer, R. La confidencialidad y sus límites. En Fuenzalida- Puelma, H., Linares Parada, A., Serrano LaVertu, D. (comp.). (1991). Aportes de la ética y el derecho al estudio del Sida. O.P.S. Publicación Científica n° 530. Pág. 156.
- (12) Tarasoff vs. Regents of the University of California: 551 p. 2d 347. (1976). Citado en Bayer, R. La confidencialidad y sus límites. En Fuenzalida- Puelma, H., Linares Parada, A., Serrano LaVertu, D. (comp.). (1991). Aportes de la ética y el derecho al estudio del Sida. O.P.S. Publicación Científica n° 530. Pág. 155.
- (13) Gillon, R. (1995). Sida y confidencialidad médica. En Luna, F. y Salles A. (comp.). Decisiones de vida y muerte. Sudamericana. Buenos Aires.
- (14) Gillet, R. (1995). Sida y confidencialidad. En Luna, F. y Salles A. (comp.). Decisiones de vida y muerte. Sudamericana. Buenos Aires. Pág. 94.
- (15) Ibidem. Pág. 95.