

*UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR
DEL PLATA*

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INVESTIGACIÓN DE PRE-GRADO

DIRECTORA: LIC. MARCELA LOSADA

ALUMNO: CLAUDIO ABEL SALANDRO

MATRICULA: 5523/01

TITULO: CONSENTIMIENTO

INFORMADO Y PSICOPRAXIOLOGÍA

CLÍNICA

Consentimiento informado & Psicopraxiología Clínica

I.	Introducción	1
II.	Estado del arte.....	4
III.	La Psicología como Ciencia y Profesión.	8
	A. Sobre las psicoterapias	19
IV.	Profesión, Deontología, Moral y Ética profesional.....	22
	A. El concepto de Profesión	22
	B. Deontología Profesional	23
	C. Moral y Ética profesional	24
	D. Teorías Éticas.....	30
	D.1. Utilitarismo.....	31
	D.2. Deontologismo.....	34
	D.3. Teoría de los principios.....	37
	<i>i. El principio de Beneficencia</i>	<i>39</i>
	<i>ii. El principio de Autonomía (o de Respeto por las Personas).....</i>	<i>40</i>
	<i>iii. El principio de Justicia</i>	<i>43</i>
	E. Otras teorías: Éticas Personalistas	48
	E.1. Escuela de Xavier Zubiri:	48
	E.2. Ética del Discurso de Karl Otto Apel y Adela Cortina:.....	49
V.	Bioética.....	51
	A. El concepto de Psicoética	53
	A.1. La regla de Confidencialidad	54
	A2. La regla de Fidelidad	56
	A3. La regla de Veracidad.....	57
VI.	Consentimiento Informado	61
	A. Introducción	61

B. Antecedentes históricos	63
<i>B.1. Antigua Grecia</i>	63
<i>B.2. El surgimiento del concepto de “Persona” y la doctrina de los Derechos Humanos.</i>	66
<i>B.3. Primeros casos judiciales en EEUU</i>	73
<i>i. La responsabilidad médica por intervenir sin autorización del paciente</i>	75
<i>ii. Autonomía e institucionalización del Consentimiento Informado</i>	78
C. Regulación del Consentimiento Informado	81
C.1. Legislación, Declaraciones y Códigos internacionales	81
C.2. Legislación en Argentina	86
D. Código de Ética de la Fe.P.R.A , Ley 26.529 de “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud” , y Ley 26657 de Salud Mental	88
D.1. Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A)	88
D.2. Ley 26.529 “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”	92
<i>i. Antecedentes</i>	92
D.3. Ley N° 26657 Nacional de Salud Mental.....	96
<i>i. Antecedentes</i>	96
E. Discusión actual	102
E.1. Dificultades en la transición del paradigma Beneficentista al Autonomista.....	102
E.2. Problemas inherentes a la asunción del CI en el dispositivo psicoterapéutico.....	103
E.3. Información a brindar al paciente.....	106
E.4. Sobre la información de abordajes alternativos	110

E.5. Representación social preeminente, en los usuarios, de un modelo de atención de la salud de tipo paternalista.....	111
VII. Estudio empírico	113
A. Objetivo general	113
B. Objetivos particulares	113
C. Hipótesis.....	114
D. Métodos y técnicas.....	114
D.1. Instrumento.....	115
VIII. Análisis descriptivo	126
A. Composición de la muestra.....	126
B. Concepción del CI de los profesionales (objetivo “ a ”); y conocimiento de esta norma según regulaciones existentes (objetivo “b”)	126
C. Instrumentación del CI en la práctica psicoterapéutica.....	135
D. Factores que dificultan o causan dilemas en la implementación del CI	138
E. Síntesis de resultados obtenidos	142
IX. Conclusiones y propuestas	147
A. Algunos comentarios previos	147
B. Conclusiones.....	148
C. Propuestas y críticas	150
X. Anexos.....	152
A. Anexo I: Instrumento	152
B. Anexo II: Tablas y gráficos	160
XI. Bibliografía.....	178

Consentimiento Informado & Psicopraxiología Clínica

I. Introducción

La doctrina del Consentimiento Informado ha cobrado vigencia en el campo de la salud, a partir de su aparición en la escena médica, proveniente desde el campo jurídico, posibilitado esto por la confluencia de distintos factores socio-políticos y económicos surgidos en la Modernidad, entre ellos el pasaje de lo público a lo privado, la Revolución de Estados Unidos de América, la Revolución Francesa, la Ilustración, el reconocimiento de los derechos de las personas, y la tendencia actual a dar primacía al principio de Autonomía en algunos países anglosajones -sobre todo en Estados Unidos de América- por sobre los de Beneficencia, No-maleficencia y Justicia.

A estos puntos nodales que trazaron el curso del desarrollo de esta doctrina, se suman distintos acontecimientos en el transcurso del siglo XIX y XX, como la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) y el posterior Juicio de Nüremberg (1945-1946), la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), la preocupación en aspectos éticos surgidos del avance científico-tecnológico, su impacto en el campo de la medicina, el nuevo escenario mundial articulado por el fenómeno de la globalización, la denominada *caída de*



los garantes metasociales (Kaës; 2007) -en referencia a la modificación que denota la sociedad a partir de las modificaciones de las instituciones que se erigieron como pilares en la vida moderna-, el nacimiento de la Bioética como disciplina, los avances en el campo de la genética, etc.

Asimismo, el concepto de *Consentimiento Informado* ha ido evolucionando desde el criterio de “práctica profesional” (o médico razonable), donde la información dada al paciente es la que el profesional considera oportuna y necesaria, al criterio de “persona razonable” (o paciente razonable), donde la consideración de la persona como un agente competente, capaz y autónomo obliga a erigir al Consentimiento en un proceso dialógico. (Calo, O.; Hermosilla, A. M., 2000; Zanatta, 2007; Gervasoni, 2009); aunque persiste el debate sobre la calidad y cantidad de información que debe proveérsele al usuario, la necesidad e interés de éste en ser provisto de dicha información, entre otras discusiones.

El Consentimiento Informado ha sido progresivamente incluido en las distintas profesiones, especialmente de salud, y la Psicología no ha sido exenta, sobre todo en el ámbito clínico, de este movimiento.

Impuesto desde el campo jurídico al campo médico a principios del siglo XIX, la doctrina del Consentimiento Informado ha ido desarrollándose hasta lograr un importante debate que hoy nos compete.

En este contexto, la Psicología –como ciencia y profesión- ha ido evolucionando en sus planteos éticos, en consonancia con las cuestiones dilemáticas que se fueron presentando en su desarrollo. Así, en el año 1999, la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A), aprobó el Código de Ética Nacional para los psicólogos, surgido como inquietud en el



seno del Comité Coordinador de Psicólogos del MERCOSUR. Es recién en este documento donde aparece, por primera vez, profundamente conceptualizado y desarrollado el concepto de Consentimiento Informado en todos los campos de intervención psicológica, tanto en el plano investigativo como clínico-praxiológico.

Esta innovación respecto el Consentimiento Informado en el ámbito psicológico, encuentra marco en la recientemente sancionada Ley 26.529/09 de *Derechos del Paciente en Relación con los Equipos de Salud*, donde dedica un capítulo al Consentimiento Informado. También ha sido sancionada en el año 2010, la Ley Nacional de Salud Mental 26657, congruente en su espíritu con la 26529.

Habiéndose cumplido 11 años desde su implementación, se han desarrollado algunas objeciones a la posibilidad de articulación de esta norma, sobre todo en el campo clínico, por las dificultades inherentes, sobre todo, al concepto de autonomía que ésta asume, en franca divergencia con la asumida por algunas concepciones psicológicas, a la escolástica aún prevalente en el campo psi, a la tradición “paternalista” de la clínica psicológica, y otras dificultades que abordaremos más adelante.

No debemos olvidar que, como menciona Hermosilla (2010) el consentimiento informado, además de ser un derecho de los usuarios, es una obligación ética, deontológica y legal de los profesionales, y que su incumplimiento podría generar demandas judiciales.

Por todo ello, consideramos pertinente evaluar el estado actual de la implementación del Consentimiento Informado en la práctica clínica psicológica, en la Ciudad de Mar del Plata, a fin de evaluar si efectivamente es



instrumentada esta norma, eventualmente de qué manera, qué dificultades presenta, o -en su defecto- evaluar los motivos que llevarían a no implementarla.

II. Estado del arte

La relevancia que ha cobrado el concepto de Consentimiento Informado se evidencia en la profusa investigación sobre el tema que se encuentra en publicaciones especializadas, tanto del campo médico como en el de la psicología.

Entre ellas, podemos citar a Zanier y otros (1998), que indagan la instrumentación del consentimiento informado en el contexto socio-cultural marplatense. La muestra estuvo compuesta por 200 médicos y 500 pacientes. Allí procuran establecer si es reconocido en el proceso de tratamientos médicos, de qué manera, estableciéndose finalmente que existe un interés por parte de los pacientes a obtener información diagnóstica, pero no interés en la toma de decisiones. Asimismo, se indica en esta investigación la tendencia a delegar la autonomía, por parte de los pacientes, hacia la figura del médico, por atribuírsele a éste la pericia requerida para el tratamiento eventual. Esta delegación de la autonomía es congruente con la postura de los médicos: consideran en su mayoría que es relevante aportar información diagnóstica, pero no consideran relevante la participación de los pacientes en la toma de decisiones terapéuticas. Aquí queda expuesta la noción de conocimiento equivalente a poder. Otro punto señalado por esta investigación, es que los



médicos asignan poca importancia al vínculo establecido con el paciente en la evolución del tratamiento, difiriendo esto con la concepción de los pacientes, para quienes es una variable fundamental del proceso terapéutico. Todo esto pone en evidencia que tanto médicos como pacientes dan primacía al principio de Beneficencia por sobre el de Autonomía en la práctica médica. Otro dato significativo es que, aun ante la negativa de los pacientes a ser informados respecto sus diagnósticos, se los informa, dando cuenta esto del desconocimiento del cuerpo médico del derecho de no saber de los usuarios. En casos de tratamientos ambulatorios, el consentimiento informado se concreta mayoritariamente de forma verbal, mientras que en caso de requerir internación o tratamientos de mayor complejidad, se apela a la firma de documentos, los cuales constituyen una figura de exención de responsabilidad profesional más que la instrumentación del consentimiento informado, cuestión que pierde de vista la concreción del resguardo del principio de Autonomía, dando mayor importancia aquí a los aspectos jurídicos (ej. evitación de juicios de mala praxis) que a los aspectos ético-deontológicos (reconocimiento de la autodeterminación de la persona).

Otra investigación es la realizada por Sergio Cecchetto de 1999, que publica en su libro "*Teoría y práctica del Consentimiento Informado en el área neonatal*" (2000). Allí plasma una investigación teórica sobre los antecedentes y desarrollo de la doctrina del Consentimiento Informado, para dar marco a su investigación empírica, realizada en la ciudad de Mar del Plata, sobre su instrumentación en los servicios de neonatología por parte de médicos especialistas en dicha especialidad, teniendo en cuenta que el consentimiento aquí es prestado en estos casos por los representantes legales del niño recién



nacido (padres o tutores) y las dificultades inherentes a todo proceso de informar en situaciones críticas.

En Estados Unidos, Bearhs y Gutheil (2001) recorren los desarrollos teóricos y normativas vigentes en Estados Unidos, respecto el Consentimiento Informado, dando cuenta de los beneficios y posibles perjuicios de su implementación, a saber: Entre los beneficios destacan reforzar la autonomía de los pacientes, aumentar su responsabilidad en el curso del proceso psicoterapéutico, disminuir los riesgos de efectos regresivos. Entre los posibles perjuicios se encuentran el reforzar sintomatología del paciente, acrecentar su incertidumbre sobre el curso de su problemática –y el trabajo requerido para su resolución-, enfrentarlo a un cumulo de información que excede la capacidad de comprensión presente del paciente.

En Mar del Plata, Marcela Losada (2001) evalúa el rol de los psicólogos en instituciones de Salud Mental de Mar del Plata, estableciendo que desconocen sus incumbencias profesionales, lo que produciría una superposición de roles en el trabajo interdisciplinar, a la vez que deja en evidencia el desajuste entre las incumbencias del título habilitante y el rol asumido por el psicólogo.

En Colombia, se realizó en 2004 un estudio llevado adelante por Franco Mendoza y otros. Esta investigación, titulada “*Consentimiento informado en psicoterapia: Una revisión desde la MBE*”, analiza 35 artículos publicados en PubMed respecto el consentimiento Informado en psicoterapia, con el objetivo de analizar los resultados. Los trabajos relevados correspondían mayormente a estudios descriptivos. Realizado esto, logran dar cuenta de la necesidad de instrumentar el Consentimiento Informado tanto por cuestiones



prácticas (mejoría de la relación médico-paciente y mayor adherencia de los pacientes a la psicoterapia) como por respeto a la dignidad de las personas. Asimismo, el estudio da cuenta de que los médicos psiquiatras se muestran menos interesados en la aplicación del consentimiento que los psicólogos.

Otra investigación en el ámbito médico es la realizada por la Dra. Anahí Zanatta (2003) en el Hospital Virgen del Rocío de la ciudad de Sevilla. Los objetivos propuestos allí fueron explorar la opinión y valoración del consentimiento informado por parte de médicos y evaluar su actitud respecto la autonomía de los usuarios, el paternalismo y la deliberación moral en el marco de la interacción profesional. Los resultados demostraron que: no existe unanimidad en opinión de los médicos sobre la necesidad del consentimiento; que un gran porcentaje de médicos consideran necesario el formulario de consentimiento, y que cerca de un tercio de los encuestados lo consideran imprescindible; que la comprensión de los pacientes del formulario de consentimiento era considerada regular (60%) y mala (15%), entre los aspectos más salientes.

Hermosilla y otros realizaron en 2007 un trabajo de investigación que relevó el posicionamiento de psicólogos de la ciudad de Mar del Plata respecto de las normas deontológicas que regulan el ejercicio profesional.

Insaurralde y Castillo (2007) realizaron una investigación dirigida a elucidar la percepción de usuarios de servicios psicológicos de la ciudad de Mar del Plata (n=100), procurando establecer: 1) si los psicólogos ponen en práctica la obtención del consentimiento informado: *en la mayoría de los casos no se implementa el CI o se realiza solo sobre algunos aspectos del proceso psicoterapéutico*. 2) Qué tipo de información es brindada a tal fin (diagnóstica,



terapéutica, marco teórico de referencia, técnicas): *la información brindada es mayormente diagnóstica, en menor porcentaje aluden recibir información sobre la terapéutica, y escasa o nula orientación respecto el marco teórico de referencia o las técnicas a utilizar.* 3) Si el nivel de instrucción de los usuarios tiene correlación con conocimiento del consentimiento informado como un derecho: *en este punto, el estudio da cuenta de una correlación positiva entre el grado de instrucción y el reconocimiento del CI como un derecho.*

Gervasoni (2009) realiza una investigación tendiente a dirimir -en una muestra de 180 pacientes del servicio de salud de la ciudad de Paysandú, Uruguay- básicamente dos ítems: a) Si la información solicitada por los pacientes a los profesionales es variable: en este punto confirma la hipótesis que afirma que es variable la información requerida, determinado esto por variables educativas, la gravedad de la patología que presenta cada paciente, y de su grado de comprensión. b) Si existe correlación entre la contención social del paciente y la información solicitada a los profesionales: aquí encuentra que los pacientes con mayor contención social son mas autónomos, mientras quienes poseen menos redes sociales de apoyo –sobre todo familiares- tienen un sesgo primordialmente paternalista, delegando su autonomía al médico.

III. La Psicología como Ciencia y Profesión.

Desde sus inicios la psicología fue considerada como una ciencia más que una profesión. Se ha tomado como hito fundante de la Psicología como ciencia, la creación del primer laboratorio experimental en Leipzig, a



cargo de Wilhelm Wundt en el año 1879, hecho que propone una ruptura con la psicología especulativa o filosófica hasta allí desarrollada.

No obstante, autores como Alberto Vilanova (1992) afirman que, de ser ese el criterio de la fundación de la psicología, debería tomarse como punto inicial a Gustav Fechner, quien fundó laboratorios de “psicofísica experimental” en 1860. También objetan en Italia poseer al fundador de la psicología científica, encarnado en la figura del antropólogo Giuseppe Sergi, quien creó el primer tratado de psicología experimental (1873) y el primer laboratorio (1876). No obstante, también el criterio utilizado para considerar el pasaje de la especulación filosófica a la psicología científica es cuestionado, proponiéndose en su lugar otro criterio, el de considerar la creación de las primeras carreras universitarias y profesionales. Entonces se podría considerar como fundante la Primera Asociación de Psicólogos en 1892, hecho encabezado por Stanley Hall. Vilanova (ob cit) argumenta asimismo que, si el criterio del inicio de la psicología es su distanciamiento de la filosofía, cabe entonces dar el crédito a Johan Friedrich Herbart, quien en su manifiesto programático de 1824, afirmaba que la psicología era una disciplina autónoma, distinta de la filosofía y de la fisiología, incluso anticipándose a Freud al dar cuenta del inconsciente reprimido.

En esta discusión sobre los orígenes, deben también contarse los nombres de Charles Darwin, Théodule Ribot, Jean Martin Charcot; Pierre Janet y Sigmund Freud, por sus aportes iniciales al campo psicológico.

En nuestro país, el inicio del pensamiento psicológico puede ubicarse a fines del siglo XIX, impulsado por el positivismo, movimiento que enarboló a la ciencia como la forma más desarrollada del pensamiento,



superando así al pensamiento teológico y metafísico (Klappenbach, 1998). Precisamente, se toma como fecha fundante el año 1891, cuando Víctor Mercante funda en la provincia de San Juan, el primer laboratorio experimental de América Latina (Vilanova, 2003; Klappenbach, 2006)

Siguiendo a Alberto Vilanova (op. cit), se pueden identificar tres grandes periodos en la evolución de la disciplina en nuestro país:

El primero se extiende desde 1891 hasta 1922, año en que Coriolano Alberini, decano de la Facultad de Filosofía y Letras de Buenos Aires, comienza a inhibir esa tendencia positivista y naturalista. En ese lapso tuvo lugar la creación de la primera Sociedad de Psicólogos de Latinoamérica, en 1908. En este contexto la psicología era considerada experimental, y de ello da cuenta la conferencia de Horacio Piñeiro titulada “*La psychologie expérimentale dans la République Argentine*”, pronunciada en 1903 en el *Institut Général Psychologique de la Sorbone*, en Paris. Klappenbach (2006) menciona que esta conferencia da cuenta de la influencia francesa en la elite argentina de la época, y agrega que el propio Piñeiro habría referido “*intelectualmente, somos en realidad franceses*” (Piñeiro, H.; 1903, citado por Klappenbach, 2006). Otra característica de la psicología de la época era su interés en la observación clínica, perfil que comenzaba a esbozarse gracias a la importancia asignada a la obra de Charcot y Ribot, lo que le daría el luego denominado sesgo clínico. En este contexto, adquieren renombre figuras como José Ingenieros, José María Ramos Mejía, Lucio Meléndez y Horacio Piñeiro.

El segundo período delimitado por Vilanova se extiende hasta 1956, etapa en la que se forman los primeros psicólogos en el extranjero, paralelamente a la declinación de la mentalidad objetivista, y a la organización



del primer Congreso Argentino de Psicología, en Tucumán, en el año 1954, donde se presenta la imperiosa demanda de psicólogos profesionales y se propone la creación de esta carrera.

Klappenbach, por su parte, caracteriza a esta etapa por el repliegue de la psicología académica hacia la filosófica, dado que ambas disciplinas tenían por objetivo fundamentar los límites de la experiencia sensible. Es recién a mediados de 1940 cuando, por la introducción del modelo taylorista, comienza a desarrollarse cierta preocupación por la Psicotecnia y la Orientación Profesional, posibilitado esto por el avance de la psicología aplicada en el mundo, el desarrollo de inventarios de personalidad, y sobre todo, por el contexto socio-económico post crisis de 1930, que había planteado un progreso industrial dirigido a la sustitución de importaciones, tendencia que se afirmaría definitivamente con los planes quinquenales (1947 y 1953) del peronismo, que bogaba por tener una mayor producción y resolver los problemas de distribución, política que alcanza rango constitucional en 1949 cuando, en el artículo 37 de dicha constitución, dispone:

“La orientación profesional de los jóvenes, concebida como un complemento de la acción de instruir y educar, es una función social que el Estado ampara y fomenta mediante instituciones que guíen a los jóvenes hacia las actividades para las que posean naturales aptitudes y capacidad, con el fin de que la adecuada elección profesional redunde en beneficio suyo y de la sociedad.” (Constitución de la Nación Argentina, 1949; Cap. IV, Art. 37, Punto 3)



Estos intereses generan una demanda de nuevas carreras, y es así que se crea la de Psicotécnico y Orientador Profesional en la Universidad Nacional de Tucumán (1950), la especialización en Psicología en la Universidad Nacional de Cuyo (1953), la carrera de Asistente en Psicotécnica en la Universidad del Litoral (1950).

Respecto al rol científico de la psicología, es efectivamente el llamado “Modelo Boulder” –denominado así por haberse realizado en Boulder, Colorado, Estados Unidos de América- que se instaura en las postrimerías de la Segunda Guerra Mundial, definiéndose allí una Psicología como ciencia y profesión a la vez.

Efectivamente, en 1945, James Conant, presidente de la Universidad de Harvard, impulsó la creación de la “*Comission of twelve*”, coordinada por Alan Gregg. Entre los doce especialistas convocados se encontraban Edward Thorndike, John Dollard, Louis Thurstone, Ernest Hilgard, y Leonard Carmichael entre otros. El objetivo residía en elaborar un documento donde se establecieran los parámetros de una psicología universitaria que produjera profesionales útiles a las nuevas demandas generadas por la Segunda Guerra Mundial, el nuevo mercado laboral impulsado por la industria creciente, y la visión taylorista de “el hombre correcto para el trabajo adecuado”. (Vilanova, A.; 2003; Sánchez González, J.A.; 2003)

El informe fue publicado finalmente en 1947, donde se indicaba, entre otras cosas, la fiabilidad y validez que habían demostrado algunos instrumentos de evaluación psicológica durante la guerra (tests mentales) y la necesidad de elaborar currículas que bogaran por la formación científico-profesional de los psicólogos, así como la necesaria formación interdisciplinaria.



El tercer período en la psicología argentina, de 1956 en adelante, es caracterizado por Vilanova (2003) por corresponder a la aparición de los primeros psicólogos titulados, estadio signado por distintas falencias académico-profesionales:

- Formación sin docentes idóneos: dado que quienes impartían los cursos eran profesionales de otras disciplinas como médicos, filósofos, pedagogos.
- Escasez presupuestaria y de materiales: con una matrícula de ingresantes en aumento, pero con recursos destinados a la formación psicológica escasos.
- Gran cantidad de alumnos por profesor.
- Inexistencia de bibliografía pertinente y de conexión con producciones científicas del exterior.
- Interés centrado en el ámbito clínico-terapéutico, dejando de lado otras áreas como la investigación, la educacional, la forense
- Elevado índice de deserción de los estudiantes.
- Legislación nacional adversa: sanción de la Ley 17.132 del Ejercicio de la medicina, donde el psicólogo queda subsumido a un mero asistente médico, sin autonomía profesional

Por su parte, Klappenbach (op. cit.) agrega que el gran desafío de esta era –enmarcada entre 1960 y 1983 según su periodización- estaba signado por la búsqueda de una identidad de psicólogo, dado que aun no se encontraba claramente definido el rol del psicólogo como profesional, y que el debate se polarizaba entre el rol del psicólogo equivalente al de psicoanalista



(excluyendo entonces la psicología animal y otros campos de desempeño que no consideraran al Inconsciente freudiano), y en el otro polo se ubicaban las posturas que sostenían la identidad y rol del psicólogo como *agente de cambio*, siguiendo la línea de las propuestas de José Bleger con su Psicología de la conducta y psicohigiene.

Asimismo, en este período comenzó a debatirse el rol del psicólogo en el seno de las corporaciones médicas. En 1959 el colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires publica una solicitud donde expresaba su preocupación por la práctica de hipnosis y porque la carrera de psicología fomentaba el ejercicio ilegal de la medicina. Meses después, el Consejo Académico de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, eleva un informe al Consejo Superior, donde reclamaba – amparándose en la Ley 12.919 de Ejercicio Legal de la Medicina- que no se utilizase el término “Psicólogo clínico”, dado que el concepto de “clínico” era definido como:

“El hecho de anunciar, prescribir, administrar o aplicar cualquier procedimiento directo, indirecto o de sugestión destinado al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades o a la conservación de la salud de las personas” (Universidad Nacional de La Plata, citado por Dagfal, 1998, pág. 29).

Ergo, solicitaban que se reemplazara “psicólogo clínico” por “psicólogo auxiliar de la psiquiatría”. Un caso similar tiene lugar en la Universidad Nacional de Córdoba en 1959, cuando la Cátedra de Psicoterapia



fue ocupada por un profesional no médico, lo que motivó un cuestionamiento de la Federación Médica Gremial a la Facultad de Filosofía y Humanidades, donde funcionaba la Escuela de Psicología. En ambos casos, los reclamos del campo médico hacían alusión al carácter de “colaborador” del psicólogo en el equipo psiquiátrico, dado que consideraban que el diagnóstico y tratamiento era una clara incumbencia del título de médico.

Posteriormente, también en 1959, se produjo la Tercera Conferencia Argentina de Asistencia Psiquiátrica, siendo una de las exposiciones presentadas la de “Títulos habilitantes para el estudio y tratamiento del enfermo mental”, donde se confirmaría –por parte del cuerpo médico- la concepción del psicólogo como colaborador del médico y lo perjudicial de “seres extraños a la medicina” en el campo de salud mental.

Estos antecedentes dan lugar, en 1967, a la sanción de la Ley 17.132 de Ejercicio Legal de la Medicina, en la que el rol del psicólogo es delimitado a funciones designadas y supervisadas bajo responsabilidad médica-psiquiátrica:

“Artículo 91. — Los psicólogos podrán actuar:

a) en psicopatología únicamente como colaboradores del médico especializado en psiquiatría, por su indicación y bajo su supervisión, control y con las responsabilidades emergentes de los artículos 3°, 4° y 19, inciso 9; debiendo limitar su actuación a la obtención de tests psicológicos y a la colaboración en tareas de investigación.



b) en medicina de recuperación o rehabilitación como colaboradores del médico especializado y con las mismas limitaciones del inciso precedente.

Para actuar en tal carácter deberán solicitar autorización previa a la Secretaría de Estado de Salud Pública y cumplir los requisitos que la misma establezca

Les está prohibido toda actividad con personas enfermas fuera de lo expresamente autorizado en los párrafos precedentes, asimismo como la práctica del sicoanálisis y la utilización de psicodrogas.” (Ley 17.132 De Ejercicio Legal de la Medicina, Título VII “De los colaboradores”, Cap. X “de los auxiliares de Psiquiatría”, Nación Argentina, 1967)

En este período se continúan los debates acerca del rol profesional en general y el rol del psicólogo clínico, como así también el debate y delimitación de los distintos ámbitos donde el psicólogo podría desarrollar su quehacer.

Finalmente, Klappenbach (ob cit) delimita un período de plena institucionalización, que data desde 1983 hasta la actualidad. Esta etapa se encuentra caracterizada por la transición democrática en 1983, la recuperación de espacios de inserción de los psicólogos (perdidos durante la dictadura militar 1976-1983), la sanción de leyes de ejercicio profesional en Salta, Tucumán, Catamarca y San Luis –en las que se reconocía la autonomía del



psicólogo, su inclusión en diversos campos de práctica profesional y la pertinencia de la psicoterapia en la clínica.

Este movimiento restitutivo en el status legal de la psicología se erige a través del desarrollo de legislación en distintas provincias de Argentina (se pone en vigencia la Ley 972/74 en Río Negro; la ley 7.106 en Córdoba, y leyes de ejercicio profesional en Formosa, Santa Fe, La Pampa, Santa Cruz, Jujuy, Buenos Aires, Chubut, Capital Federal, Chaco, Neuquén, La Rioja)

No obstante, aun tenían vigencia la resolución sobre incumbencias dictada por Juan Rafael Llerena Amadeo (Res. 1560/80, Nación Argentina), congruente con la Ley 17.132 antes citada, y conocida como “la resolución de los tres no”: no al psicoanálisis, no a la psicoterapia, no a la administración de drogas psicotrópicas (Klappenbach, 1998). Debido a esto, se generó una importante movilización por parte del gremio de psicólogos de todo el país, apoyada por asociaciones de profesionales de todo el país (nucleados por la Confederación General de Profesionales de la República Argentina) e incluso por la postura adoptada por la prensa, lo que allanó el camino para el surgimiento de la nueva legislación, alcanzada en principio en 1980, con la propuesta de incumbencias redactada por el Consejo de Rectores de Universidades Nacionales el 17 de diciembre donde, si bien reconocía la autonomía de los psicólogos respecto los médicos, con técnicas y métodos propios de su disciplina, aun habilitaban de forma parcial el ejercicio en la aéreas laboral, jurídica y educacional. Recién en 1985 se presenta la resolución 2447 sobre incumbencias, en las que participaron distintas instituciones interesadas, tales como el Ministerio de Educación, Universidades públicas y privadas, y la Fe.P.R.A, resultando de aquí una habilitación completa



para el ejercicio de la psicología a través de contemplar las diversas áreas de desempeño posibles.

Finalmente, el 23 de febrero de 2004, se dicta el interés público de la psicología, a través de la resolución 136, de acuerdo a la ley de Educación Superior del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, Nº 24521/95.

Este breve recorrido por la historia de la Psicología en Argentina nos permite dar cuenta de las vicisitudes del desarrollo de la disciplina en nuestro país, destacándose entre los aspectos más relevantes para el presente trabajo:

- El tardío desarrollo de la psicología como profesión (cuestión compartida con todos los países de Latinoamérica)
- El desarrollo histórico de un perfil clínico del psicólogo profesional, en detrimento de otras áreas de desempeño.
- El abandono del modelo científico por el modelo profesional a mediados de 1950, en lugar de buscar la complementariedad de ambas facetas.
- La adopción de un modelo médico asimétrico en la concepción del vínculo del psicólogo –sujeto activo- y el "paciente" -sujeto pasivo-.
- La formación de las primeras camadas de psicólogos delegada a profesionales de otras áreas, principalmente de la medicina y la filosofía.
- Relacionado con los ítems antes mencionados, la formación monoteórica y escindida de desarrollos internacionales de la Psicología hasta prácticamente 1980.



- La escasa delimitación entre incumbencias psicológicas y médicas, cuestión aun hoy generadora de conflictos interprofesionales.

A. Sobre las psicoterapias

Definir a la psicoterapia implica reducir en algunas pocas líneas una vasta diversidad de modalidades, muy disimiles en muchos casos. Siguiendo a Fernández Álvarez (1992), estos rasgos básicos en común pueden sintetizarse en los siguientes cuatro:

- Una relación entre dos personas, paciente y terapeuta, cuyo eje central es la confianza del primero en la competencia del segundo para ayudarlo.
- Sus entornos son considerados por la sociedad como lugares de curación, por lo que el propio ambiente genera una expectativa de alivio.
- Todas las psicoterapias se fundan en el funcionamiento de un mito sobre la salud y la enfermedad, y este mito debe ser compartido por el aparato cultural del paciente y del terapeuta.
- Todo abordaje psicoterapéutico es resultante de una prescripción teórica.

Por su parte, Eysenk (1961) propone los siguientes criterios:

- Una relación prolongada entre dos o más personas, donde una de ellas ha recibido formación especial



- Una o más de las personas involucradas experimenta un descontento con respecto a su adaptación emocional y/o interpersonal
- Los métodos utilizados son de índole psicológica, implicando mecanismos como la sugestión, explicación, persuasión, etc.
- El procedimiento seguido por el psicólogo es guiado por alguna teoría de los trastornos mentales en general y de la salud mental
- El objetivo del tratamiento es mejorar aquellos aspectos que conducen al paciente a buscar ayuda.
- El objetivo del tratamiento consiste en el mejoramiento de las dificultades que hacen que el paciente busque la ayuda del psicoterapeuta.

Luego, las diversas orientaciones psicoterapéuticas asumen una posición en función de la relevancia que le den a 3 factores en la construcción del sujeto psicológico, como son la ponderación del factor biológico, el factor psicológico y el factor social. El peso relativo que adquiera cada uno de ellos en la noción de sujeto que se despliegue, tendrá consecuencias en la teoría, técnica y práctica a desarrollar.

A modo de ejemplo, tomaremos dos modelos psicoterapéuticos de gran presencia en nuestro país, como son el modelo psicodinámico y el modelo conductista-cognitivista.

Las psicoterapias de origen psicodinámico conciben los síntomas de la enfermedad o trastorno como la expresión de un conflicto inconsciente. El psicólogo interviene adoptando un rol de intérprete o traductor de la conflictiva, facilitando el proceso de toma de conciencia del mismo. La relación establecida en este modelo entre terapeuta y paciente es del tipo de las denominadas por



Schneider “relaciones interpersonales subjetivas”, connotando así el carácter subjetivo con el que ambos vivencian la experiencia. El núcleo del proceso psicodinámico es el despliegue de la transferencia, que signa la relación vincular entre ambos, y cuyo análisis e interpretación conduce a la eliminación de los síntomas intrapsíquicos. Las técnicas básicas aquí son la libre asociación del paciente, y la abstinencia del psicólogo.

Por otra parte, el psicólogo cognitivo-conductual, concibe a los trastornos como producto del aprendizaje, por lo que asume aquí un rol de educador o de instructor, facilitando técnicas y modos de detección y reaprendizaje de aquellas conductas, pensamientos y comportamientos desadaptativos. La relación establecida aquí es de tipo pedagógica. (Castilla García, A.; Castilla San José, M.L., 2001)

Esta mención de los anteriores modelos polares de abordaje psicoterapéuticos, permiten apreciar el lugar que adquiere el paciente en el vínculo (un sujeto “sujetado” a sus designios inconscientes en el primer caso, una persona con aprendizajes disfuncionales o desadaptativos que puede reaprender, en el segundo) y tiene una cierta incidencia en el lugar que se da a su palabra, a su razón y a su competencia para decidir. Si buscamos un lugar para el CI en estos abordajes, notaremos que en el caso de la concepción psicoanalítica, puede esgrimirse que el proceso transferencial puede ser afectado (y afectar a) el proceso del CI, en tanto la reactualización de conflictos y fantasías inconscientes puestas en el vínculo con el terapeuta, deslegitimarían en cierto grado ambos procesos.

Algunos de los adherentes a este modelo podrían aludir al perjuicio de llevar la implementación del CI al encuadre psicoterapéutico, entonces, en



tanto atenta en cierta medida con los objetivos perseguidos. No obstante, cabe preguntarse si, en última instancia, no pervive aquí una visión paternalista.

IV. Profesión, Deontología, Moral y Ética profesional

A. El concepto de Profesión

El concepto de profesión tiene su origen en el término latino *professio-onis*, que significa acción y efecto de profesar. A su vez, se deriva de *confessus* –confesar algo públicamente, prometer- y *professus* – que posee la misma connotación de hacer público algo o promesa. Hasta la Edad Media, el término de profesión se reservaba para el compromiso que adquiriría quien se consagraba a la religión o a lo público, sentidos que perviven hoy día en frases como “profesar la fe” o “profesar la religión” (Gracia, 1989; França Tarragó, O.; Galdona, J., ob. cit.). Más adelante, la palabra “profesión” comenzó a utilizarse para definir a aquellos grupos que se caracterizaban por realizar una actividad común, con dedicadas y consagradas a ella, como lo son las profesiones liberales. (Fernández Pérez, 2001)

En la Modernidad, “profesión” es un concepto que define a un grupo humano que se caracteriza por detentar ciertos conocimientos específicos, fundados en una teoría unificadora aceptada por todos los miembros, que les concede la posesión de técnicas y capacidades particulares, basadas en esas competencias, y lo que los hace acreedores de prestigio social por las



expectativas explícitas de confiabilidad moral, expresándose estas en distintos códigos de Ética.

Así, el “ethos” del psicólogo estaría conformado por aquel cúmulo de normas específicas, formas de juzgar los actos morales y actitudes, que caracterizan al grupo que constituyen; y regula los intercambios tanto de los sujetos profesionales entre sí, como en sus relaciones con la comunidad a la que pertenecen. A su vez, instaura una tradición valorativa en el seno de la comunidad profesional, que funciona como guía rectora de los comportamientos de los profesionales, evitando así la desviación de los patrones usuales de ejercer.

B. Deontología Profesional

El concepto de “Deontología” proviene del griego *δέον- οντος*, deber y *λογία* (saber o ciencia), y es traducido como “tratado o ciencia de los deberes” (Diccionario de la Real Academia Española, 2010)

Según Battaglia (1966, citado por López Guzmán & Miralles, 1994) “Deontología” alude a *“aquella parte de la filosofía que trata del origen, la naturaleza y el fin del deber, en contraposición a la ontología, que trata de la naturaleza, el origen y el fin del ser”*.

El término fue utilizado por primera vez por el pensador inglés Jeremy Bentham (1748-1832), quien introdujo este concepto en su obra *Deontology* de 1829, con el fin de sustituir el de “moral”, dado que éste poseía una connotación cercana al concepto de deidad y a aspectos trascendentes de la razón. Pero en el campo de la medicina, fue Max Simon, en 1845, quien



publicó en París la obra *Deontologie Médicale*, que fue el primer tratado de deontología utilizado en las facultades de medicina, (Mariñelarena Mariñelarena, J.; Cote Estrada, L., 2010) y progresivamente se fue utilizando para el ámbito de las profesiones intelectuales que se desenvuelven autónomamente.

Deontología Profesional constituye un concepto más restrictivo que el de *Ética Profesional*, pues alude al plexo normativo que regula la práctica profesional, mientras que la segunda incluye no solo a las prescripciones y deberes, sino también versa sobre los derechos y virtudes del profesional. (França Tarragó, O.; Galdona, J., 1992)

C. Moral y Ética profesional

La palabra ética tiene su origen en el concepto griego de “ethos”; por su parte, en latín encontramos el concepto *mos-ris*, que posee la misma significación: moral.

El *ethos* es un fenómeno cultural de la moralidad en su conjunto, un conglomerado de actitudes, convicciones, creencias morales y formas de conducta de una persona o grupo. Si bien es variable en cada cultura y época en su contenido, esta inevitablemente presente en toda sociedad humana. (Maliandi, 2004).

La palabra *Ethos* presenta una dificultad en su elucidación desde el inicio, dado que posee la doble traducción de $\eta\theta\omicron\zeta$ (éthos) y $\epsilon\theta\omicron\zeta$ (êthos).

Ambas pueden traducirse de forma amplia como “costumbre”, pero en la primera ($\eta\theta\omicron\zeta$) es mayor la connotación moral y denota el *carácter* o la



forma de ser, ajustándose así a lo más propio de una persona, a su manera de actuar; mientras que *εθος* posee un sentido más cercano al concepto de *hábito* o *costumbre*. Este último término es el que da lugar al vocablo *ética* utilizado actualmente, condensando los dos sentidos, y utilizándose para designar con *ética* tanto la manera de ser como el carácter. (García de Diego, 1979; França Tarragó, 1992; Maliandi, 2004)

Generalmente, se tienen en cuenta ambas significaciones del concepto de *ethos* en su traducción, optándose por ejemplo, en sugerir que *el carácter se forma a través del hábito*. Esta distinción inicial es tomada por distintos autores para connotar distintos aspectos con los conceptos de “moral” y “ética”, utilizándose el primero para referirse al conjunto de lo normatizado, como bueno en cada lugar y época, mientras que *ética* se aplica la rama de la filosofía que tiene como tema el acto moral o, dicho de otro modo, la termalización del *Ethos* (Maliandi, ob. cit.; De Zan, 1989)

Otro uso se que se da a estos conceptos –tomados ahora como adjetivos- es la designación, con el adjetivo moral, de las relaciones del individuo con las normas de su contexto; y el adjetivo *ética* para designar la reflexión crítica del sujeto respecto de la norma, asumiendo una posición responsable a partir de su condición de agente moral autónomo.

Históricamente, las representaciones de la *ética* y la *moral* han sido concebidas y tratadas de distintas formas, pudiéndose ubicar el pensamiento griego en el inicio, con el concepto socrático de *areté (virtud)*. Ésta representaría la disposición última del hombre, aquello para lo que ha nacido, y es factible de enseñanza-aprendizaje, erigiéndose en el imperativo moral “*conócete a ti mismo*”. En el mismo sentido, Platón (427-438 A C) planteará



luego que “*el alma debe dominar el cuerpo como el amo al esclavo*”. Su discípulo Aristóteles, en su obra “*Ética a Nicómaco*”, aborda la cuestión del Bien como el fin último de las acciones del hombre y de todas las cosas: la Felicidad, como fin último del hombre, solo puede lograrse por el sometimiento de la Virtud a la Voluntad, y así logrará su objetivo, el Bien.

Otro hito en la historia puede encontrarse en la reflexión teñida de religiosidad de la Edad Media. El orden divino y el político se funden en un poder absoluto e incuestionable. Pensadores como San Agustín (354-430 D C) y Santo Tomás de Aquino (1225-1274 D C) respaldan una moral acorde con los dictados del cristianismo y como código a seguir, a la Biblia. Aquí, al igual que en la moral griega, se procura dominarse a sí mismo, pero a diferencia de aquella, en ésta -la moral cristiana- se debe acatar el código para salvar el alma, no permitiendo lugar para un agente autónomo con criterio propio. Esta moral es importada hacia América en la conquista, tornándose una forma más de ejercer el dominio, apelando a la instauración de la Inquisición en los virreinos.

Un tercer momento se ubica en la Modernidad. La caída del orden feudal no lleva a la desaparición de la religión como institución de gran poder, pero ya no se apelan a explicaciones religiosas, sino a explicaciones lógicas, racionales y científicas para los hechos del hombre. El Iluminismo irrumpe ante el oscurantismo reinante. Aquí surgen pensadores como Descartes (1596-1650), Spinoza (1632-1677), Leibniz (1646-1716), surge el empirismo inglés con autores como John Locke (1632-1704) y David Hume (1711-1776), quienes debaten las ideas que llevan el sello de la forma de Estado de aquella época, la



monarquía constitucional y representativa, con independencia respecto de la iglesia, tolerante con respecto a la religión.

Un cuarto momento se articula en el contexto de la Revolución Industrial en Inglaterra y la Revolución Francesa (1789). Ambas representan en lo productivo y en lo político una nueva forma de estructuración social. Surgen los conceptos de “libertad” e “igualdad” entre los hombres, junto con el valor del individuo. La sociedad debe regirse por un “contrato” entre los hombres, un orden al que se llega por contrato, sostenido y garantizado por la libertad individual. Esto significó un progreso en relación al sometimiento absoluto a un poder divinizado. En América Latina esto se liga a la independencia con respecto a un poder colonial, para entrar en el camino de la constitución de los estados.

Surgen aquí pensadores como I. Kant (1724-1804) quien plantea que el hombre se encuentra sometido a las leyes naturales, físicas y psíquicas (yo empírico), pero también reconoce un “yo puro” que no está determinado por la naturaleza, sino por las leyes de la libertad; este es el campo de la moralidad, donde tiene lugar la razón práctica (opuesta a la razón pura teórica), que no se refiere al ser, sino al “deber ser”. El deber, la conciencia de responsabilidad, suponen que el hombre sea libre. Kant plantea el tema de la ética como la cuestión del bien supremo: al ser el bien supremo la buena voluntad, la calificación moral de una acción recae sobre la voluntad que ha sido hecha, no sobre la acción misma. La buena voluntad se guiará solo por respeto al deber, de ella partirá el imperativo categórico kantiano: *obra de manera tal que esperes que lo que haces sea elevado a ley universal*. La ética kantiana es autónoma y no heterónoma; la ley viene dictada por la conciencia



moral misma, no por una instancia ajena al yo. Por otra parte, esta ética es formal y no material, porque no prescribe nada concreto, sino la forma de acción. De este modo la ética kantiana culmina en la persona moral. Una ética es siempre una ontología del hombre, Kant le pide al hombre que realice su esencia. Todos los hombres son fines en sí mismos, la ética puede hacernos dignos de ser felices, pero no nos asegura el serlo. La razón práctica, a diferencia de la razón teórica, solo tiene validez inmediata para el yo, y consiste en determinarse a sí mismo. Lo primario en el hombre no es la teoría, sino la praxis, un hacer. En el concepto de moral, entendida como libertad, culmina la filosofía kantiana.

La pugna iniciada por la conquista de los territorios, la expansión del Capitalismo y la industrialización, culmina con dos guerras mundiales, que dan lugar a nuevas reflexiones sobre la ética, constituyéndose distintos acuerdos y códigos de ética.

En 1946, los juicios de Nüremberg dieron lugar a importantes tratados que, analizando la responsabilidad de los profesionales, sirvieron como fundamento a la moderna figura de Códigos de Ética. Consolidado el nuevo reparto del mundo, sólo quedaba reconstruir los países devastados y lidiar con las consecuencias geopolíticas y económicas de la posguerra.

La configuración del nuevo escenario mundial, signado por los fenómenos de globalización, el avance de las comunicaciones, la transnacionalización del capital, el avasallamiento de los Estados por parte del Mercado, los enormes avances de la biotecnología, etc., generan cambios sociales, económicos, políticos, y este en contexto surgen nuevos abordajes de la ética, procurando comprender la nueva coyuntura de la realidad, jalonada



a su vez por el debate de si ésta constituye una continuación del modelo impuesto luego de la Edad Media (Modernidad Tardía) o, como, postulan otros, un cambio radical por el agotamiento de las Instituciones, modelos y de los grandes relatos de la Modernidad (Postmodernidad). (Lewkowicz, 2004)

Entre los defensores de la primera postura, surgen propuestas como las de Jürgen Habermas, quien afirma que la Modernidad aun no se ha agotado, y su aporte a la discusión se concreta en la “*Teoría de la Acción Comunicativa*”. Este autor, junto a otros como Karl Otto Apel y Adela Cortina, proponen una *Ética del discurso*, erigida esta como instancia superadora de la propuesta kantiana. Efectivamente, la propuesta de Kant constituye una ética formal, sin contenidos, y de condición monológica. La nueva idea incluye un planteo pragmático-trascendental y dialógico, incluyendo junto a esto una ética de la responsabilidad. No es una propuesta que pugne por el retorno a los valores e ideales de la Modernidad (Razón y Progreso), sino que rescata las intenciones del Iluminismo, y esto es formulado en su Teoría de la Acción Comunicativa.

Aquí, los ideales de la ilustración de autonomía libertad, justicia y autonomía individual se trasladan las prácticas dialógicas que entablan los sujetos. Este medio para el logro de consensos tiene como condición sine qua non estar libre de presiones, y fundarse en el supuesto de la igualdad de todos los participantes de la comunidad.

Así, las prácticas comunicativas deberían descansar sobre un trasfondo en el que el mundo en el que interactúan los individuos tienda a la conquista y mantenimiento de la búsqueda del consenso, a una racionalidad



donde el acuerdo comunicativo se apoye en última instancia en razones. (Habermas, 1986; Cortina, 1996; Marturet, 2001)

Entre los autores denominados posmodernistas encontramos pensadores como J. Derrida, M. Foucault, F. Nietzsche; H. Gadamer, Derrida, entre otros. Los supuestos nodales del Posmodernismo sostienen que la crisis Moderna indica la caída de los grandes relatos y el fin de la historia, y que las causas únicas son sustituidas por diversas historias. Dan por acabadas las grandes ideologías, la Verdad, la Ciencia. En su lugar, postulan la llegada de la multiculturalidad, la pluralidad y el multisentido en todos los estratos de la vida del hombre.

Más allá del rico y fecundo debate que se establece a partir de estas diversas concepciones de la realidad –que no ahondaremos aquí por su extensión-, es innegable que la crisis actual influye en los distintos ámbitos de la vida cotidiana, como lo es la constitución del lazo social, la construcción de la identidad (individual-colectiva), la religión, el Estado, etc., cuestiones que dan marco y proponen un desafío a la reflexión Ética y a la Bioética en particular.

D. Teorías Éticas

En el centro de la Bioética encontramos abierto un debate acerca de las distintas teorías que la sostienen, distinguiéndose diferentes posturas en torno a la concepción de esta disciplina. Como refiere Mainetti (2002) siguiendo a Veatch, las teorías éticas dan fundamento de la moralidad en la acción humana, dando primacía al acto moral, al agente del acto moral, o a las consecuencias de dicho acto. Esto da lugar a tres grandes grupos de teorías de



la Ética (las fundan a su vez otras muchas variantes), como son la Teoría de las Virtudes (Agente), la Deontologista (Acto) y la Utilitarista (Consecuencias) respectivamente. Siguientemente desarrollaremos algunos aspectos nodales de cada una.

D.1. Utilitarismo

Este desarrollo teórico se funda en que las acciones morales lo son por su utilidad, esto es, su finalidad (*télos*). Así, un acto es moralmente bueno cuando produce mayores beneficios en relación a otras acciones alternativas que pudiera ocasionar.

Entre sus autores se encuentran pensadores como David Hume, Jeremías Bentham (quien identifica el bien con la felicidad y el placer) y Stuart Mill. La concepción del principio de autonomía en este último es evidente en el siguiente párrafo, citado por Diego Gracia y Javier Júdez (2004):

“Ningún hombre puede, en buena lid, ser obligado a actuar o a abstenerse de hacerlo, porque de esa actuación o abstención haya de derivarse un bien para él, porque ello le ha de hacer más dichoso, o porque, en opinión de los demás, hacerlo sea prudente o justo. Éstas son buenas razones para discutir con él, para convencerle o para suplicarle, pero no para obligarle o causarle daño alguno si obra de modo diferente a nuestros deseos. Para que esta coacción fuese justificable, sería necesario que la conducta de este hombre tuviese por objeto el perjuicio de otro. Para aquello que



no le atañe más que a él, su independencia es, de hecho, absoluta. Sobre sí mismo, sobre su cuerpo y su espíritu, el individuo es soberano”

Según França Tarragó y Galdona (ob.cit.), dentro de la Teorías Éticas Consencuencialistas pueden ubicarse distintas vertientes, tales como:

- **Los preferencialismos:** aunque no es una corriente en sí, sino que representa una serie de autores que se distinguen del Utilitarismo porque suponen que la apreciación de las consecuencias no tiene como único significado la utilidad para el mayor numero, sino también a otros objetos de deseo. Así, para el Pluralismo, además de la felicidad pueden encontrarse otras consecuencias a perseguir, como la amistad, la belleza, la salud, etc. Dentro de esta línea plantean que no existe uno de estos valores que se sitúe por sobre los demás absolutamente, sino que todo depende de las circunstancias particulares. Por otra parte, en la postura Individualista aluden que la cuestión de la buena consecuencia puede resolverse apelando a la definición de valores de cada uno de los individuos. Otra línea es la de Elitistas Grupales o Parroquialistas, que concluyen que es bueno algo en tanto lo es para un determinado grupo, raza o etnia. Finalmente, la postura Socialista sostiene que es bueno aquello que se erige como tal para determinada clase social (por ej. el marxismo)
- **Los Utilitarismos:** en el que las acciones son consideradas buenas en tanto provean o permitan alcanzar la felicidad y el bienestar, y “malas” en tanto vayan en contra de estos objetivos. Dentro de esta corriente se



pueden ubicar posturas Casuistas, que proponen la evaluación de las distintas alternativas para ponderar cuál de ellas proveería de mayor utilidad como consecuencia. No estiman criterios universales validos, sino que en cada caso hay que seguir aquella opción que más convenga. La otra postura dentro del Utilitarismo es la Nomista (o Utilitarismo de la regla), que defienden que para estipular lo que debe hacerse, hay que formular normas que permitan dirimir los caminos a seguir para alcanzar la mayor utilidad para el mayor número. Esta postura se erige en función de superar las críticas dirigidas a las primeras postulaciones del Utilitarismo.

Las críticas que se erigen contra el Utilitarismo pueden resumirse en cuatro puntos:

1. El principio de utilidad –el mayor beneficio para el mayor número de personas- puede conllevar sufrimiento para muchas otras que representan las minorías, incurriendo así en un quebranto del principio de Justicia.
2. A su vez, esta imposición de las mayorías puede quebrantar principios éticos reconocidos, al requerir solo el justificativo de una mayoría para decidir que es bueno. El ejemplo que presenta França Tarragó al respecto alude a que si bien es reconocido que es incorrecto el homicidio, una mayoría podría decidir avalarlo ante determinadas circunstancias (ob. cit., p.113). Esta demanda, por extraña que parezca, se difunde bastante en la actualidad en nuestro país en relación a distintos hechos delictivos en el que se encuentran involucrados jóvenes menores de edad.



3. Otra objeción alude a la ambigüedad del concepto de “mayoría”, dado que no estipula cuándo comienza a ponderarse una cantidad de gente como tal.
4. La cuarta objeción es la realizada por Rawls a través de su *Teoría de la Justicia* (Rawls, 2006), y alude a que el utilitarismo, al ocuparse de los intereses de la mayoría, convierte al individuo en un ser nimio, es decir, lo despersonaliza.

Asimismo, caben algunas críticas al Utilitarismo de tipo *Nomista* en particular. En principio, si pretenden adherir al principio de utilidad como guía rectora de la acción, es incongruente y hasta contrario que apelen a la obediencia de una ley o norma al mismo tiempo. Otra crítica relacionada a la anterior, alude a la dificultad en la que se encuentra este posicionamiento si se presenta el caso de discernir entre dos normas útiles, dado que –de apelar a la que “más utilidad posea”- darían por tierra con su postura de establecer normas para regular el utilitarismo.

D.2. Deontologismo

A diferencia de la postura del Utilitarismo, el deontologismo juzga los actos morales no por sus fines, sino por el juicio que del acto moral se realice a partir de sus características intrínsecas, no incidiendo el bien o daño causado (consecuencias) en este juicio. Las normas morales que utiliza son fundadas en preceptos legales, sociales o religiosos.

Siguiendo a Franca Tarragó y Galdona (ob. cit.; pp. 114-115), entre de estas teorizaciones podemos discernir:



ψ **Teorías Formalistas**: en donde se concibe que existen reglas racionales que permiten elucidar la rectitud de un acto. A su vez, se pueden diferenciar dos corrientes. La primera de ellas está constituida por los Monistas, que derivan todas las reglas de una sola ley o principio fundamental. Dentro de esta postura se encuentran autores como Kant, con su propuesta de un *Principio de Universalización o Imperativo Categórico*:

“Obra sólo de forma que puedas desear que la máxima de tu acción se convierta en una ley universal”

Asimismo, agrega:

“Obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la de cualquier otro, siempre como un fin, y nunca sólo como un medio” (Kant, I.; 1984)

Esto permite acceder a la noción de que cada persona tiene valor en sí misma por el hecho de representar un ser racional, con voluntad autónoma que le permite auto legislarse según el imperativo antes mencionado. Como puede apreciarse, para Kant el valor de la racionalidad es nodal y fundamental en la moralidad. En este marco, solo una cosa es buena, y eso es la buena voluntad, aquella que actúa solo por el deber emanado del Principio de Universalidad. Así, se desprende del planteo kantiano la existencia de una guía rectora de la ética del hombre (el imperativo categórico), su incondicionalidad, su absolutez, y su carácter supremo si se presentan conflictos con otros



imperativos. Así funda Kant la Autonomía Moral, la Libertad, el respeto por el otro, y esto constituye la base de su trazado Ético.

Distintos autores han bregado posteriormente sobre esta teoría, ubicándose como neokantianos, entre ellos J. Rawls (quien plasma sus ideas nodales en su obra “*Teoría de la Justicia*”, entre otras), Paul Ramsey, Robert Veatch y Engelhardt.

Las objeciones que se erigen a estas postulaciones se pueden resumir en las siguientes:

- a. Ante dos normas igualmente válidas, no existe un medio práctico provisto para dirimirlas. Esto es efecto de su carácter “formal”.
- b. Kant aborda un tipo ideal de sujeto racional, autónomo, que no debe ser tomado como medio sino siempre como fin, pero se abre aquí la cuestión de qué sucede con las personas que quedan fuera de esa definición, esto es, las personas con severos trastornos mentales, los niños o cualquier otro que vea disminuida su capacidad de raciocinio (França Tarragó, op. cit., pp. 115-117)

Por otra parte, se ubica también dentro del deontologismo el Intuicionismo de David Ross (1877-1971), quien se distingue de Kant al proponer considerar las consecuencias, además de evaluar la naturaleza “intrínseca” de la acción moral, naturaleza que se conforma por una doble propiedad: pueden producir bien, puede producir mal o ser neutrales. Cuestionando la concepción utilitarista de lo “correcto”, examina detenidamente el concepto y da cuenta de que no es posible determinar un acto como “correcto”, sino que la corrección estaría dada por la *adecuación* del acto moral en la situación. Para dilucidar esto,



apela al concepto griego de *kalón* utilizado por los griegos para designar lo bueno. También otro concepto tenía el mismo fin: *agathón*. La diferencia radicaba en que *agathón* tenía una connotación de lo deseable, lo conveniente, mientras que *kalón*, connotaba lo “bello”, lo moralmente bueno. Así, tal como lo conveniente no es siempre bueno, y viceversa, puede decirse que lo correcto no es siempre moralmente bueno. (Kania, 2005)

ψ **Teorías lusnaturalistas**: dentro de las que se incluyen aquellas concepciones que consideran la rectitud de las acciones determinada por la propia naturaleza de las cosas, y no por leyes externas a ellas. El hombre, en tanto ser natural dotado de razón, descubre en ésta la fuente de la moralidad dado que es la que descubre el camino a seguir: hacer el bien y evitar el mal. El bien se identifica aquí con las tendencias naturales, especialmente las de la razón, y los principios morales se derivan de esta tendencia. Los autores más reconocidos de esta línea son Aristóteles y Santo Tomás de Aquino.

D.3. Teoría de los principios

Las denominadas teorías de los principios, postulan la existencia de ciertos principios que rigen los razonamientos morales. Uno de estos paradigmas, propuesto en el libro de Beauchamp y Childress “*Principles of Biomedical Ethics*” (1979),

Esta propuesta tiene su origen cuando el Congreso de Estados Unidos creó, en 1974, la “Comisión Nacional para la protección del ser humano



frente a las investigaciones biomédicas y de conducta” donde se establecen directrices para la investigación biomédica, resultando de ello el conocido Informe Belmont (1978), donde se erigen los principios de Respeto por las Personas, el de Beneficencia, no Maleficencia y el de Justicia. Con la postulación de estos principios generales se procuraban establecer los cimientos para formular e interpretar normas y reglas específicas que guíen la acción frente los dilemas éticos en la investigación con seres humanos. (Sánchez González J. , 2003)

Poco tiempo después, en 1979, Beauchamp y Childress publican su obra, adaptando los principios del Informe Belmont: de Autonomía, de Beneficencia, de no Maleficencia, y de Justicia.

Este constituye un sistema de argumentación moral con cuatro niveles de justificación (teorías, principios, reglas y juicios particulares), aplicado a resolver los conflictos y dilemas morales de la experiencia clínica.

Las teorías éticas -o Filosofía Moral- proveen los fundamentos de la moralidad (lo correcto e incorrecto, lo bueno y lo malo) del hombre. Por su parte, los principios morales son orientaciones para que la razón humana pueda saber cómo se puede concretar un valor ético último perseguido. Son imperativos categóricos justificables por la razón como válidos para cualquier momento y lugar. A su vez, las reglas o normas morales, son prescripciones que determinan qué acciones son requeridas y cuáles evitadas para lograr plasmar en la realidad a los principios. Se consideran normas fundamentales aquellas que resultan ineludibles para el desarrollo pleno del hombre. En la práctica profesional hay 3 normas básicas que guían y enmarcan la relación con los pacientes-clientes: la norma de *veracidad*, la de *fidelidad* y la de



confidencialidad. Finalmente, los juicios valorativos particulares son aquellos a los que arriba una persona luego de una deliberación fundada en su razonamiento moral.

Los principios postulados por el Informe Belmont y seguidos en la obra de Beauchamp y Childress (1979) son los siguientes:

i. El principio de Beneficencia

- ψ *Beneficencia (del latín bonum facere: “hacer el bien”)*
- ψ *No maleficencia (del latín non malum facere: “no hacer daño”).*

Este principio bien puede descomponerse en dos: Beneficencia y no-maleficencia. Mientras el de Beneficencia se refiere a la obligación moral de actuar en pos del bien de otros, el de no maleficencia alude a la máxima hipocrática *primun non nocere* (ante todo no dañar). Mainetti (1991), citando a W. Frankena, establece un gradiente de obligaciones entre la no maleficencia - beneficencia, en un orden jerárquico de cuatro elementos:

1. *Se debe no infligir mal o daño (principio de no-maleficencia).*
2. *Se debe prevenir el mal o daño.*
3. *Se debe remover el mal.*
4. *Se debe hacer o promover el bien.*

Como destaca Mainetti (Ob Cit), evitar hacer daño sería más obligante que producir algún beneficio (y este autor presenta como ejemplo que *no es lo mismo arrojar a otro persona al agua, que arrojar al agua para rescatarlo*).



ii. *El principio de Autonomía (o de Respeto por las Personas)*

El concepto de autonomía (del latín *autonomía*, y este del griego *αὐτονομία*) significa “Estado y condición del pueblo que se gobierna por sí propio, con entera independencia / condición del individuo que no depende de nadie bajo ciertos conceptos”. Así, “Autónomo” (autos: propio; nomos: ley) es aquel que goza de autonomía, o –dicho de otra forma, hace para sí la ley. (Diccionario de la Real Academia Española, Vigésima Segunda Edición). Por su parte, Ferrater Mora (1969) la define de la siguiente manera:

“Se llama el hecho de que una realidad esté regida por una ley propia, distinta de otras leyes, pero no forzosamente incompatible con ellas. En el vocabulario filosófico el término 'autonomía' suele emplearse en dos sentidos:

1. Sentido ontológico: Según el mismo, se supone que ciertas esferas de la realidad son autónomas respecto de otras. Así, cuando se postula que la esfera de la realidad orgánica se rige por leyes distintas que la esfera de la realidad inorgánica, se dice que la primera es autónoma respecto de la segunda. Tal autonomía no implica que una esfera determinada no se rija también por las leyes de otra esfera considerada como más fundamental. Así, en la llamada ley de autonomía propuesta por Nicolai Hartmann, los reinos superiores del ser se rigen por las mismas leyes que los reinos inferiores y, además, por otras leyes propias consideradas como autónomas.



2. *Sentido ético. Según el mismo se afirma que una ley moral es autónoma cuando tiene en sí misma su fundamento y la razón propia de su legalidad. Este sentido ha sido elaborado especialmente por Kant y ha sido admitido por otros autores como Cohen, Natorp y Renouvier (...)*¹

En el actual discurso ético, el principio de Autonomía alude a la autodeterminación de las personas en tanto agentes morales, y por ende al deber de respetar las decisiones que éstas pudieran tomar en lo que concierne a sí mismos. Dos condiciones sine qua non para el desarrollo de la autonomía son la libertad (derecho de realizar lo que se decide libre de coerciones) y la capacidad (adecuación de medios a los fines perseguidos) para actuar intencionadamente. La ponderación que se le dé eventualmente a uno de estos dos aspectos da por resultado dos nociones de autonomía: la libertaria y la racionalista respectivamente².

- **La Autonomía Libertaria** pone el acento en la libre elección del individuo, no en otros aspectos de su decisión (como puede ser la racionalidad de la misma). Esta connotación es la desarrollada por la tradición angloamericana en política, economía y ética, y es fundamento del Estado liberal. En sus inicios, el principio jurídico de Autonomía de la Voluntad era funcional a un Estado Liberal que interfería lo mínimo posible en las relaciones individuales,

¹ Ferrater Mora, J.(1969) *Diccionario de Filosofía*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana, pp. 161

² Mainetti; J. (1991) “*Bioética Sistemática*” ob cit, pp.18-19



favoreciendo la realización de operaciones entre particulares, de modo que los individuos eran libres para decidir tanto los contenidos como las condiciones de los intercambios comerciales y jurídicos. Luego de la Primera Guerra Mundial, con el incremento de la industrialización, el Estado comienza a estar más presente en la esfera privada, y esas relaciones llegan a ser reguladas por principios con una función social. El Principio Jurídico de la Autonomía de la Voluntad comienza ser sustituido por el Principio Jurídico de Autonomía Privada, abandonando su mero carácter patrimonial (Bostiancic, M. C.; Dadalto, L., 2010)

- **La Autonomía Racionalista:** legado de la ética kantiana, refiere a la autonomía moral de la voluntad como legislador universal, el comportamiento moral de acuerdo a principios pretendidamente universales y válidos para toda persona.

A su vez, estas dos vertientes de la autonomía se sintetizan en una caracterización amplia de Autonomía Moral, que se designa la decisión libre de una persona, fundada en el conocimiento adecuado (Mainetti, Ob. Cit., pp. 17-19)

Beauchamp y Childress distinguen los conceptos de Autonomía personal, entendida como la "regulación personal de uno mismo, libre, sin interferencias externas que puedan controlar, y sin limitaciones personales que impidan hacer una elección. Una persona actúa libremente de acuerdo con un plan elegido." (citado por Busquets Alibés; 2008), y las Acciones Autónomas, en tanto estas " se analizan en función de sus agentes, los cuales actuarán: a)



intencionadamente; b) con conocimiento; y c) con ausencia de influencias externas que pretendan controlar y determinar el acto."

Por su parte, Tristram Engelhardt no habla de principio de respeto a la Autonomía, sino de Principio de Permiso. Este autor sostiene que *"la autoridad de las acciones que implican a otros en una sociedad pluralista secular tiene su origen en el permiso de estos, y que (...) sin el consentimiento o permiso no existe autoridad"*

Luego, justifica el Principio de Permiso aduciendo que expresa que para resolver disputas morales en una sociedad pluralista, la autoridad no puede erigirse en función de argumentos racionales ni de creencias comunes, sino únicamente en el acuerdo de los participantes. por ende, el permiso o el consentimiento constituyen el origen de la autoridad, y el respeto hacia los derechos de los participantes es una condición ineludible para que sea posible una comunidad moral. (Engelhardt, 1995, p. 138)

iii. *El principio de Justicia*

Se refiere a la distribución equitativa de los recursos y de las cargas entre los ciudadanos. Apunta al "bien común", por lo que trasciende al bien de los individuos y se erige como el marco de contención (y en una jerarquía superior) de los otros principios.

J. Rawls ha desarrollado este principio en su obra *"Teoría de la Justicia"* (1979), en donde sostiene que una sociedad ideal (de sujetos autónomos y maduros), no corrompida, se estructuraría sobre bases racionales, y establecería que los bienes sociales primarios accesibles para todos fuesen compuestos por:



1. Libertades básicas de pensamiento y de conciencia
2. Libertad de movimiento y de elegir ocupación, en un contexto de igualdad de diversas oportunidades
3. La posibilidad de ejercer cargos de responsabilidad de acuerdo a la capacidad de autogobierno de los sujetos
4. La posibilidad de tener renta y riqueza
5. El respeto a sí mismos como personas

En esta sociedad ideal los ciudadanos considerarían razonable que la distribución de bienes fuese igualitaria, o que la distribución desigual beneficie a todos. Como esto último es poco probable, solo quedan dos alternativas: hacer que las desigualdades beneficien a los más favorecidos, o por otro lado minimizar los perjuicios que sufren los menos favorecidos. En esta sociedad ideal, es esperable que opten por la segunda opción.

El principio de Justicia es así un imperativo moral que obliga a la consideración de las demás personas como iguales que deben ser respetados, lo que da por tierra con cualquier tipo de discriminación. Además, implica el deber de brindar a todos igualdad de oportunidades para acceder al sistema de libertades, garantizando así el derecho de los ciudadanos a tener iguales oportunidades de buscar la satisfacción de sus necesidades básicas, como son la salud, el trabajo, la libertad, la educación, a la vez que establecer el propio orden de prioridades que éstas revisten para cada persona.

También implica que las diferencias entre las personas pueden ser aceptadas en tanto estas son las menores humanamente posibles y las que más favorecen a los menos favorecidos, en tanto que no exista ninguna otra



forma de articular las instituciones, capaz de mejorar esas condiciones. (França Tarragó, pp. 30-32)

Una de las críticas a la postulación de los principios de Beauchamp y Childress, es mencionada por Maliandi (2010) de la siguiente manera:

*“Su contribución, de indudable valor, no sólo para la bioética, sino también para la teoría ética en general, presenta sin embargo, a mi juicio, la deficiencia de que no brinda una justificación suficiente de los principios propuestos y, en relación con esto, los relativiza. No se trata sólo de que restringe su aplicabilidad (lo cual puede, y hasta debe, hacerse también desde posiciones no relativistas), sino de que los convierte en soportes poco confiables, de manera similar a lo que acaece cuando se recurre a “intuiciones”. (Maliandi, *Ética y biotecnología: cuestión de principios*, 2010)³*

Así, este autor afirma que la elección de principios no está suficientemente justificada, por lo que encuentra una analogía con las propuestas intuicionistas (Moore, Ross, etc.).

Una debate que se encuentra abierto a propósito de la dilemática que se da entre los principios, y la actual preeminencia del principio de autonomía en la legislación actual, gira en torno a la adopción acrítica en

³ Maliandi, R. (2010). *“Ética y biotecnología. Cuestión de principios”*. UNESCO. pp. 14



América Latina de un modelo de principios anglosajón, esto es, el hecho de darle un lugar de privilegio al principio de autonomía, cuando en este sector del mundo en desarrollo, se puede pensar que aun no se ha logrado establecer el principio de Justicia que regule las relaciones. Bochaty argumenta en este sentido al mencionar que

“En América Latina los principios no son conceptualizados de la misma forma en que lo hacen sus autores y las culturas anglosajonas. Hay problemas de comprensión, de significación y de identificación” (Bochaty, 2004, pp. 99)

Y continúa más adelante:

“En América Latina se tiene la clara experiencia ya que, muy a menudo, lo que es legal no es necesariamente justo y ciertamente no es norma ética: es solamente la ley. Las leyes en estas latitudes son bastante relativas, pues las propias autoridades las cambian con la misma frecuencia con que cambian ellas (...) Un ‘principio de Justicia’ no se comprende muy bien, no significa lo que quiere significar y muy pocos se identifican con él” (Bochaty, Ob. Cit., pp. 100)

A esta crítica al Principio de Justicia, agrega siguientemente:

“En América Latina no se tiene experiencia de la autonomía como un valor relacionado con la persona y con su capacidad de tomar decisiones. Más bien el concepto de autonomía



está relacionado con la capacidad de sustentarse económicamente y de movilizarse por los propios medios” (pp. 100-101)

Y finalmente, alude al principio de Beneficencia:

“El concepto de Beneficencia está relacionado aquí a la claridad, a la dativa y a una figura superior que hace un bien a alguien inferior o dependiente. Es intrincado el itinerario a realizar con la persona para que llegue a identificar el principio de beneficencia con su bien personal. Se lo identifica con el haber sido favorecido por algo bueno que alguien diferente a si mismo le ha dado o le ayuda a obtener. Se entiende la beneficencia como ‘hacer el bien’ de parte de alguien ajeno a mí, y se crea una especie de ‘derecho’ que cada uno tiene para que lo ‘beneficien’. Es una visión alienante y que no tiene a la persona como centro sino como beneficiario” (Bochatey, Ob. Cit., pp. 100)

En síntesis, podemos agregar que mientras el principio de Beneficencia alude a los agentes de salud como actores activos, y el principio de Autonomía a los usuarios o pacientes, el principio de Justicia se encuentra representado por terceras partes, como puede ser el Estado u otras instituciones. (Zanatta, 2003).



E. Otras teorías: Éticas Personalistas

França Tarragó y Galdona (1992) proponen una clasificación en la que sitúan dos teorías Éticas dentro de las “éticas personalistas”. Estas poseen en común el establecimiento de la *Dignidad de la Persona Humana* como valor ético supremo, la concepción de que una ética solo deontológica carece de contenidos, y una ética utilitarista es ciega, buscando además trascender el relativismo para fundamentar la moral en una base más firme que el mero acuerdo social (pp. 119-120).

Las dos formulaciones a la que aluden los autores son la escuela de Xavier Zubiri Apalategui (1898-1983), y la Ética del Discurso de Jürgen Habermas, Karl-Otto Apel y Adela Cortina.

E.1. Escuela de Xavier Zubiri:

Este autor funda su planteo en que “*lo bueno*” tiende a mostrarse al hombre, mientras que “*lo malo*” tiende a ocultarse. Este hecho es el que impele al hombre a apropiarse de la realidad, y a adoptar preferencias y valores acorde a esa apropiación. Esto implica que el deber ser se funda en la realidad, y no en una ley universal categórica. El deber básico de todo ser humano se constituye así en apropiarse de la realidad, y la maximización del bien se instituye en la guía rectora de la conducta moral, allanando así el camino para la perfección y la felicidad. (França Tarragó, O.; Galdona, J., Ob Cit) (Gallegos Díaz, 1999) (Gracia, 1989)



Se trata aquí de una Felicidad “formal”, esto es, vacía de contenido, que erige el imperativo de apropiarse de la realidad en tanto esta es buena. La persona se instituye como tal en esta apropiación porque, a diferencia de los animales, va a la realidad para concluirse como ser. Si el primer imperativo kantiano es apropiarse de sí mismo como persona, el segundo implica el reconocerse y reconocer a los otros en su condición de personas también, y por ende la afirmación de las personas como iguales. Se instituye así la igualdad de derechos y el respeto por las personas (equivalente al planteo kantiano de tomar al otro como fin, nunca como medio)

E.2. Ética del Discurso de Karl Otto Apel y Adela Cortina:

La denominada “Escuela de Frankfurt” ha dado lugar a un planteo original, fundado en los desarrollos de Jürgen Habermas, Karl-Otto Apel, y seguidos por autores como Adela Cortina. Es una “Ética Dialógica” que hunde sus raíces en la tradición del diálogo socrático.

El núcleo central de esta propuesta surge de la deontología kantiana, pero intentan superar el *formalismo* en el que incurre Kant, postulando que las necesidades e intereses de los hombres constituyen el *contenido* de la moral. La *forma* de la moral, esto es, cómo decidir moralmente qué intereses deben satisfacerse prioritariamente, encuentra un criterio objetivo para discernir los problemas morales, y este criterio objetivo es la decisión intersubjetiva de cuantos se encuentren afectados por ella y puede, por eso mismo, exigírseles que se responsabilicen de ella.



Para lograr este tipo de decisiones, la decisión debe ser argumentada, racional, y la única forma de arribar a ella es mediante un diálogo que dé finalmente un consenso entre los afectados.

Las éticas del dialogo se fundan en la noción de que el hombre es un ser capaz de argumentación y comunicación, un interlocutor. Aceptar esta condición de interlocutor válido, implica –en principio- que se excluyen aquellas concepciones éticas que desautorizan a algunos hombres como interlocutores (por ej. el utilitarismo). Otras consecuencias de este planteo refieren al contenido de la moral, tal como la consideración de que la identidad humana, consistente en esa capacidad comunicativa, es una identidad vacía que habilita a los hombres a construirla con contenidos acordados, a través de diálogos en los que se consideren los intereses de todos. Así, la identidad es un proyecto a lograr mediante los contenidos en los que los hombres se reconozcan. A su vez, al presumirse lo moral como intersubjetivamente válido, no puede existir imposición de esa identidad. Finalmente, la determinación de lo moral es progresiva, lo que implica no considerarla definitiva en un momento dado. El contenido de lo moral estaría dado así, por los intereses y convicciones *generalizables* (op cit, pp. 71-72)

Los consensos reales, aquellos que tienen lugar en nuestras sociedades, no gozan de una racionalidad plena, pero esta teoría postula la necesidad de optar racional y dialógicamente por un proceso que conduzca a la denominada por Habermas “situación ideal del habla”, o la llamada “comunidad ideal de argumentación”, donde se excluya la desfiguración de la comunicación, la coerción, como así también se distribuyan equitativamente las



oportunidades de participación, de elección y de realizar actos de habla, lo que permita que los roles del diálogo sean intercambiables. (Cortina, 1996; p. 73)

Esto permitiría acordar y reconocer aquellos intereses universales y sería una garantía para comprobar la adecuación de los consensos efectivos.

De esta manera, la exigencia de normatividad y fundamentación incluye en su elaboración a los mismos sujetos afectados, quienes tienen en sus manos el dirigir el proyecto moral.

V. Bioética

El concepto de Bioética es un neologismo, compuesto por los términos *bios* y *ethiké* (vida y ética) propuesto por el médico Van Rensselaer Potter en su libro de 1971 “*Bioética: un puente hacia el futuro*”⁴, donde dice:

“El propósito de este libro es contribuir al futuro de la especie humana promoviendo la formación de una nueva disciplina, la disciplina de la Bioética. Si hay 'dos culturas' que parecen incapaces de hablar una a la otra - ciencia y humanidades-, y si esto es parte de la razón por la que el futuro se muestra tan incierto, entonces posiblemente deberíamos tender un “puente hacia el futuro” construyendo la disciplina de la Bioética como un puente entre las dos culturas”

Y agrega luego “*el estudio sistemático de la conducta humana en el área de la atención sanitaria, en cuanto se examina esta conducta a la luz de*

4 Aunque, como señala Mainetti (2002) es casi una tautología, dado que *bios* en griego significa vida humana, y solo a ésta se refiere la conducta moral



valores y principios morales” (Van Rensselaer; P, 1971; citado por Gafo, J; 1997).

El propio Gafo agrega que, casi simultáneamente a la publicación de este libro, el holandés André Hellegers, un obstetra de la Universidad de Georgetown, utiliza el mismo término, *bioética*, para dar nombre al centro “*Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*” en la Universidad de Washington.

El sentido propuesto por este último difiere respecto el sentido asignado por Van Renssealaer, dado que este proponía una disciplina que lograra entamar los saberes de la filosofía, la ética y las ciencias, con el objetivo de lograr un medio ambiente pleno para el desarrollo del hombre (concepción antropocéntrica de la bioética); mientras que para André Hellegers, la nueva disciplina debería encaminarse a interesar a profesionales de la ética en los problemas medico-biológicos (concepción actual de la ética médica) (Gafo; ob cit) (Lolas Stepke, 1997).

La difusión de la Bioética desde sus orígenes hasta la actualidad, y su institucionalización en la formación de grado, posgrado, conformación de comités y juntas de bioética en distintos hospitales y centros de atención, etc., ponen de manifiesto toda una serie de cuestiones dilemáticas surgidas en los últimos años como resultante de diversos factores, entre ellos el avance de la biotecnología y de las ciencias médicas, la caída del Estado de Bienestar y la consecuente hegemonía del Mercado en las cuestiones de la Salud, la medicalización de la salud, el surgimiento de distintos movimientos de reivindicación de derechos de los ciudadanos, las distintas declaraciones de Derechos Humanos en General y tratados internacionales, el aumento de la



tasa de vida, el debate entre longevidad y calidad de vida, etc. En el marco de estas innovaciones y cambios, en el ámbito de la Psicología, al igual que otras ciencias y profesiones, se debaten los temas abiertos tanto por las modificaciones que sufrieron los supuestos de otrora, como las introducidas por los nuevos rumbos que adquiere la psicología situada en un contexto social en desarrollo. Veremos a continuación una propuesta de abordar y pensar la ética profesional de la psicología y psiquiatría, producto de los factores antes mencionados.

A. El concepto de Psicoética

Omar França Tarragó propone el neologismo “Psicoética” con el fin de dar cuenta de la ética profesional en el marco de la psicopraxiología. Denota allí el carácter relacional de los términos implicados (consultante-psicólogo o psiquiatra) y la posición activa de cada uno de ellos en el logro de los objetivos propuestos. De esta manera, traza una distinción con el campo de la “*Deontología Profesional*”, dado que ésta incumbe a los deberes de los profesionales exclusivamente, mientras que con “Psicoética” el autor procura dar cuenta de las implicaciones de ambas partes (profesionales/pacientes o consultantes) en la relación, tornándose esto su objeto de estudio. Asimismo, intenta desplazar el centro de la reflexión de la deontología –esto es, el profesional- para incluir también los deberes y derechos de los pacientes-consultantes. (França Tarragó; O.; Ob. Cit.; pp. 18-21)



Este autor afirma que la relación psicoterapéutica está regida por ciertas normas psicoéticas básicas, que constituyen condiciones *sine qua non* para cualquier relación interhumana, incluyendo la relación psicólogo-paciente.

Estas reglas son la regla de confidencialidad, la regla de fidelidad las promesas hechas, y la regla de veracidad.

A.1. La regla de Confidencialidad

Esta regla implica que el psicólogo debe guardar secreto de aquellas comunicaciones que realice el paciente o consultante durante la relación psicoterapéutica. De esta manera, se protege aquella información que pertenece a la intimidad de la persona consultante, y que es comunicada en este contexto en el marco de una promesa –implícita o explícita- de resguardo.

En el Código de Ética de la Fe.P.R.A, el secreto profesional es contemplado en la Declaración de Principios y más adelante en el punto 2 de las “*Normas Deontológicas*”. Los límites del secreto profesional establecidos por este documento se detallan en el punto 2.8., en donde refiere:

“2.8.1. Los psicólogos podrán comunicar información obtenida a través de su ejercicio profesional sin incurrir en violación del secreto profesional:

2.8.1.1. Cuando así lo exija el bien del propio consultante, debido a que este, por causas de su estado, presumiblemente haya de causarse un daño o causarlo a otros.



2.8.1.2. *Cuando se trate de evitar la comisión de un delito o prevenir los daños que pudieran derivar del mismo.*

2.8.1.3. *Cuando el psicólogo deba defenderse de denuncias efectuadas por el consultante en ámbitos policiales, judiciales o profesionales.*

La información que comunique debe ser la estrictamente necesaria”

En este punto, difiere sustancialmente del Código de Ética de la Provincia de Buenos Aires, donde alude en su artículo 12 *“La obligación de guardar secreto es absoluta”*.

La regla de confidencialidad tiene una doble justificación, a saber:

- a. En un sentido utilitario, provee los medios para facilitar el control y proteger las comunicaciones de las personas. Poseería un valor instrumental en tanto facilita el logro de las metas perseguidas por el paciente y el psicólogo
- b. la argumentación deontológica, por su parte, aduce que es una condición que se deriva del derecho de las personas a tomar las decisiones que le competen, en tanto que sujetos autónomos. En este marco, es inmoral la ruptura del acuerdo de confidencialidad porque atenta contra la privacidad y la intimidad de las personas.

Como menciona Orlando Calo (2002, siguiendo a Sánchez González, 1997), la intimidad es un derecho a defender *per se*, en tanto constituye un derecho fundamental de las personas, mientras que el secreto



profesional posee un valor instrumental, en tanto se erige como herramienta para proteger el derecho a la intimidad. Por tanto, puede sostenerse que debe concebirse de forma principialista la defensa del derecho a la intimidad, mientras que debe concebirse de forma utilitarista la protección del secreto médico.

A2. La regla de Fidelidad

Como señala França Tarragó (Ob Cit; pp 47-48), la relación médico-paciente se funda en un acuerdo de dos condiciones mínimas: la promesa del profesional de brindar determinados servicios al paciente, y el paciente se compromete a recibir esos servicios, cumpliendo con las instrucciones acordadas con el profesional. Si bien las posturas Deontologistas y Utilitaristas reconocen que la norma de fidelidad de las promesas es básica en la relación profesional, fundamentan tal afirmación de diversas maneras.

Los utilitaristas ven lo provechoso de mantener las promesas en función de que esto permite el acuerdo requerido para lograr el mayor bien al mayor número, acuerdo que se rompería de fallar a esta regla.

Los deontologistas, por su parte, sostienen dos posturas: mientras unos afirman que la fidelidad a las promesas es el principio fundamental a partir del cual todos los demás principios morales se derivan, otros consideran que la obligación de fidelidad es una de las formas que adopta el respeto por el principio de autonomía.



A3. La regla de Veracidad

Esta regla prescribe el mandato de no mentir, y decir la verdad al paciente-consultante. Tanto la regla de veracidad como la regla de fidelidad de las promesas hechas, se fundan en el principio de respeto por la autonomía de las personas.

La mentira es definida como “*locutio contra mentem*”, lo que significa la incongruencia entre la palabra dicha y lo que se piensa. El supuesto que subyace a esta afirmación es que la “*locutio*” (palabra) tiene por función expresar el contenido de la mente, por lo que –si una persona incurre en “un decir” distinto de lo que piensa- estaría actuando en contra de la esencia misma de su facultad de hablar.

Todas las culturas y civilizaciones tienen y han tenido consideración de que la verdad es un valor fundamental del ser humano. Pero la absolutez de este principio es debatida, en tanto puede y de hecho colisiona con otros principios, debiendo ponderarse en cada caso cuándo es conveniente decir la verdad. Mentir para manipular o explotar a una persona, en un claro ejercicio de poder sobre el otro, es condenable; pero no lo es de forma tan clara cuando la mentira o el engaño se instrumenta para beneficiar o al menos no dañar a una persona (por ejemplo, informar sobre un asunto extremadamente estresante a una persona con una grave afección cardíaca, o el ejemplo propuesto por França Tarragó, en el que un asesino nos pregunta donde se encuentra determinada persona para matarla; p. 41)



Beauchamp y Childress (1987) definen dos tipos diferentes del concepto de mentira, que a su vez implican dos nociones diversas de la regla de veracidad.

Por una parte, la mentira es concebida como una disconformidad entre lo que se dice y lo que se piensa, pero con intención de engañar al otro. Aquí, la regla de veracidad implicaría decir *decididamente* lo verdadero. Toda afirmación que porta datos falsos pero sin intención de engañar, se considera “*falsedad*”. Ergo, la regla de veracidad se rompería solo cuando existiese la afirmación de un dato sabidamente incierto.

El segundo concepto de mentira que desarrollan los autores, es constituido por el acto de ocultamiento de una verdad que la otra persona tiene derecho a saber. Si la mentira es definida como negación de la verdad que se debe a una persona, la regla de veracidad se vería transgredida tanto por decir algo falso como por la omisión de aquella información merecida por el interlocutor.

Estas argumentaciones, como podrá apreciarse, son deontologistas, en tanto fundan la regla de veracidad en el principio de respeto por la autonomía de las personas. Pero también pueden apreciarse fundamentaciones utilitaristas, en tanto postulan que la mentira quebraría la relación de confianza que debe existir entre profesional y la persona, lo que dificultaría la relación.

La instrumentación de la regla de veracidad en la relación psicólogo-paciente, y el necesario reconocimiento del derecho de respeto por la autonomía de las personas, dan fundamento y constituyen el consentimiento



válido. La obligación profesional de obtener el CI se funda, a su vez, en tres niveles de justificación:

- ψ La primera de índole jurídica, que define al CI como un instrumento que evita el abuso de las personas, ora por instituciones, ora por profesionales. En esta línea argumentativa, la persona puede ser potencialmente abusada por ser más débil o vulnerable frente a las instituciones o profesionales, y representa más una justificación externa en pos de connotar la responsabilidad del Estado en proteger a los ciudadanos, que el pleno reconocimiento de la capacidad de autodeterminación de las personas (aunque es complementario a él)
- ψ La segunda es una justificación de corte ético-deontológica, que afirma que la instrumentación del CI es una condición sine qua non para el ejercicio de la autonomía personal, y que – independientemente del marco normativo jurídico- es deber del profesional instrumentar el consentimiento en su práctica.
- ψ La tercera es una justificación de corte utilitarista, que alude a que el CI representa una serie de beneficios en la convivencia social, facilitando el aumento de la confianza mutua, promoviendo la autoconciencia de las personas y la responsabilidad por el bien común

Siguiendo esta línea argumentativa, este autor alude a las condiciones que deben reunir el Consentimiento sea Válido:

- A. **Que sea proporcionado por una persona competente.** Esto alude a la capacidad funcional de una persona para decidir adecuadamente en su medio sociocultural, para alcanzar las necesidades personales que estén de



acuerdo con las expectativas y requerimientos sociales. Una persona es competente en este marco si puede ejercer tres potencialidades psíquicas, la racionalidad, la intencionalidad (o capacidad de orientarse en la búsqueda de valores personales y sociales) y la voluntariedad (posibilidad de actuar sin coerción).

B. Que la persona haya recibido información suficiente y adecuada para arribar al consentimiento:

a. **Suficiente:** son aquellos datos que incluyen:

- i. La capacitación y formación del terapeuta
- ii. El tipo de psicoterapia que ofrece; y sus metas y objetivos
- iii. El manejo de los datos confidenciales y las eventuales excepciones
- iv. La forma de registro, resguardo y acceso eventual a los datos.

b. **Adecuada:** alude a la característica de la información, de ser susceptible de ser comprendida en el momento actual en que se provee. Para ello el profesional debe monitorear la comprensión del paciente de la información, así como su estado (ansioso, angustiado, etc.) para asimilarla, y la adaptación del lenguaje técnico en un lenguaje comprensible. Este monitoreo se realiza, indudablemente, en el establecimiento de un *diálogo genuino*.

C. Voluntariedad o no coerción: una persona puede ser competente y comprender la información, no obstante, puede encontrarse bajo presión para consentir. La libertad de consentir puede verse obstruida tanto por coacción externa como interna. Dentro de la primera podemos mencionar las presiones del profesional –desde su lugar de poder en la relación- para



realizar aquello que él considera conveniente, las presiones de los familiares del consultante, etc. Entre las presiones internas se encuentran los miedos, angustias, fantasías, aspectos transferenciales, y demás cuestiones que el profesional deberá procurar indagar para evitar afectar la validez del acuerdo.

VI. Consentimiento Informado

A. Introducción

La palabra “Consentimiento” significa “*Acción y efecto de consentir*”; “*Manifestación de voluntad, expresa o tácita, por la cual un sujeto se vincula jurídicamente*”; “*En los contratos, conformidad que sobre su contenido expresan las partes*” (Diccionario de la Real Academia Española, 2010)

El *Consentimiento Informado* alude al deber que posee el agente de salud de informar adecuadamente al usuario de sus servicios respecto el diagnóstico, pronóstico, intervenciones terapéuticas, posibles complicaciones y beneficios y/o perjuicios; y es la contraparte del derecho del paciente a ser considerado un ser autónomo, autodeterminado, capaz de decidir por sí mismo sobre las vicisitudes de su vida, y esto se funda en el reconocimiento del Principio de Autonomía de las personas.

Hasta hace relativamente pocos años, el Consentimiento Informado no era tenido en cuenta en la relación del usuario con los profesionales implicados en la salud, sino que es a partir del siglo XIX que comienza a



requerirse el consentimiento de la persona como condición sine qua non en las intervenciones que sobre ella se realizaran.

Vale mencionar, siguiendo a Pablo Simón (2006), que el Consentimiento Informado se sustenta en el principio de autonomía de las personas, pero no únicamente en este, sino en el equilibrio resultante de la introducción de este principio en relación los conocidos en Bioética. Así, mientras que los principios de No Maleficencia y de Justicia dan marco y regulan los límites de lo posible en la relación médico-paciente, los principios de Autonomía y Beneficencia establecen los límites de lo que es posible o no decidir.

Los principios de No Maleficencia y Justicia, entonces, garantizan que los profesionales y las organizaciones de atención a la salud eviten posibles daños a los usuarios, poniendo a disposición para ello las tecnologías y procedimientos más efectivos para la atención de la salud. A su vez, el principio de justicia implica la inversión de los recursos públicos para el sustento tecnológico y científico.

Por su parte, los principios de autonomía y de beneficencia establecen en su interrelación en los que se concretan ciertos acuerdos para el logro de los objetivos establecidos en función de las necesidades a resolver, sin salirse del marco que constituyen los dos principios primeramente mencionados. (pp. 33-34)

El fundamento del CI se encuentra, como ya mencionamos, en el principio de Autonomía, pero como agrega Mainetti (1991) *“La justificación autonomista no excluye otra utilitarista y beneficentista del consentimiento informado, que en general puede considerarse un medio eficaz para promover*



la responsabilidad individual y social en la atención de la salud.” (Mainetti, op. cit., pp.22). Congruentemente, Pfeiffer afirma que el concepto de autonomía tiene fundamento la noción de Libertad, y se encuentra enmarcada por el supuesto de Igualdad, lo que implica que la veracidad se erige como posibilitadora del diálogo entre pares. Esta postura es la que adopta, por ej., Apel y Habermas en su ética del discurso. (Pfeiffer, 2010)

Una interesante observación que realiza Sergio Cecchetto (2000) refiere al error conceptual en el que incurre la extrapolación de la traducción de *Informed Consent* a nuestra lengua, pues *Consentimiento Informado* señalaría que lo que debe estar informado es el consentimiento, en lugar del paciente o consultante. Adherimos a esta observación, y sostenemos junto a este autor que lo nodal es el *Consentimiento del Paciente (o consultante) informado*, aunque con fines prácticos se siga utilizando “Consentimiento Informado” por su difusión.

B. Antecedentes históricos

B.1. Antigua Grecia

Desde el nacimiento de la medicina y atención de la salud en occidente, el médico –y la Ética Médica- regido por una lógica Paternalista, asumía el derecho y el deber de decidir qué era lo mejor para el paciente. Como menciona Diego Gracia (1989), ya Aristóteles afirmaba que el enfermo era incapaz de prudencia (*phrónesis*), y por tanto tenía perturbado su juicio moral. En Grecia se consideraba que solo el hombre sano y bello (*kalós*) puede



ser bueno (*aghatós*). De aquí se desprende que la enfermedad incluía ya un aspecto moral, dado que era considerada como “fea y mala” (en contraposición a sano y bello). De hecho, señala este autor que la virtud (*Areté*) es considerada por los griegos una disposición natural (*diáthesis katà phýsin: disposición equilibrada, regular o armónica*), mientras que el vicio es una disposición antinatural (*diáthesis parà phýsin*). Estos mismos conceptos se utilizaron por los griegos para definir la salud equiparándola a la virtud y a la enfermedad respectivamente, identificándose la salud con la bondad (y la enfermedad con lo malo, respectivamente) (Gracia, Ob. Cit.; pp. 322-324)

La intervención de la técnica del médico (*aghatós*), permitía la reversión del estado del paciente enfermo, objetivo al que este no podría arribar sin la ayuda de aquel.

La misma noción se repite en los escritos hipocráticos: los diferentes tonos morales tienen correlación con el estado de salud física. Galeno, en este mismo sentido, afirmaba que las cualidades morales dependían de las cualidades físicas, ambas estaban regidas por la misma lógica, por lo que –al igual que los cuidados del cuerpo permitían conservar la salud- la educación moral permitía conservar la salud del alma.

En este contexto, el deber del médico era “hacer el bien”, esto es, restituir el orden natural quebrantado, razón que se consideraba suficiente para imponérselo al paciente, aun contra su voluntad, dado que él poseía el arte para restituir el orden perdido (*tékhne*), mientras se consideraba que el enfermo no tenía nada para aportar al respecto.



Incluso, los escritos que se le atribuyen a Hipócrates de Cos⁵ rezan: “*el médico debe estar muy pendiente de sí mismo sin exhibir demasiado su persona no dar a los profanos más explicaciones que las estrictamente necesarias*”

Esta recomendación es concordante con la concepción griega del arte de curar, donde se procuraba restablecer un orden natural perdido, por lo que cualquier posibilidad de interferencia con ese objetivo debía ser evitada. Solo se daría cierta información al paciente, en el caso de que esto fuera necesario para cumplir con el objetivo propuesto.

No obstante, en Platón se puede apreciar una figura análoga al actual Consentimiento Informado. Como afirman diversos autores (Engelhardt, T.; 1995; Chuaire y Sánchez; 2007; Dalla Giorgia; P.; et al, 2001), ya en Grecia y en el imperio bizantino surgieron los esbozos de esta figura, denotando la relación existente entre libertad y el derecho del hombre a tomar decisiones sobre su propio cuerpo, plasmado esto el escrito “*Las Leyes*” de Platón (427 AC-347 AC).

Allí se da cuenta de la forma en que los médicos tenían asistentes, y estos podían ser tanto nacidos en libertad como nacidos en esclavitud. La diferencia entre ellos radicaba en que los primeros aprendían el arte mediante la observación directa de la naturaleza, mientras que los segundos eran instruidos por maestros a la vez que enseñaban a aprendices. En este contexto, los hombres nacidos libres solo debían ser atendidos por médicos y asistentes libres, mientras que los esclavos por asistentes con la misma condición que ellos. En estas circunstancias, los esclavos no recibían ningún

⁵ “*Sobre la decencia*”, capítulo 7. En “*Tratados Hipocráticos I*”. Madrid: Gredos, 1990.



tipo de información respecto su padecimiento ni tenían derecho a cuestionar o sugerir medidas terapéuticas, pero la intervención con pacientes nacidos libres era otra, dado que reconocían a éstos la facultad de ser informados sobre su padecimiento, a la vez que requerían su acuerdo para realizar las actividades terapéuticas requeridas.

Aquí queda claro que los griegos concebían como parte de los derechos del hombre la autodeterminación, pero este derecho era restringido a aquellos ciudadanos considerados libres, y no para los esclavos. Incluso Platón creía el rol del médico debía conducirse para ayudar al paciente a descubrir lo que en esencia era bueno para él, aunque también sostenía que eventualmente el médico podía obligar a tomar una decisión en contra de la voluntad del paciente si éste no elegía el mejor camino para su bienestar, y este acto no era inmoral en su concepción, lo que finalmente constituía una concepción paternalista.

Más allá de esta excepción, el paternalismo hegemónico en la relación médico-paciente continuaría su recorrido hasta la Modernidad, donde la confluencia con una serie de hechos configurarían las condiciones de posibilidad para que emerja la doctrina del Consentimiento Informado. Veremos a continuación el desarrollo de algunos de estos hechos.

B.2. El surgimiento del concepto de "Persona" y la doctrina de los Derechos Humanos.

El principio de Beneficencia, como hemos mencionado, ha estado presente tanto en la práctica como en la reflexión del médico desde la



antigüedad. Contrariamente, como señala Diego Gracia (ob. cit.), el principio de Autonomía recién ingresa al debate de la relación médico-paciente a partir de la modernidad, y no desde el propio campo médico, sino desde la tradición jurídica. Esto se debe al cambio de la idea griega de “naturaleza” como fundamento de lo moral en el hombre, por una moral autónoma, producida y productora de los hombres (pp. 122-123). Aquella moral natural, heterónoma, es reemplazada paulatinamente por una concepción del hombre como agente moral, y por ende, una moral autónoma.

El nuevo orden moral –prosigue este autor- es producto de la comprensión de que el hombre y la comunidad son realidades morales, y no físicas. Es en el marco de las disputas teológicas del siglo V que surge el concepto de “persona” en contraposición a la tradición griega de “naturaleza”. Aquí la persona es considerada un modo de substancia de naturaleza racional. Boecio, en consonancia con esto, define a la persona como “*rationalis naturae individua substantia*” (substancia individual de naturaleza racional). Si bien muchas son las cosas que pueden definirse como “substancia individual”, solo el hombre se caracteriza por su “naturaleza racional”. Aquí la racionalidad es un *modo* de la substancia, algo interior a ella, lo que aun denota un cierto naturalismo en su concepción.

En el siglo XII, Ricardo de San Víctor da una definición novedosa de persona: “*intellectualis naturae incommunicabilis exsistentia*” (“*existencia incommunicable de una naturaleza racional*”). Lo novedoso aquí es la utilización del concepto de “*exsistentia*”: las cosas naturales están, consisten en estar (*sistere*), pero hay realidades que se caracterizan por “*estar fuera de*” (*ex - sistere*) la naturaleza: son las personas. Estas no son naturaleza, sino que



tienen naturaleza, desde algo que es superior a ella: la persona. El concepto de “incomunicable” pretende dar cuenta, asimismo, de que la persona no es común, sino lo particular, lo irrepetible, lo propio. No obstante las innovaciones de esta concepción, la escolástica medieval continuó en la línea de la definición de Boecio, hasta el siglo XVI, donde la escolástica española da cuenta de la relevancia que va ganando lo singular frente a lo universal, y lo moral frente a lo natural, además de los aportes del nominalismo, que realzó, a partir del Siglo XII, la importancia de lo singular frente a lo universal y la caída de la idea del orden político natural, en pos de un orden político moral.

Francisco Suarez retrata un hombre moderno, a partir de la importancia que le concede a lo individual. A diferencia de Boecio, que definió al hombre como substancia, y de Ricardo, quien lo había definido como existencia, Suarez define al hombre como *subsistencia* racional. Definido así, el hombre es un individuo físico, pero también racional, y es este orden racional el que le permite acceder a un nuevo nivel: el nivel de las realidades morales. Estas realidades, poseen estructuras, y por tanto tienen unidad moral. El ejemplo es la sociedad, que es una asociación de personas que posee unidad moral. La sociedad, como ejemplo de unidad, implica un orden que excede el orden físico, es un orden moral, superior, ya que este depende de lo más elevado que hay en la realidad: de la inteligencia y de la libertad.

Las consecuencias políticas de la concepción de Suárez, al dar por tierra con el naturalismo, es concebir una comunidad organizada políticamente como la comunidad perfecta, cuyo máximo exponente es la república civil o política, la que se concluye con un vínculo particular: el pacto expreso de ayudarse mutuamente de los hombres, y de subordinarse a un orden superior



consensuado, un gobernador, que prosiga el rumbo designado tras el bien común. (ob. cit., pp.124-126)

Posteriormente, el debate sobre la naturaleza del hombre como fuente del orden moral se despliega en el seno de las discusiones de los pensadores modernos, apelando para delimitar este “estado de naturaleza” al descubrimiento de América. Así, los relatos de los exploradores dan cuenta de un hombre totalmente distinto al elaborado por los filósofos griegos. De hecho, los europeos son maravillados por la ingenuidad y bondad de los nativos, lo que les plantea preguntas sobre su naturaleza, su condición de racionales o no y la cuestión social.

En este marco, Thomas Hobbes (1588-1679) sostiene que la falta de organización del hombre salvaje (no civilizado) determina el modo de su vida, y responde a un estado constante de guerra. Solo con el nacimiento del Estado Civil, único legitimado para el uso de la violencia, los hombres pasaran al estado de paz, la que constituye un logro político y moral. El desarrollo social y económico depende de lo mismo: el Estado.

Por su parte, John Locke (1632-1704), publica en 1690 “*Dos tratados para el gobierno civil*”, donde fundamenta la moderna teoría de los derechos humanos. Inicia su argumentación en concordancia con Hobbes, retomando su idea de que el primer derecho que poseía el hombre en estado de naturaleza era el de defensa de su propia vida. Ley retoma esto y toma como primera ley el derecho a la vida. De este deriva el derecho a la salud, es decir, a la integridad física, lo mismo que las posesiones, como prolongación del propio cuerpo en tanto fruto del esfuerzo de trabajo de este. Finalmente propone el derecho a conservar la propia libertad, que da marco a los demás



derechos. Pero luego se separa de Hobbes, al plantear que en el estado de naturaleza, esos derechos tienen validez objetiva y no solo subjetiva. Si todos los seres –como afirma Hobbes- que viven en estado de naturaleza son iguales, los derechos también. Ergo, el estado de naturaleza no es un estado de guerra, sino que éste se instaura cuando alguien trata de poner a otro bajo su poder absoluto (lo que sucede también en el estado civil). Esta postura contra el absolutismo político pone a Locke como teórico de la revolución inglesa de 1688.

Locke propone en su teoría de los derechos humanos, que la soberanía emana del pueblo; y que la propiedad, la vida, la libertad y el derecho a la felicidad son derechos naturales de los hombres y anteriores a la conformación de la sociedad.

Estos planteos fundan la doctrina de los Derechos Humanos, y la noción de que son los derechos los que deben informar las leyes fundamentales. En este marco se efectúan las primeras declaraciones de derechos civiles y políticos, entre ellas se destacan la Declaración de Derechos de Virginia, Estados Unidos, de 1776, producto de la revolución Estadounidense, y la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, producto de la Revolución Francesa de 1789.

En ambos documentos se instaura la noción de derechos del hombre, inalienables e inherentes a su condición. Por ende, consideran a su vez que estos derechos trascienden las fronteras de las naciones. Estas declaraciones coinciden en concebir a un hombre fundado en el individualismo filosófico y en el liberalismo económico, nociones dominantes en la burguesía emergente.



Ya en el siglo XX se crea la Organización de las Naciones Unidas (ONU). El 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de la ONU proclama la Declaración Universal de Derechos Humanos, la que surge como respuesta a las atrocidades vividas durante la Segunda Guerra Mundial, afirmando la igualdad, libertad y dignidad de las personas, por el solo hecho de su condición humana. Este es un documento orientativo respecto las políticas a adoptar por los países respecto los Derechos Humanos.

Los Derechos Humanos son la cristalización de una concepción moral que sitúa como eje la dignidad del hombre y los valores de libertad e igualdad como cauces para alcanzarla (Velasco Arroyo, J.C.; 1990). A su vez, son derechos irrenunciables, irrevocables e inalienables. Todos ellos –civiles, políticos, económicos, sociales, culturales y los colectivos- son derechos indivisibles, interrelacionados e interdependientes. Esto significa que el desarrollo de uno depende correlativamente con el desarrollo de los demás.

Los DDHH marcan el límite de lo humano, pues su transgresión indica un pasaje a lo inhumano.

Actualmente, se reconocen cuatro generaciones de Derechos Humanos. Las tres primeras son correlativas al lema de la Revolución Francesa de 1789: Libertad, Igualdad y Fraternidad:

Los Derechos de primera generación son los asociados a la Libertad: están conformados por los derechos políticos y civiles

Los Derechos de segunda generación son los vinculados a la igualdad: aquí se incluyen los derechos económicos, sociales y culturales, que requieren la intervención de Estados que funcionen como garantes.



Los Derechos de tercera generación son los vinculados al principio de Fraternidad: surgen a fines del Siglo XX y se caracterizan por su incidencia en la vida de todos los hombres y exigen un esfuerzo solidario a escala universal

A estos podrían agregarse los llamados actualmente Derechos de Cuarta Generación, que incluyen los vinculados a la sostenibilidad, medioambiente y calidad de vida.

Algunos autores consideran que se pueden trazar una cronología, atribuyendo los derechos de primera generación al Siglo XVIII, los de segunda generación al Siglo XIX, los de tercera generación al siglo XX, y finalmente los de cuarta generación al siglo XXI (Borja, J.; 2001)

Estos derechos son considerados Universales, Absolutos e Inalienables:

La Universalidad se refiere a que se atribuyen a todos los seres humanos, sin limitaciones ni condicionamientos.

El carácter Absoluto se refiere a que son derechos que se ubican por sobre cualquier sistema normativo.

Finalmente, su condición de Inalienables alude tanto a que son inviolables como a la imposibilidad de renuncia de la propia persona, debiendo incluso éste respetarlos.

Como puede apreciarse, el concepto de persona, y la ética implicada en su concepción, gira desde una postura paternalista (patriarcal) hacia una concepción liberal, autonomista, produciendo este liberalismo la concepción de



un hombre autodeterminado, libre de coacciones, responsable y centro de decisiones, imágenes que se plasman a posteriori en la doctrina del CI.

B.3. Primeros casos judiciales en EEUU

Contrariamente a lo previsible, una de las primeras regulaciones en torno a la figura del Consentimiento Informado se encuentra en 1931, emitida por el Ministerio de Sanidad del Reich alemán, donde se estableció la primer regulación relativa a la experimentación con seres humanos. En esta se reconoce el derecho de las personas –o de su representante legal- a consentir de forma clara e indubitable para participar en experimentos biomédicos. Pero como es sabido, esta normativa no fue aplicada en los Campos de Concentración ni con grupos sociales específicos, como lo fueron los judíos y los gitanos. (Vollmann, J.; Winau, R., 1996; Cecchetto, 2000)

Las condiciones de posibilidad para que emerja la figura y la doctrina del Consentimiento fueron configurándose lentamente en el siglo XIX, y distintos autores toman como hito fundante el caso del año 1957 *Salgo v. Leland Stanford, Jr. University Board of Trustees*, donde se utiliza por primera vez el concepto de *Informed Consent*. La demanda se originó debido a que el Sr. Salgo, quien padecía de arterioesclerosis, fue sometido a una aortografía translumbar sin solicitar su consentimiento, y esta intervención le produjo una parálisis permanente. En el fallo, el juez Brody expresó:

“Los médicos violan sus deberes con los pacientes y se exponen a ser demandados si se ocultan hechos que son



necesarios para formar la base de un consentimiento informado inteligente por el paciente respecto al tratamiento propuesto”.

No obstante, anteriormente el espíritu de esta norma ya se había plasmado en fallos judiciales como el de *Schloendorff vs Society of New York Hospitals* (1914). La Sra. Schloendorff tenía un tumor, y le había advertido al médico que no deseaba ser operada, pero la intervención quirúrgica fue realizada aun contra su manifiesta voluntad, por lo que originó un reclamo judicial. El juez interviniente, Benjamín Cardozo, integrante del Tribunal de Nueva York, falló lo siguiente: *“Todo ser humano tiene el derecho a determinar lo que se debe hacer con su propio cuerpo, por lo que un cirujano que lleva a cabo una intervención sin el consentimiento de un paciente, comete una agresión, por lo que se pueden reclamar legalmente los daños”*.⁶

Otros fallos judiciales que sentaron jurisprudencia fueron *Slater vs Baker and Stapleton* (1767); *Carpenter vs Blake* (1871); *Union Pacific R.Co. vs Botsford* (1891); *Mohr vs Willians* (1905). (Tarodo Soria, S.; 2006) (Highton, E.; Wierzba, S., 2003) (Gracia, 1989)

Estos antecedentes judiciales pueden agruparse según distintos autores en dos etapas (Faden, R.; Beuchamp, T., 1986; Gracia, 1989; Tarodo Soria, 2006) en el camino de la definición del Consentimiento Informado tal como emerge en la década de 1950 en Estados Unidos. Veremos en detalle cada una de ellas.

⁶ Highton, E.; Wierzba, S. (2003) *La relación Médico-Paciente: El consentimiento informado*. Buenos Aires: Ad Hoc. pp 13



i. La responsabilidad médica por intervenir sin autorización del paciente

La primera etapa se encuentra signada por la responsabilidad del médico en casos de daños al paciente, con una fuerte impronta beneficentista.

La relevancia jurídica del consentimiento del paciente aparece sujeta a la determinación de la responsabilidad del médico solo cuando se produce un determinado daño.

A su vez, este periodo podría dividirse en otros dos períodos subsidiarios:

- a) El primero delimitado por la determinación de responsabilidad de profesionales sanitarios al no obtener el consentimiento de los pacientes, configurando entonces un caso de *negligencia profesional* (malpractice). En esta etapa se incluyen sentencias que dan cuenta de la primacía absoluta de una concepción paternalista, donde el paciente era considerado incompetente para tomar parte en el proceso de decisiones médicas. Entre los casos notorios de esa fase podemos citar el caso "Slater v. Baker and Stapleton" del año 1767. La paciente Slater llega con una fractura en su pierna y es atendida por los médicos Baker y Stapleton. Luego de cierto tiempo, la paciente solicita que le sean retirados los vendajes, pero los médicos se niegan, pues en una de sus visitas le habían fracturado nuevamente la pierna con el fin de testear un aparato ortopédico que habían diseñado. El Tribunal determinó que los médicos habían incurrido en negligencia al producir el daño y no haber informado a la



paciente de su intervención Otro caso notorio de la doctrina es el de Carpenter v. Blake (1871) en el que el médico Blake le da el alta a su paciente, la Sra. Carpenter, que había consultado por una lesión en el hombro: luego de un tiempo se comprueba que esta lesión no estaba aun curada, y la paciente demanda al médico, determinando el tribunal que el médico obtuvo el consentimiento para finalizar el tratamiento sin dar información veraz a la consultante, y por ende condena al Dr. Blake. (Gracia, ob. cit.; Highton, E.; Wierzba, S., ob. cit.; Tarodo Soria, ob. cit.)

- b) El segundo período se encuentra signado por la consideración del derecho de las personas a decidir por sí mismo aquellas cuestiones que atañen a su cuerpo. El caso *Union Pacific R. Co. v. Botsford* (1891) es el que inaugura esta etapa. Aquí el tribunal determinó que *“uno de los derechos que es tenido por más sagrado o más cuidadosamente protegido por el Common Law, es el derecho de todo individuo a la posesión y control de su propia persona, libre, sin ninguna interferencia o restricción por parte de los otros”*. Así se afirmaba entonces el derecho al ser informado de los pacientes y el derecho a la privacidad y de decisión libre. Tiempo después, en 1905, el caso *Mohr v. Williams* confirma este camino, y se condena por agresión a la integridad corporal de la Sra. A Mohr, al médico Williams. Este debía realizar una intervención quirúrgica al oído derecho de la paciente según lo acordado, pero durante la operación el médico decide unilateralmente realizar también una intervención en el oído izquierdo. El Tribunal estableció que debería haber



obtenido la venia del paciente para ello, y –por primera vez- el médico fue condenado bajo la figura de “agresión” (battery) y no ya de negligencia profesional, como sucedía anteriormente, sentando jurisprudencialmente que el bien jurídico protegido es el derecho del paciente a decidir sobre su integridad corporal. Otro caso en el que fue condenado por *agresión* el médico fue en el de Pratt v. Davis de 1906, en donde el médico extirpó el útero de la paciente sin su consentimiento, apelando al consentimiento implícito que regiría en el caso de la cirugía. Pero el tribunal dio por tierra con estas argumentaciones, determinando que este “consentimiento implícito” solo sería aplicable a casos de emergencia y no a casos en los que el paciente puede estar consciente para decidir. Otra condena por agresión contra la integridad física del paciente es el de Rolater v. Strain de 1913, donde la Sra. Rolater consintió para que le drenara una infección en una de sus piernas con la indicación de que no se extrajera ningún hueso, siendo esto omitido por el Dr Strain, quien le amputó un dedo, lo que derivó en la condena por agresión del médico. Así, esta etapa –comprendida por estos casos- deja en evidencia la relevancia que cobra el derecho del paciente a decidir por su integridad física, a la vez que determina bajo la figura de agresión (battery) cualquier accionar del médico que quede por fuera del consentimiento del paciente, o cualquier acción que se realice con mediante la utilización de argumentos falsos por parte del procesional.(Tarodo Soria; ob. cit., pp. 231-232)



No obstante, tanto en esta etapa como en la anterior, la cuestión del consentimiento del paciente se dirime en presencia de algún tipo de daño, y no aun en todas las prácticas médicas.

ii. Autonomía e institucionalización del Consentimiento Informado

Este segundo período está determinado por el avance del protagonismo de los derechos del paciente, y la inclusión del derecho a la autodeterminación como un derecho fundamental. El punto de corte está dado por el caso *Schloendorff v. The Society of the New York Hospital* (mencionado anteriormente) hasta la actualidad. (Highton, E.; Wierzba, S., 2003; Tarodo Soria, 2006) A partir de este caso, el deber de obtener Consentimiento Informado por parte de los profesionales es considerado un requisito sine qua non para cualquier práctica, dejando de ser ponderado a partir de aquí la presencia de un daño para que exista negligencia o agresión, considerándose entonces que el mero incumplimiento en obtener CI (o de obtenerlo mediante información falaz o insuficiente) correspondería a una falta que lesiona el derecho a la autodeterminación de los pacientes.

Concomitantemente, los hechos acaecidos en la Segunda Guerra Mundial, suscitaron una serie de acciones de laboraron en el mismo sentido que la jurisprudencia angloamericana.

Entre ellos podemos citar la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y los Juicios de Nüremberg, realizados entre los años 1945 y 1946, y siendo publicado un documento conocido como *Código de Nüremberg* en 1947. En este Código se contempla la necesidad de contar con



consentimiento para la realización de experimentación con personas. Este documento expresa sobre el tema en el punto 1:

“Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario de sujeto humano. Esto significa que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar consentimiento; su situación debe ser tal que pueda ser capaz de ejercer una elección libre, sin intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción u otra forma de constreñimiento o coerción; debe tener suficiente conocimiento y comprensión de los elementos implicados que le capaciten para hacer una decisión razonable e ilustrada. Este último elemento requiere que antes de que el sujeto de experimentación acepte una decisión afirmativa, debe conocer la naturaleza, duración y fines del experimento, el método y los medios con los que será realizado; todos los inconvenientes y riesgos que pueden ser esperados razonablemente y los efectos sobre su salud y persona que pueden posiblemente originarse de su participación en el experimento. El deber y la responsabilidad para asegurarse de la calidad del consentimiento residen en cada individuo que inicie, dirija o esté implicado en el experimento. Es un deber y responsabilidad personales que no pueden ser delegados impunemente”

Luego, agrega en su punto 9:



“Durante el curso del experimento el sujeto humano debe estar en libertad de interrumpirlo si ha alcanzado un estado físico o mental en que la continuación del experimento le parezca imposible”

A éste le siguieron documentos como la Declaración de Helsinki (1964), y el Informe Belmont (1979), redactado por la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos en la Investigación Biomédica y Conductual de Estados Unidos, donde se expresa que *“El consentimiento debe contener tres elementos: información, comprensión y voluntariedad”*. Este documento tuvo como antecedente inmediato el *“experimento de Tuskegee”*, desarrollado entre 1932 y 1972 por el Servicio Público de Salud en Estados Unidos (USPHS por sus iniciales en inglés), ocasión en la que 399 personas de raza negra fueron utilizados para un experimento sobre las consecuencias de la sífilis, sin proporcionarles ningún tratamiento, y ocultándoles tanto su patología como la posibilidad de un tratamiento experimental. (Center for Disease Control and Prevention, USA, 2009)

Otros experimentos de avivaron el debate de la bioética en el campo biomédico fueron el experimento de Willowbrook, donde entre los años 1950 a 1970, en una escuela para niños con retardo mental, se les inoculó hepatitis para investigar la historia natural de esta enfermedad, y probar la efectividad de la gammaglobulina. En este caso no solo no existió consentimiento de los padres de los niños, sino que además se los extorsiono con dejar fuera de la escuela a aquellos niños cuyos padres no permitieran la participación en el estudio. Otro de los experimentos resonantes de la época fue el realizado en la



década de 1960 en el Jewish Chronic Disease Hospital, donde se inocularon células cancerosas a varios pacientes sin su consentimiento, bajo la teoría de que dichas células serían seguramente rechazadas. (*CITI Program For The Protection of Human Research Subjects, 2003*)

La conjunción de estos hechos, la evolución del concepto de autonomía, el desarrollo de la doctrina de los DDHH, la evolución de legislación y distintas regulaciones en pos de la protección de los usuarios de servicios de salud, establecen definitivamente una doctrina del CI que, aunque aún se encuentra en pleno desarrollo, adquiere relevancia en todas las facetas de la relación profesional de la salud-usuario

C. Regulación del Consentimiento Informado

Seguidamente se aborda el marco normativo respecto el Consentimiento Informado, tanto en legislaciones internacionales, como antecedentes en nuestro país.

C.1. Legislación, Declaraciones y Códigos internacionales

Código de Núremberg: Redactado en 1946, y publicado el 20 de agosto de 1947, se erige en respuesta a las atrocidades cometidas durante la segunda Guerra Mundial, y destaca –entre sus puntos más salientes- que “*e/ consentimiento voluntario es absolutamente esencial*”. Aquí se dan las pautas



para que se garantice el respeto a la autonomía de las personas, preeminentemente en el ámbito de la investigación biomédica

Declaración Universal de Derechos Humanos (Proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948): Aquí se establece la dignidad y el valor de la persona humana; el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad

Declaración de Helsinki (adoptada por la Asamblea Médica Mundial en Helsinki , Islandia - junio 1964 y enmendada en Tokio, Japón – octubre 1975, Venecia, Italia – octubre 1983, Hong Kong, Septiembre 1989, Somerset West, Sudáfrica - octubre 1996, Edimburgo, Escocia – octubre 2000, Washington, USA – 2002 y Tokio, Japón – 2004): constituye una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, y establece el deber del médico de proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información. En su punto 24 alude expresamente al consentimiento de las personas implicadas en la investigación.

Carta de Derechos del Paciente aprobada por la Asociación Americana de Hospitales – 1973: donde se establece el derecho de los pacientes a ser provistos de información diagnóstica, pronóstica y terapéutica, y a dar su consentimiento (o a retirarlo) cuando lo crean conveniente.



Informe Belmont (Principios y guías éticas para la protección de los sujetos humanos en investigación) – 30/9/1978: donde se establecen directrices para la investigación biomédica, estableciéndose los principios de Respeto por las Personas, el de Beneficencia (o No Maleficencia) y el de Justicia. Asimismo, alude al consentimiento válido como aquel al que se arriba mediante información adecuada, libre de coacción y de manera voluntaria.

Declaración Universal sobre el Genoma y Derechos Humanos adoptada por UNESCO – 11/11/1997 - Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humano adoptada por UNESCO – 16/10/2003- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos adoptada por UNESCO – 19/10/2005: esta declaración responde a una verdadera necesidad a medida que se multiplican, a menudo sin un marco regulador, prácticas que traspasan las fronteras nacionales: la realización simultánea en diferentes países de proyectos de investigación y de experimentos en el campo biomédico, la importación y exportación de embriones y células madre embrionarias, de órganos, de tejidos y de células, y la circulación transfronteriza de tejidos, de muestras de ADN y de datos genéticos. El texto enuncia principios como el consentimiento informado, el respeto de la privacidad y de la confidencialidad, y la no discriminación ni estigmatización, entre otros.

Código de Ética de la APA: La *American Psychological Association* (APA) fue fundada en 1892 en la Universidad de Clark, siendo designado entonces como director G. Stanley Hall: En 1938 se creó el primer Comité de



ética científica y profesional, y luego, en 1953, el primer código de ética. Distintos hechos sucedidos entre aquella fecha y la actualidad (la Segunda Guerra Mundial, la redefinición del rol del psicólogo como científico-profesional, etc.) han promovido frecuentes revisiones de este código de ética, plasmándose su última versión en el año 2002, y entrando en vigencia en Junio de 2003). En esta última el CI en la psicoterapia es contemplado en el punto 10.1. donde refiere:

“Al obtener el consentimiento informado para la terapia, como es requerido en la norma 3.10. “Consentimiento Informado”; los psicólogos informan a los clientes/pacientes tan pronto como sea posible en la relación terapéutica, acerca de la naturaleza y la evolución prevista de la terapia, los honorarios, la participación de terceros, y los límites de confidencialidad, y dará oportunidad suficiente para que el cliente/paciente haga preguntas y reciba respuestas. (Ver también las normas 4.02, “Discusión de los límites de la confidencialidad”, y 6.04 “Honorarios y los arreglos financieros”).

(B) Al obtener el consentimiento informado para un tratamiento para el que no han sido reconocidos técnicas y procedimientos universales, los psicólogos informan a sus clientes/pacientes de la naturaleza en desarrollo del tratamiento, los riesgos potenciales involucrados, los tratamientos alternativos que pueden estar disponibles, y la naturaleza voluntaria de su



participación. (Véase también Normas 2.01e, “Límites de la Competencia”, y 3.10, de “Consentimiento Informado”)

(C) Cuando el terapeuta es un aprendiz y la responsabilidad legal del tratamiento recae en el supervisor, el cliente / paciente, como parte del procedimiento de consentimiento informado, es informado de que el terapeuta está en formación y es supervisado y se da el nombre del supervisor”

Vale mencionar las observaciones realizadas por Fariña et al (2003), en relación a los cambios de redacción que sufrió esta versión a respecto de la anterior de 1992. Los cambios que señalan los autores son afines al reconocimiento de la complejidad del proceso de CI, por lo que en el código actual, las modificaciones tienden a flexibilizar los contenidos a comunicar a los pacientes/clientes, mientras que las cuestiones atinentes al encuadre y a la supervisión son más precisas. (Fariña, et al; op cit). Esto se debe fundamentalmente al reconocimiento de los diferentes abordajes teóricos y técnicas existentes en el campo psi, sin dejar de lado por ello de reconocer la importancia de informar las características de la terapéutica al paciente/cliente, las pautas “contractuales” (encuadre), los límites de la confidencialidad, o cualquier otra información con la que deba contar el paciente/cliente en pos de ejercer su derecho de autodeterminación.

Metacódigo Europeo: La *European Federation of Professional Psychologists Associations* fue fundada en 1981. Los estatutos se cambiaron en la Asamblea General extraordinaria en Budapest, el 13 de julio de 1991 y,



finalmente, en la Asamblea General del 1 de julio de 1995 en Atenas se aprobó el metacódigo. El carácter “meta” de esta normativa se debe a que debe abarcar las distintas particularidades deontológico-legales de todos los países europeos. Los principios en los que se funda son básicamente cuatro: a) respeto por los derechos y dignidad de las personas; b) responsabilidad, c) competencia y d) integridad. (*European Federation of professional Psychologists Associations, 1995*).

Ley 41/2002 Derechos del Paciente en España: Esta ley aborda el requerimiento de consentimiento Informado en sus Principios Básicos, (Capítulo 2, art. 1, puntos 1 y 2) El CI es definido como “*la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud*”. En el Capítulo 4 “El respeto por la autonomía del paciente”, aborda cabalmente la figura del CI.

C.2. Legislación en Argentina

Constitución Nacional: El derecho a la libertad y a la salud son derechos íntimamente relacionados, y son derechos contemplados en todas las declaraciones de DDHH. Habiéndose integrado a la Constitución Nacional en 1994 diversos Tratados y Declaraciones Internacionales en la materia, se encuentra el nexo en el reconocimiento a estos derechos.



Ley 17.132 de “Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de colaboración” sancionada el 24/01/1967 Publicada en el B.O. el 31/01/1967: aquí se contempla en el art. N°19 la necesidad de consentimiento del paciente ante cualquier tratamiento, pero, como señalan Highton y Wierzba (pp. 23; 2003); no se menciona aun el deber de información, que comenzará a hacerse explícito en las normativas de la década de 1990.

Ley 24.193 –Trasplante de órganos y material anatómico humano – 24/3/1993: En su art. 13° aborda las pautas de información a pacientes y familiares/responsables para la obtención del consentimiento.

Ley 25.543 – Obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana a toda mujer embarazada – 27/11/2001: aborda el Consentimiento Informado en sus arts. 3° y 4°

Ley 26529/2009 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (será abordada en el punto siguiente)

Ley 26.657/2010 De Salud Mental



D. Código de Ética de la Fe.P.R.A , Ley 26.529 de “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”, y Ley 26657 de Salud Mental

Dado que el este trabajo de investigación ha seleccionado, por su pertinencia, adoptar el marco del Código de Ética de la Fe.P.R.A, la Ley 26529, y la Ley 26657 como parámetros de evaluación, desarrollaremos algunas referencias de la constitución de cada uno de estos lineamientos normativos, sus implicaciones en la práctica psicológica.

D.1. Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A)

La elaboración del Código de Ética de la Fe.P.R.A, surge como una respuesta a distintos factores coyunturales de la realidad argentina. Por una parte, el inicio del proceso de integración de Psicólogos del Mercosur, y por otra, la divergencia existente entre los códigos provinciales de nuestro país. (Hermosilla, A. M. et al; 2009)

El Mercado Común del Sur (MERCOSUR) se funda en el año 1991, comenzando allí sus desarrollos políticos y económicos. Pero es recién en 1991, en Montevideo, Uruguay, que comienzan a realizarse distintos encuentros en pos de dar un marco a la formación y ejercicio de la psicología en este contexto comunitario. Así, se instituyeron distintas comisiones (Aspectos Legales y Políticos, de Ética, de Formación, de Intercambio Científico y de Mercado de Trabajo) las cuales laboraron en distintas reuniones



(realizadas en Buenos Aires, 1995; Montevideo, 1997; Asunción, 1997 y Santiago de Chile, 1997) que culminaron con la firma del Protocolo de Acuerdo Marco de principios éticos para el ejercicio profesional de los psicólogos del Mercosur en la última de ellas. Los principios acordados aquí fueron el de Respeto por los derechos y la dignidad de las personas, Competencia, Compromiso profesional y científico, Integridad y Responsabilidad Social.

En nuestro país, los códigos deontológicos existentes evidenciaban divergencias en sus contenidos, tanto por las diferentes regiones y disposiciones culturales de cada una, como por el acentuado sesgo clínico, lo que dejaba por fuera de la regulación actividades centrales como la investigación y la ausencia de la figura del Consentimiento Informado

El trabajo de elaboración del Código de Ética fue encomendado a un grupo de investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, el que estaba abocado desde tiempo atrás estudios sobre la ética en el campo de la psicología. Se incluyeron en su elaboración los consensos logrados por la Fe.P.R.A, incluyéndose los principios acordados en el Mercosur. Algunas de las modificaciones centrales del nuevo código de Ética incluyeron el concebir una práctica más amplia, con mayores campos de intervención (trascendiendo el campo psicoclínico), la inclusión de la figura del Consentimiento Informado, y la inclusión de normativa referente al campo de investigación psicológica.

Esto concluye con la creación del Código Nacional el 10 de abril de 1999 en una Asamblea Plenaria de la Fe.P.R.A.

En nuestro país, y en el ámbito de la Psicología específicamente, el Consentimiento está contemplado sucintamente por primera vez en el Código



de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, pero es abordado profundamente recién en 1999, en el texto del Código de Ética de la Federación de Psicólogos (Fe.P.R.A.). Allí se procuran establecer normativas ético-deontológicas orientativas para enmarcar el desempeño profesional de los psicólogos, proponiéndose como guía rectora de la acción de los mismos. En el Punto “A” de la Declaración de principios (“Respeto por los derechos y la dignidad de las personas”) expresa:

“Los Psicólogos se comprometen a hacer propios los principios establecidos por la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asimismo, guardarán el debido respeto a los derechos fundamentales, la dignidad y el valor de todas las personas, y no participarán en prácticas discriminatorias. Respetarán el derecho de los individuos a la privacidad, confidencialidad, autodeterminación y autonomía”

Más adelante, en el punto “1” de las Normas Deontológicas, detalla las implicancias de esta norma:

“1.1. - Deben obtener consentimiento válido tanto de las personas que participan como sujetos voluntarios en proyectos de investigación como de aquellas con las que trabajan en su práctica profesional.

Esta obligación da sustento al respeto por la autonomía, entendiendo que es válido cuando la persona que lo brinda lo hace



voluntariamente y con capacidad para comprender los alcances de su acto; lo que implica capacidad legal para consentir, libertad de decisión e información suficiente sobre la práctica de la que participará, incluyendo datos sobre naturaleza, duración, objetivos, métodos, alternativas posibles y riesgos potenciales de tal participación. Se entiende que dicho consentimiento podrá ser retirado si considera que median razones para hacerlo.

1.2- La obligación y la responsabilidad de evaluar las condiciones en las cuales el sujeto da su consentimiento incumben al psicólogo responsable de la práctica de que se trate. Esta obligación y esta responsabilidad no son delegables.

1.3. En los casos en los que las personas involucradas no se encuentran en condiciones legales, intelectuales o emocionales de brindar su consentimiento, los psicólogos deberán ocuparse de obtener el consentimiento de los responsables legales.

1.4. - Aún con el consentimiento de los responsables legales, los psicólogos procurarán igualmente el acuerdo que las personas involucradas puedan dar dentro de los márgenes que su capacidad legal, intelectual o emocional permita y cuidarán que su intervención profesional respete al máximo posible el derecho a la intimidad.

1.5.- En los casos en los que la práctica profesional deba ser efectuada sin el consentimiento de la persona involucrada, como



puede ser el caso de algunas intervenciones periciales o internaciones compulsivas, los psicólogos se asegurarán de obtener la autorización legal pertinente y restringirán la información al mínimo necesario.

1.6.- El consentimiento de las personas involucradas no exime a los psicólogos de evaluar la continuidad de la práctica que estén desarrollando, siendo parte de su responsabilidad interrumpida si existen elementos que lo lleven a suponer que no se están obteniendo los efectos deseables o que la continuación podría implicar riesgos serios para las personas involucradas o terceros.”
(Fe.P.R.A, 1999)

Así, este código procura abordar las diferentes instancias donde puede ser requerido el Consentimiento del consultante, estableciendo previamente a su articulado la protección de la Dignidad y el Respeto por las Personas en su Declaración de Principios.

D.2. Ley 26.529 “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”

i. Antecedentes

Los antecedentes inmediatos de esta ley son:



- La “*Carta de Derechos del Paciente*”, aprobada en 1973 por la Asociación Americana de Hospitales (Estados Unidos de América)
- La “*Declaración de Lisboa*” sobre los Derechos del Paciente, expedida por la Asociación Médica Mundial en su XXXIV Asamblea Médica Mundial de 1981 (actualizada en Bali en 1995 y revisada en Santiago de Chile en 2005)
- La Ley 41/2002 de España, “*Ley básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*”
- En Argentina, las legislaciones provinciales siguientes:
 - Ley 3076/1997 en Río Negro
 - Ley 1255/1997 en Formosa
 - Ley 6952/1999 en Tucumán
 - Ley 2611/2008 en Neuquén
 - Ley 153/1999 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
 - Ley 8835/2000 de Córdoba

La Ley de la Nación Argentina N° 26.529 fue sancionada el 21/10/2009, promulgada el 19/11/2009, y publicada en B.O. el 20 de noviembre de 2009, estipulándose 90 días desde su publicación para ser reglamentada.⁷

Se encuentra constituida por 5 capítulos y 25 artículos: el art. 1º define el *Ámbito de aplicación*; el Cap. I) trata de *los Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e Instituciones de la Salud* (art. º); el Cap II)

⁷ No obstante, al mes de Agosto de 2010 aun no ha sido reglamentada, lo que conduce a la inaplicabilidad de algunos de sus artículos.



aborda el tema de *la Información Sanitaria* (arts. 3º y 4º), el Cap. III) legisla el *Consentimiento Informado* (arts. 5º al 11º); el Cap IV) regula el tema de la *Historia Clínica* (arts. 12º a 20º); el Cap. V describe las *Disposiciones Generales: la Autoridad de Aplicación Nacional y Local* (art. 22º), la *entrada en vigencia* (art. 23º), la *Reglamentación* (art. 24º), y el artículo 25 es de *Forma* .

Particularmente, la figura del Consentimiento Informado ya había sido contemplada en la legislación sanitaria en la Ley 24.193 *de trasplantes de órganos* (Ley 24.193/93, Nación Argentina), en la Ley 26130 *de Régimen para Intervenciones de contracepción quirúrgica* (art. 2º).

La ley 26529 introduce la regulación del Consentimiento Informado para la totalidad de las prácticas médicas asistenciales y, según indica el Dr. Oscar E. Garay (2010), en la figura de *profesionales del equipo de salud* se comprenden Profesiones de Grado Universitario (*Bioquímico, Enfermero, Fonoaudiólogo, Kinesiólogos, Lic. en Nutrición, Lic. en Producción de Bioimágenes, Médico, Obstétrica, Odontólogo, **Psicólogo**, Terapeuta Ocupacional*); Tecnicaturas (*Asistente Dental, Citotécnico, Instrumentador Quirúrgico, Óptico Técnico, Podólogos, Técnico en Esterilización, Técnico en Hematología, Técnico en Hemoterapia, Técnico en industria de alimentos, Técnico en ortesis y prótesis, Técnico en Prácticas cardiológicas, Técnico en Prótesis Dental*), y Profesiones Auxiliares (*Auxiliar de Anestesia, Auxiliar de Enfermería, Auxiliar de Laboratorio, Auxiliar de Radiología*).

Una mención especial merece la introducción, en esta Ley, de las denominadas “Directivas anticipadas”, directamente relacionada con el principio de autonomía y con el CI. Efectivamente, como mencionan Bostiancic y Dadalto (2010), esta figura es una innovación, en el marco legal de la



República Argentina, en materia de resguardo de los pacientes en el ejercicio de su autodeterminación.

Siguiendo a estas autoras, dentro de las Directivas Anticipadas han sido consideradas las figuras del testamento vital y el mandato duradero, incluyéndose más tarde en esta clasificación los mandatos de autoprotección.

Estas directivas se utilizan en general cuando un paciente no puede expresar libre y conscientemente su voluntad. El Mandato Duradero es un documento mediante el cual el paciente designa a ciertas personas – apoderados- para ser consultadas sobre las decisiones a tomar en caso de quedar incapaz.

Por su parte, el Testamento Vital es un documento que permite dejar sentada la voluntad de un paciente de que se le discontinúe un tratamiento médico en caso de sufrir de una enfermedad terminal. Este instrumento puede encontrar límites en la objeción de conciencia del médico implicado.

El Mandato de Autoprotección (o Mandatos de Autodeterminación) es una tercera forma de directiva anticipada que combina las dos primeras, en tanto el apoderado designado posee instrucción a seguir emanadas de la voluntad del paciente. Este mandato se revoca automáticamente en caso de que la persona que cede el poder decisorio recupere su capacidad para autogobernarse.

Las directivas anticipadas se fundan en el principio de Autonomía, el Respeto por las Personas y la lealtad. Poseen consecuencias benéficas, en tanto reducen el temor de los pacientes a situaciones inaceptables, aumentan su autoestima, permite una fluida comunicación medico paciente que permite el establecimiento de un vinculo fundado en la confianza mutua, protege al



médico contra denuncias, orientándolo ante situaciones dilemáticas, y evita la culpabilización de los familiares al obviarles tomar decisiones difíciles. (Bostiancic, Ob Cit, pp 45-53)

Como puede apreciarse, los principios rectores de la institucionalización de las Directivas Anticipadas son los mismos que fundan y sostienen la doctrina del Consentimiento Informado. No obstante, ambas figuras difieren en que, mientras que el Consentimiento Informado se instituye en pos de tornar más simétrica la relación médico-paciente, las directivas anticipadas lo hacen en pos de que el paciente logre dar a conocer su voluntad en el caso de incapacidad (lo que indicaría una linealidad inversa al caso de CI)

D.3. Ley N° 26657 Nacional de Salud Mental

i. Antecedentes

La Ley Nacional de Salud Mental 26657 (Nación Argentina, 2010) fue sancionada el 25 de noviembre de 2010, promulgada el 2 de diciembre de 2010, y publicada en B.O. el 3 de diciembre de 2010.

El proyecto de ley había sido presentado por el entonces diputado Leonardo Gorbacz y el presidente de la Comisión de Salud, Juan Sylvestre Begnis, en el año 2007, aprobado con modificaciones el 9 de diciembre de 2008, que recogía gran parte de los aportes y propuestas que surgieron en el proceso de debate del marco normativo con los actores involucrados en el campo de Salud Mental y Derechos Humanos.



La ley está compuesta por 46 artículos distribuidos en 12 Capítulos: Capítulo I: Derechos y garantías (Art. 1 al art. 2); Capítulo II: Definición (Art. 3 al art. 5); Capítulo III: Ámbito de aplicación (Art. 6); Capítulo IV: Derechos de las personas con padecimiento mental (Art. 7); Capítulo V: Modalidad de abordaje (Art. 8 al art. 12); Capítulo VI: Del equipo interdisciplinario (Art. 13); Capítulo VII: Internaciones (Art.14 al art.29); Capítulo VIII: Derivaciones (Art. 30); Capítulo IX: Autoridad de Aplicación (Art. 31 al art. 37); Capítulo X: Órgano de Revisión (Art. 38 al art. 40); Capítulo XI: Convenios de cooperación con las provincias (Art.41); Capítulo XII: Disposiciones complementarias (Art. 42 al art. 46).

Congruentemente con lo instituido en la Ley 26529, la ley de Salud Mental 26657 contempla el Consentimiento informado en su articulado de la siguiente manera:

“Capítulo IV “Derechos de las personas con padecimiento mental”: ART. 7° — El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

(...)

*j) Derecho a ser **informado** de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;*



k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;

(...)

m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente”

Más adelante, en el capítulo V “*Modalidad de Abordaje*”, menciona:

“ARTICULO 10. — Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley.

Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.”

Luego, en el Capítulo VII sobre “*Internaciones*”, agrega:

“ARTICULO 16. — Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos:



(...)

c) *Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda. Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.*

(...)

ARTICULO 18. — La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de SESENTA (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión creado en el artículo 38 y al juez. El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de CINCO (5) días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías establecidos para esta última situación. En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos



específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al órgano de revisión creado por esta ley.

ARTICULO 19. — *El consentimiento obtenido o mantenido con dolo, debidamente comprobado por autoridad judicial, o el incumplimiento de la obligación de informar establecida en los capítulos VII y VIII de la presente ley, harán pasible al profesional responsable y al director de la institución de las acciones civiles y penales que correspondan.*”

Finalmente, en el Capítulo VIII sobre “Derivaciones”, expresa:

“ARTICULO 30. — *Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la presente ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Órgano de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona*”



Al igual que en la Ley 26529, en ésta ley se concibe al sujeto desde un nuevo paradigma, donde se tienen en cuenta primeramente los avances en el campo de los Derechos Humanos, como así también una nueva concepción de la cuestión de la capacidad-incapacidad, en tanto se deja claramente expresado que ésta ya no es una cuestión binaria, sino un gradiente de posibilidades que habrá que evaluar en cada caso particular.

El objeto de estas modificaciones apunta a evitar privar del ejercicio de sus derechos a los sujetos, cuando pueden verse afectados solo algunos aspectos de su capacidad general para ejercerlos. De hecho, en el artículo 3º indica claramente que debe partirse de la presunción de capacidad de todas las personas.

Por otra parte, el rol del psicólogo adquiere relevancia, al equipararse al del médico psiquiatra en la toma de decisiones relativas a las internaciones, lo que le otorga mayor responsabilidad e incumbencias.

Asimismo, la ley promueve una activa participación de las personas con padecimientos mentales en aquellas decisiones que las impliquen, en la medida en que esto sea posible.

Finalmente, es importante la modificación que introduce esta ley respecto a la facultad de indicar internaciones que poseía un juez –y a la que debían sumirse los profesionales de la salud-, en tanto regula que las internaciones involuntarias pueden realizarse a posteriori de una evaluación de un equipo interdisciplinario, en tanto exista peligro cierto e inminente para sí o para terceros. Las medidas de internación ya no pueden ser indicadas por el poder judicial, excepto que el equipo interdisciplinario de Salud Mental la haya solicitado y no cumpla con concretarla.



Como veíamos en el articulado de la Ley, la figura del Consentimiento Informado (aludiendo incluso implícitamente a la ley 26529) es puesta en primer plano, como instrumento para la promoción, protección y respeto de la autonomía de las personas.

E. Discusión actual

Los debates que se han suscitado en el ámbito psicológico en relación a la aplicabilidad del Consentimiento Informado, se han acentuado en los últimos años en nuestro país por diversos factores, como lo son su inclusión y regulación en el Código de Ética de Fe.P.R.A (1999), la sanción de la Ley 26529 de Derechos del Paciente (2009), y la Sanción de la Ley 26657 de Salud Mental (2010).

Estas regulaciones, sumadas a la adopción de un rol más activo en el ejercicio de sus derechos por parte los usuarios de servicios psicológicos, han promovido en muchos casos denuncias en los Colegios Profesionales por incumplimiento de esta norma (Molina, 2003).

Veremos a continuación algunos de los puntos más salientes del debate y sus aristas.

E.1. Dificultades en la transición del paradigma Beneficentista al Autonomista

En ocasiones, los argumentos esgrimidos por los profesionales para rechazar la posibilidad de instrumentar el CI, aluden a que éste implica el



abandono del paciente –por parte del profesional- en el proceso de toma de decisiones. Esta postura se sustenta en la idea de desplazamiento del paradigma beneficentista, que ha signado la relación profesional de la salud-paciente hasta nuestros días, por la actual hegemonía del “paradigma autonomista”.

Por otra parte, autores como Pablo Simón Lorda (2006), concluyen que esta atribución resulta errónea, pues la inclusión del principio de Autonomía junto a los de Beneficencia, No-maleficencia y Justicia no debería adquirir un lugar predominante, sino *equilibrante*. Con esto, el autor procura señalar la necesidad de regular la relación profesional-paciente para evitar abusos en nombre del paternalismo, pero de ninguna manera se da por tierra con el beneficio del paciente. El equilibrio entre Beneficencia y Autonomía se lograría apelando a la definición de lo que es beneficioso –mediante información suficiente y adecuada- según el criterio del paciente. Para su logro, es condición ineludible el establecimiento de un proceso dialógico entre ambos, lo que permitiría arribar a un consentimiento auténtico y dialogado.

E.2. Problemas inherentes a la asunción del CI en el dispositivo psicoterapéutico

José Nesis (2003) menciona dos grandes grupos de problemas asociados a la instrumentación del Consentimiento Informado en la práctica clínica psicológica. El primero de alude a las ventajas o dificultades de implementar el CI en el dispositivo psicoterapéutico, y a su carácter favorecedor o entorpecedor del proceso; y el segundo grupo de dificultades se



encuentra asociado a la particular relación de los argentinos con las normas y con el respeto por los derechos del otro. (pp. 10, 11)

Es así que en el primer grupo podemos ubicar posturas como la de Pablo Fridman (2003, pp. 77-82) que afirma que el CI es una figura perteneciente al campo biomédico, que ha sido adoptada en el ámbito psicológico de forma acrítica, y que solo es concebida como un requisito a cumplir para evitar demandas legales, además de operar en detrimento de la relación terapéutica, en tanto siembra la desconfianza entre el profesional y el psicólogo o psiquiatra.

Otra de las argumentaciones dentro de este primer grupo es la presentada por Orlando Calo (2003, pp. 61-67), donde afirma que, desde un marco teórico psicoanalítico, la autonomía del sujeto no se cuenta como condición previa a la psicoterapia, sino como meta u objetivo a lograr.

Este mismo autor plantea (2001) dos cuestiones adicionales, como lo son la influenciabilidad del paciente desde su posición demandante, y la dificultad en establecer si el sujeto es competente para consentir autónomamente, (Calo, 2001)

Respecto la primera cuestión, la competencia del consultante para consentir, cabe mencionar que -si bien representa una dificultad para cualquier agente de salud su evaluación- el psicólogo cuenta con una ventaja por su pericia, dado que esta le permite discernir, a través del proceso diagnóstico, las potencialidades del sujeto, y por ende su capacidad de consentir. Debe reconocerse aquí el valor que adquiere el CI concebido como un proceso –con su consecuente dimensión temporal- sobre la concepción del CI como una figura a implementar de una vez y para siempre.



En lo relativo a la segunda cuestión, a saber, la posición demandante del consultante o paciente, es producto de la asimetría del vínculo que se establece entre ambos actores de la escena terapéutica, y alude directamente al concepto de “*Transferencia*” desarrollado por Freud, en el que la vinculación presumida por el paciente lo lleva en cierta manera a idealizar la figura del psicólogo de manera exacerbada. No obstante, este elemento –al igual que la competencia, la comprensión de la información, y las demás variables en juego en la relación terapéutica- es uno más de los que deberá ser evaluado por el psicólogo al momento de obtener el Consentimiento. Sumado a esto, vale aclarar que la asimetría es técnica (dada por el saber que detenta el profesional) pero de ninguna manera moral.

Finalmente, dentro de este primer grupo también encontramos profesionales que asumen una postura opuesta a las anteriores, como la sostenida por Keegan y Rutzstein (2003), quienes afirman que el paciente debe ser informado adecuadamente, a fin de responder al mandamiento ético de reconocimiento de la autodeterminación de las personas, aun en presencia de ciertas patologías o trastornos.

Un sesgo frecuente en esta discusión es en ocasiones, que la capacidad de optar racionalmente es concebida de forma binaria (presencia-ausencia de capacidad de autodeterminación), en lugar de considerarse como un gradiente, donde el profesional debe, dialógicamente, evaluar cuán ajustada a la realidad de la situación es la apreciación del consultante, para lograr su aquiescencia de la forma más ajustada posible.

El segundo grupo de problemas planteados por José Nesis (op cit) es la particular relación de los argentinos con las normas y el respeto por los



derechos de los otros. En el mismo sentido, Beatriz Barbese se pregunta por qué “*si las mismas instituciones establecen el requisito del consentimiento informado en sus códigos, este procedimiento queda, sin embargo, como letra muerta y elemento teórico importado de otras latitudes*”. Luego, esta autora hipotetiza que la falta de tradición democrática en nuestro país, la no asunción de los ciudadanos del ejercicio de sus derechos, y la actitud paternalista de los profesionales, resultan en fuertes resistencias por la implementación de estas nuevas normativas y cosmovisiones democráticas.

Para evitar el decurso de este trabajo hacia otro terreno que excede los propósitos del mismo, solo mencionaremos que diversas investigaciones realizadas en el ámbito psicológico específicamente (entre ellas la denominada “*Dilemas éticos en el ejercicio de la psicología: resultados de una investigación*”, Hermosilla et al, 2006) dan cuenta del alto grado de desconocimiento, en los profesionales psicólogos, de las normativas deontológicas y legales que enmarcan el quehacer psicológico, apelándose para la resolución de dilemas ético-deontológicos al saber teórico técnico en su lugar.

E.3. Información a brindar al paciente

Uno de los aspectos clásicos de controversia en el contexto del C.I., es qué información debe brindarse al paciente.

La introducción del derecho a la autonomía ha promovido cambios en la relación médico-paciente y específicamente en los modelos de



comunicación de información. Emanuel y Emanuel (1992) ha clasificado esta relación en 4 categorías, las que veremos a continuación:

- **Modelo Paternalista:** en este modelo el médico reconoce que el paciente no es capaz de ser informado de todos los conocimientos que aquel posee, y la decisión del paciente será entonces de inferior calidad que la del médico. Por tanto, el deber moral de hacer el bien se torna primario y conduce que el médico decida qué acciones emprender, aportándole al paciente solo el mínimo de información con el fin de que no se torne disruptiva para el proceso.
- **Modelo Informativo:** el médico considera aquí que lo nodal es informar al paciente, proveyéndolo de datos precisos con el fin de que pueda tomar una decisión por él mismo, no interviniendo el profesional en absoluto en la ponderación de la información aportada, con el objetivo de evitar “contaminar” la decisión del paciente. Ésta termina siendo una actitud defensiva del profesional.
- **Modelo Interpretativo:** la dificultad intrínseca de la información médica específica obliga al profesional a interpretar la información para asegurar la comprensión por parte del paciente.
- **Modelo Deliberativo:** este modelo posee como rasgo característico un funcionamiento dialógico, lo que implica una simetría entre las dos personas en cuestión (médico-paciente) en pos de lograr acuerdos respecto las intervenciones a llevar a cabo. Para que se cumpla esto, debe existir un reconcomiendo por parte del médico de los valores del paciente, y sobre todo de la autonomía del paciente para tomar sus propias decisiones fundadas en información válida, clara y



comprensible. Debe sostenerse un equilibrio entre la argumentación y la crítica, y fundamentalmente debe reconocerse el carácter dialógico de la razón.

Elena Highton y Sandra Wierzba (2003) sostienen que actualmente la doctrina del Consentimiento informado, en tanto declaración de voluntad, debe ser objeto de un proceso de comprensión, por parte del paciente, que determine su significado auténtico. Agregan que toda persona capaz y mayor de edad deben dar su autorización para realizar un tratamiento médico, previa información sobre su estado, las ventajas y desventajas del tratamiento, y que esta información debe ser transmitida de forma simple, a fin de que el profano en la temática pueda comprenderla (pp 23). Siguiendo a Cristina Di Doménico (1998), agregan también que, dado que el proceso de consentir es un hecho psicológico, es necesario cierto entrenamiento específico para evaluar los aspectos del paciente/consultante en juego en la toma de decisiones, como lo son la competencia, el grado de información alcanzado y la libertad del mismo (Highton y Wierzba, 2003, pp. 21)

En Estados Unidos se han elaborado algunos criterios para determinar el grado de información que el médico debe brindar al paciente:

a) El criterio del *médico razonable*, usado en 1960 en la causa “*Natanson c/ Kline*”. Atiende a lo hipotéticamente aceptado por la comunidad médica. Este criterio tiene un marcado tinte paternalista que se corresponde con la época.

b) A partir de *Canterbury vs. Spence*, se incorpora el concepto del criterio del *paciente razonable*. Conforme a esta tesis, el médico deberá revelar



al paciente lo que una hipotética persona razonable desearía conocer en esas mismas circunstancias. (Faden, R.; Beuchamp, T., 1986) (Gracia, 1989)

Estos criterios, pueden ser difíciles de determinar en forma precisa llegado el caso. Sucede que en el primer caso no es sencillo determinar o definir qué piensa o pensaría un médico razonable. En el segundo caso sucede algo similar pero con esta vez con un paciente razonable. ¿Cómo definir un “paciente razonable”? Pero sin duda el aspecto ético más débil es que no siempre están contempladas las verdaderas prioridades del paciente concreto en lo que a información respecta.

- c) Por último, *el criterio subjetivo*, que toma en cuenta cuáles son las necesidades específicas de información para cada paciente en lugar de los criterios abstractos antedichos. Si bien puede parecer la referencia más correcta desde el punto de vista ético, enfrenta serios problemas prácticos de implementación. Tiene como debilidad el hecho de que muchos pacientes no saben de antemano toda la información que les será útil en su caso y que el médico no puede saber en profundidad cuáles son las preferencias o valores del paciente. Por otro lado y desde una perspectiva jurídica, en caso de un litigio, a los jueces les resultaría complicado poder determinar si el paciente fue informado en forma adecuada utilizando este parámetro. El desarrollo de posturas teóricas tan disímiles y su coexistencia actual, evidencia la falta de un criterio universal aceptado y la necesidad de continuar profundizando sobre el tema y una forma de hacerlo es mediante investigaciones. (Gervasoni, 2009)



E.4. Sobre la información de abordajes alternativos

Tanto el Código de Ética de Fe.P.R.A, como la ley 26529 de Derechos del paciente, afirman que deben informarse al usuario los abordajes alternativos al propuesto por el profesional⁸.

Reconociendo la escolástica que divide a algunos grupos de psicólogos, esta exigencia se torna problemática.

Por un lado, como menciona Leonardo Toselli (Toselli, 2001), pueden discernirse en el campo de la práctica psicológica la existencia de diversos grupos, algunos de ellos asumiendo determinados lineamientos escolásticos, mientras que otros utilizan una serie de recursos técnicos provenientes de distintas escuelas, en tanto se desprende un tercer sub-grupo conformado por quienes utilizan recursos técnicos que han demostrado su eficiencia, sin ajustarse específicamente a escolástica alguna. Este autor continúa afirmando que, si cada psicólogo de cada uno de estos grupos informara sobre las alternativas restantes, la práctica psicológica se vería enriquecida y modificada a partir de la mayor interacción con el usuario.

Congruente con esta postura es la presentada por Raúl Serroni-Copello (1997), al afirmar que la legitimación de los obreres psicoclínicos debieran realizarse en un proceso dialógico con los actores sociales implicados. Esto lleva implícito, según el autor, tres precondiciones: el

⁸ El Código de Fe.P.R.A reza “Deben obtener consentimiento (...), incluyendo datos sobre naturaleza, duración, objetivos, métodos, alternativas posibles y riesgos potenciales de tal participación.”; mientras que la Ley 26529 alude en su Capítulo III, art. 5, inc. “E”: “*La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto*”



reconocimiento de un *interés cognitivo emancipatorio* por el cual aspiran a liberarse de la dependencia que genera la ignorancia acerca de sus cambios; la *capacidad autorreflexiva* al servicio de ese interés; y cierta *aptitud emocional* para tolerar las consecuencias del carácter conjetural del conocimiento (pp. 46-49)

En el otro extremo, se encuentran aquellas dificultades inherentes a proporcionar información respecto orientaciones teórico - técnicas ajenas a las específicas de cada profesional. Probablemente, los profesionales puedan aportar algunos datos significativos de cada una de las distintas orientaciones y abordajes técnicos de las diversas psicoterapias posibles. No obstante, es palpable que los conocimientos más certeros, más profundos, y los que serán transmitidos con mayor claridad, pertenecerán a la propia postura teórico-técnica adoptada por el profesional, pudiendo incluso distorsionar la información relativa a otras alternativas como producto de su propia concepción del proceso psicoterapéutico.

Como puede apreciarse, el núcleo problemático de la cuestión trasciende la instrumentación del CI, para mostrarse como una arista más del debate sobre la inconmensurabilidad de los distintos abordajes existentes en el campo de la psicología.

E.5. Representación social preeminente, en los usuarios, de un modelo de atención de la salud de tipo paternalista.

Por otra parte, algunos autores afirman que, si bien hay un creciente énfasis en la participación activa del paciente y en la decisión consensuada, la



evidencia sugiere que muchos los pacientes no desean participar en las decisiones sobre su propio cuidado.

Distintas investigaciones han encontrado que las preferencias del paciente para participar en la toma de decisiones varía con la edad, nivel socioeconómico, la enfermedad, y la gravedad de la decisión (Robinson, A.; Thomson, R., 2001; Gervasoni, 2009). Esta falta de implicación de algunos sujetos en la toma de decisiones pone en evidencia, la imposibilidad de asumir y responder desde una posición totalmente autónoma.

También se desprende de allí que es el segmento de la sociedad más vulnerable el que puede ser objeto de prácticas paternalistas, tanto por tender a delegar más la responsabilidad de los procesos decisorios, como por las dificultades para el intercambio de información. A este inconveniente se suman algunos referentes al contexto de atención de la salud en ámbitos públicos, los que se encuentran superados por la demanda, y con profesionales sobreexigidos en el cumplimiento de sus funciones. Esto lleva a que no encuentren los tiempos y momentos que requerirían los distintos usuarios para el intercambio que permitiría arribar a I CI

A esto se suma la necesidad de que los profesionales asuman la nueva cultura asistencial y optimicen la gestión de su tiempo de atención para poder incorporar el CI como dimensión básica de su cultura asistencial (Gracia, D.; Judez, J.; 2004, p.49)

Consideramos que esto da aún más razones para concebir prácticas como las propuestas en la doctrina del CI, en tanto pretenden, en su horizonte, promover la autonomía y la autoterminación de las personas en tanto sujetos



de derechos responsables, a la vez que procura respetar al dignidad de la persona humana.

Asimismo, estos estudios ponen en evidencia la correlación positiva entre el nivel de instrucción y el deseo de recibir información detallada, como así también una correlación positiva entre nivel de instrucción y la toma de decisiones conjuntas con el médico y alguna persona significativa allegada al paciente.

Esto demuestra que el acceso a la información es de suma relevancia para los pacientes, siempre y cuando les resulte comprensible, a partir de la adecuación del lenguaje utilizado por el profesional para suministrarla, y que se realice mediante un proceso de diálogo genuino.

VII. Estudio empírico

A. Objetivo general

Elucidar la concepción que poseen los Psicólogos Clínicos respecto el Consentimiento, la forma de implementación de esta norma en la práctica clínica psicológica, y los dilemas que enfrenten en su cumplimiento.

B. Objetivos particulares

- a. Indagar que concepción poseen los psicólogos del Consentimiento



- b. Evaluar cuán preciso es el conocimiento de esta norma, tomando como parámetros el Código de Ética de la FE.P.R.A, la Ley 26.529 de Derechos del Paciente, y la Ley 26.657 de Salud Mental.
- c. Conocer cómo es instrumentada en la práctica la norma del Consentimiento.
- d. Investigar qué problemas o dilemas surgen en su implementación

C. Hipótesis

Por ser una investigación de tipo exploratorio, en este caso, no se formulará hipótesis.

D. Métodos y técnicas

En razón de tratarse de una investigación exploratoria y descriptiva que tiene como fin la asociación de variables se aplica en su tratamiento las siguientes técnicas:

En lo que respecta a la recolección de datos cuantificables: se administra como instrumento de medición una encuesta, compuesta por una parte con afirmaciones que se mide a través de la escala Lickert y otra parte con dilemas en los que se evalúa el accionar del profesional en un “como si” de una viñeta con el mismo tipo de escala. Se efectúa un análisis de los datos a partir del parámetro estadístico descriptivo-diferencial.

La muestra es no probabilística-intencional (informante calificado: psicólogo) y el diseño utilizado es el correlacional. La misma está compuesta



por 100 psicólogos que desempeñan tareas en la Ciudad de Mar del Plata, en el ámbito privado y de tipo clínico.

Se utilizaron como fuentes de datos a informantes calificados:

- ψ Psicólogos que desempeñan tareas en el ámbito clínico
- ψ Documentos de resoluciones y leyes: Código de Ética de Fe.P.R.A (1999) Ley 26.529 de Derechos del Paciente (2009), y Ley 26657 de Salud Mental (2010), y en fuentes bibliográficas específicas del tema en cuestión.

Para acceder a las fuentes mencionadas se recurrió a las siguientes entidades:

- ψ Facultad de Psicología de la UNMDP
- ψ Colegio de Psicólogos Distrito X
- ψ Consultorios de atención psicológica de la ciudad de Mar del Plata

D.1. Instrumento

Como se ha mencionado en los objetivos, el diseño del instrumento fue realizado para abordar tres áreas relativas al CI, siendo antecedidas por una sección abocada a recolectar los datos sociodemográficos.

Luego de la descripción de cada una de dichas áreas, se fundamentarán los criterios de selección de indicadores de cada una de las variables:



1. La primera de ellas relativa a datos socio demográficos de los profesionales consultados.

A. Femenino _____ <input type="checkbox"/> Masculino _____ <input type="checkbox"/>	D. Inserción Laboral Institucion asistencial <input type="checkbox"/> Poder Judicial <input type="checkbox"/> Consultorio Particular <input type="checkbox"/> Docencia <input type="checkbox"/> Otros (Especifique) <input type="checkbox"/>
B. Hasta 30 años _____ <input type="checkbox"/> 31 a 40 años _____ <input type="checkbox"/> 41 a 50 años _____ <input type="checkbox"/> 51 a 60 años _____ <input type="checkbox"/> 61 años o más _____ <input type="checkbox"/>	
C. Años de ejercicio profesional Hasta 5 años _____ <input type="checkbox"/> 6 a 10 años _____ <input type="checkbox"/> 11 a 20 años _____ <input type="checkbox"/> 21 años o más _____ <input type="checkbox"/>	E. Marco teórico referencial Psicoanalítico <input type="checkbox"/> Sistémico <input type="checkbox"/> Gestáltico <input type="checkbox"/> Conductualista <input type="checkbox"/> Neurobiologicista <input type="checkbox"/> Cognitivista <input type="checkbox"/> Integrativo <input type="checkbox"/> Otro (especificar) <input type="checkbox"/>

2. La segunda parte pretende indagar: a) que concepción poseen los psicólogos del Consentimiento; y b) Cuán preciso es el conocimiento de esta norma, tomando como parámetros el Código de Ética de la FE.P.R.A, la Ley 26.529 de Derechos del Paciente, y la Ley 26.657 de Salud Mental. Para ello, se han propuesto los siguientes ítems:

Eje I

A. El Consentimiento Informado es:

- i. La opción que tiene el profesional de informar al usuario sobre las vicisitudes del tratamiento con el fin de que este pueda ponderar las opciones en cuestión y decidir libremente
- ii. Es la declaración de voluntad del usuario para la intervencion profesional, luego de despejadas todas las dudas, despues de que el profesional le informa sobre la tarea que ha decidido realizar por considerarla la más benéfica para el cuadro que presenta el usuario.
- iii. La obligación que tiene el profesional de informar al usuario sobre las vicisitudes del tratamiento propuesto con el fin de que este pueda ponderar las opciones en cuestión y decidir libremente
- iv. Es la posibilidad que tiene el profesional de dar información al usuario sobre aquellos aspectos del proceso psicoterapéutico que considere necesario
- v. Es la declaración de voluntad del paciente dada luego de recibir información clara, precisa y adecuada con respecto a su estado de salud; el procedimiento propuesto, los objetivos perseguidos; los beneficios, riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; los procedimientos alternativos, sus riesgos, beneficios y perjuicios; las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos
- vi. Ninguna de las opciones anteriores

- La opción (i) es errónea, en tanto contiene la palabra “opción” para dar cuenta de un carácter no obligante para el profesional.



- La opción (ii) coloca como premisa que el profesional es quien decide el tratamiento a seguir, debiendo asentir o no sobre ella el paciente.
 - Similar a la anterior, la opción (iii) menciona la obligación del profesional, pero sobre una sola alternativa planteada por éste.
 - La opción (iv) deja al libre albedrío del profesional la información a transmitir
 - La opción (v) es extraída de la Ley 26.529 de Derechos del Paciente, cuyo texto es congruente con el del Código de Ética de Fe.P.R.A (1999)
 - La opción (vi) se presenta para expresar el desacuerdo con las definiciones anteriores
-

B. Instrumentar el CI implica:

- i. Brindar aquella información que solicita el usuario espontáneamente
- ii. Brindar información sobre técnica a utilizar, encuadre de trabajo (honorarios, frecuencia, horario), diagnóstico, pronóstico, efectos –positivos o negativos –previsibles y técnicas o abordajes alternativos.
- iii. Brindar información del encuadre y diagnóstico-pronóstico, pero no de técnicas alternativas
- iv. Responder puntualmente a las inquietudes del usuario relativas a la intervención, ya sea diagnóstica, pronóstica o sobre la terapéutica
- v. Brindar información sobre objetivos, frecuencia, duración de la entrevistas, honorarios, alternativas terapéuticas, modalidad de intervención, riesgos de la participación, posibilidad de ampliación de información por parte del terapeuta
- vi. Ninguna de las opciones anteriores

- El primer ítem (i) presenta al profesional respondiendo solo lo demandado por el usuario.
- El (ii) alude a diversos tipos de información, omitiéndose la relativa a alternativas terapéuticas.
- El (iii) niega explícitamente informar sobre alternativas terapéuticas
- El (iv) alude a responder solo a inquietudes presentadas por el usuario, reconociéndose solo el derecho a obtener información por parte de este, pero no la obligación de informar aunque no exista demanda
- El (v) contempla todos los elementos que debería incluir el CI según la definición del Código de Ética de Fe.P.R.A y la ley 26.529
- La opción (vi) se presenta para el desacuerdo con las definiciones anteriores



C. El CI debe ser implementado:

- i. Al inicio de la relación psicoterapéutica únicamente y siendo válido para todo el proceso
- ii. Al inicio de la relación psicoterapéutica pero debe ser “ajustado” en su transcurso si fuese necesario
- iii. En el transcurso de toda la relación psicoterapéutica
- iv. Puede no ser necesario ni requerido en todo el proceso
- v. Ninguna de las opciones anteriores

- La primera concepción alude a que el CI se obtiene de una vez.
- El ítem (ii) alude al CI como un instrumento aplicar de una vez, pero con algún “ajuste” si se considera necesario
- El (iii) se corresponde tanto al Código de Fe.P.R.A, como a la Ley 26529, y a las afirmaciones de E. Highton y Wierzba
- El (iv) se corresponde con la concepción de que el CI es una figura que no alcanza a la práctica psicológica, y cuya instrumentación es opcional
- La opción (v) se presenta para el desacuerdo con las definiciones anteriores

D. El objeto del implementar el CI es:

- i. Se instrumenta con fines prácticos como lograr la adherencia del usuario al tratamiento y reducir las resistencias al mismo
- ii. Se instrumenta por erigirse en defensa a la Autodeterminación (Principio de Autonomía) de las Personas
- iii. Se instrumenta para evitar demandas legales por parte de los usuarios
- iv. Se instrumenta por todos los motivos anteriores
- v. Ninguna de las opciones anteriores

- La opción (i) define los aspectos pragmáticos de la implementación
- La (ii) es de índole principialista
- La (iii) al aspecto legal del CI
- La (iv) incluye todos los aspectos anteriores
- La (v) se presenta para el desacuerdo con las definiciones anteriores

E. El CI:

- i. Debe constar obligatoriamente en la historia clínica del usuario
- ii. No es obligatorio que conste en la historia clínica del usuario
- iii. Debe constar en la historia clínica cuando el profesional lo considere pertinente
- iv. Solo debe constar en la historia clínica de usuarios con las siguientes características:

- La opción (i) incluye lo mencionado en el artículo 16 de la ley 26529 de Derechos del paciente, donde se afirma que el consentimiento informado debe formar parte de la historia clínica del paciente.
- La (ii) niega el carácter obligatorio del registro del CI
- La (iii) deja a criterio del profesional el registro del CI



- La (iv) indaga sobre los criterios de los profesionales para registrar el CI en la historia clínica

Eje II

- A. ¿Considera que puede suscitarle demandas legales el hecho de no informar adecuadamente**
- i. Si
 - ii. Quizas
 - iii. No
- B. ¿Tiene conocimiento de la existencia de normativas o legislación que regule la obtención del**
- i. Si
 - ii. No

SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, MENCIONE LAS A CONTINUACION:

- En el punto “A” se procura indagar si los profesionales reconocen la potencial probabilidad de ser demandados legalmente por el incumplimiento del CI.
- En el punto “B”, se ahonda en la cuestión planteada en el anterior, para conocer si conocen el marco regulatorio del CI

EJE III

1. Los psicólogos deben obtener consentimiento válido tanto de las personas que participan como sujetos voluntarios en proyectos de investigación como de aquellas con las que trabajan en su práctica profesional
2. La información a brindar al paciente/consultante debe incluir la naturaleza, duración, objetivos, métodos, alternativas posibles y riesgos potenciales de su participación.
3. El CI puede ser retirado por el paciente/consultante si considera que median razones para hacerlo.
4. Ante el retiro del CI del paciente, debe dejarse constancia en la historia clínica
5. La obligación y la responsabilidad de evaluar las condiciones en las cuales el sujeto da su consentimiento incumben al psicólogo responsable de la práctica de que se trate
6. El consentimiento de las personas involucradas no exime a los psicólogos de evaluar la continuidad de la práctica que estén desarrollando, siendo su responsabilidad interrumpida si existen elementos que lo lleven a suponer que no se están obteniendo los efectos deseables o que la continuación podría implicar riesgos serios para las personas involucradas o terceros.
7. Se requiere el consentimiento del paciente o en su defecto, el de sus representantes legales, y del profesional de la salud interviniente ante exposiciones con fines académicos, con carácter previo a la realización de dicha exposición
8. El consentimiento informado es una figura aplicable solo al ámbito médico, no al psicoterapéutico
9. La constancia escrita del Consentimiento Informado en la historia clínica del paciente es obligatoria
10. Los menores de edad no pueden dar su consentimiento, sino que debe realizarlo exclusivamente sus padres o representante legal
11. En la etapa de admisión de un paciente, deben explicarse los abordajes terapéuticos alternativos
12. Cada psicólogo debe decidir qué información brindar al paciente al inicio de la psicoterapia



13. No es necesario obtener consentimiento del paciente para compartir información de su tratamiento con otros psicólogos o consultar por caso clínico
14. En el caso de menores no es necesario pedir su consentimiento para intervenir, ya que basta con el de sus padres o representantes legales
15. Cualquier información sobre el proceso brindada al paciente se da en el primer encuentro
16. La información brindada al paciente en la primer entrevista incluye sucintamente las opciones psicoterapéuticas de otras orientaciones
17. Las personas con trastornos mentales no pueden dar su consentimiento, sino que esto lo pueden realizar únicamente sus representantes legales
18. No existe regulación legal en Argentina del Consentimiento Informado, que incluya la práctica clínica psicológica.

- Afirmación 1: Esta afirmación es verdadera, siendo extraída del Código de Ética de Fe.P.R.A, punto 1.1
- Afirmación 2: Esta afirmación es verdadera, siendo extraída del Código de Ética de Fe.P.R.A, punto 1.1
- Afirmación 3: Esta afirmación es verdadera, siendo extraída del Código de Ética de Fe.P.R.A, punto 1.1
- Afirmación 4: Esta afirmación es verdadera, siendo extraída de la Ley 26529/09 de Derechos del Paciente, Art. 10
- Afirmación 5: Esta afirmación es verdadera, siendo extraída del Código de Ética de Fe.P.R.A, punto 1.1
- Afirmación 6: Esta afirmación es verdadera, siendo extraída del Código de Ética de Fe.P.R.A, punto 1.6
- Afirmación 7: Esta afirmación es verdadera, siendo extraída de la Ley 26529/09 de Derechos del Paciente, Art. 8
- Afirmación 8: Esta afirmación es falsa, en tanto se incluye a la Psicología como profesión regulada en el CI tanto en la legislación (26529-266579 como en el código de Fe.P.R.A
- Afirmación 9: *Según la Ley 16529, en su art 16*, “Forman parte de la historia clínica, los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos



quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, debiéndose acompañar en cada caso, breve resumen del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante”, por lo que la afirmación es verdadera.

- Afirmación 10: Esta afirmación, dado su carácter taxativo, es falsa, pues la ley nacional 26061 (y la Ley 13298 de la Pcia. de Buenos Aires) de Derechos del niño, como la Ley 26.529 y el Código de Fe.P.R.A, afirman que debe procurarse el CI de los menores función de su capacidad y madurez.
- Afirmación 11: Esta afirmación es verdadera, según el código de Ética de Fe.P.R.A y la Ley 26529 y Ley 26657.
- Afirmación 12: Esta afirmación es falsa, según el código de Ética de Fe.P.R.A y la Ley 26529 y Ley 26657.
- Afirmación 13: Esta afirmación es falsa, según lo regula el Art 8 de la Ley 26529
- Afirmación 14: Por los mismos argumentos de la afirmación 10, esta afirmación es falsa.
- Afirmación 15: Falso. Highton, E.; Wierzba, S. (2003) afirman que la información debe suministrarse durante todo el proceso, según el rumbo que éste adquiera, las necesidades del paciente sobre ser informado, y lo que el profesional evalúe que debe informar.
- Afirmación 16: Esta afirmación es verdadera, y es contemplada en el Código de Ética de Fe.P.R.A y en la Ley 26529.



- Afirmación 17: Falso. En principio derivar incapacidad de una persona por presentar un trastorno mental es erróneo. Asimismo, tanto el código de Fe.P.R.A, como la Ley 26657 afirman que *“La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado” (ley 26657, Art 7, Inc. k)*
- Afirmación 18: Falso. Tanto el Código de Fe.P.R.A como las leyes 26529 y 26657 lo contemplan.

3. La tercera parte procura conocer cómo es instrumentada en la práctica la norma del Consentimiento. Los ítems seleccionados para ello son:

C. ¿Informa Ud. sobre las características de su modelo teórico de referencia –y sobre las características prácticas de éste- al paciente?

- Tanto el Código de Ética de Fe.P.R.A, como la Ley 26529, y las afirmaciones de Highton, E.; Wierzba, S. (2003), debe darse a conocer el marco teórico de referencia a los consultantes.

D. ¿Requiere Ud. el consentimiento del paciente/consultante en la etapa diagnóstica, y luego nuevamente en la etapa terapéutica del tratamiento?

- En tanto los objetivos de un proceso diagnóstico y terapéutico difieren, Highton y Wierzba (2003) sostienen que debe obtenerse el Consentimiento del paciente en cada una de ellas.



B) Lea las siguientes situaciones dilemáticas referidas a la práctica profesional y su resolución. Por favor, indique su opinión al respecto considerando en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con la actuación profesional. Para contestar rodee con un círculo el número de la escala (1, 2, 3, 4, 5) :

1. Un paciente se presenta aludiendo que se encuentra en una etapa crítica de su adicción a drogas, con serias dificultades vinculares con su familia y allegados, y una inusitada agresividad. El psicólogo considera necesaria una internación como medida de protección, para lo que recurre a su familia informándole de ello, e indicándole la necesidad de la intervención, sin dialogar previamente con el paciente sobre esta prescripción
2. Un paciente muestra, en el transcurso de las primeras entrevistas, serias dificultades de modulación del habla, por lo que el psicólogo decide grabar las sesiones con el fin de oírlas luego, a fin de clarificar lo dicho por el paciente, sin informar de esto al paciente.
3. Un psiquiatra se comunica telefónicamente con el psicólogo para consultarlo por un paciente en común, pero este no está al tanto de la comunicación. No obstante, intercambian información sobre el paciente en cuestión
4. Un psicólogo admite un paciente con un cuadro de depresión grave, que lo ha imposibilitado desde 8 meses atrás aprox a salir de su casa, debiendo este pedir licencia en su trabajo. El profesional considera que con recursos propios de la psicología es factible remitir el cuadro, por lo que evita informarle sobre tratamientos alternativos como el psicofarmacológico
5. Un paciente le comunica, luego de realizadas las entrevistas de admisión, que ha abandonado recientemente varios intentos de realizar psicoterapia con dos colegas suyos, siendo uno de ellos afín a usted por otras actividades profesionales. Ud. Se comunica con él con precarando establecer los datos diagnósticos a los que éste arribó para sumarlos a los logrados por ud en las entrevistas de admisión, evitando dar a conocer de esta comunicación a su paciente en tanto considera que puede esto evitar una nueva deserción.

Se presentan 5 dilemas, con el objetivo de evaluar cómo ponderan los psicólogos las intervenciones que allí se mencionan, a través de una escala de Likert.

- I. Dilema 1: Aquí el grado de acuerdo debería ser bajo, en tanto cualquier paciente tiene el derecho a decidir: La nueva ley de Salud Mental, en art 20 expresa *“La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar: a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra; b) Ausencia de otra*



alternativa eficaz para su tratamiento; c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.” Por ende, la internación involuntaria debería ser indicada por un equipo interdisciplinario, como situación excepcional, si existiese riesgo cierto e inminente para la persona o para terceros.

- II. Dilema 2: Esta situación plantea la violación de la intimidad del paciente, y la falta de motivos (tanto prácticos como técnicos) para no implementar el Ci, por lo que debería encontrarse desacuerdo en los profesionales.
- III. Dilema 3: El acuerdo con esta afirmación pondría en evidencia una violación al secreto profesional y al Consentimiento Informado, en tanto el profesional debe buscar la aquiescencia del paciente antes de comunicarse con otro profesional, según lo regula el Art 8 de la Ley 26.529.
- IV. Dilema 4: Este dilema está extraído famoso caso de EEUU “Osheroff c/Chestnut Lodge Hospital” de 1982⁹. A su vez, ya hemos mencionado que las alternativas terapéuticas deben formar parte de la información a brindar por el profesional según el código de Ética de Fe.P.R.A, la Ley 26529 y Ley 26657.
- V. Dilema 5: Al igual que en el dilema 2, de no mediar riesgo cierto e inminente para el paciente o para terceros, no se ajustaría a los requerimientos éticos, deontológicos y legales llevar a cabo esta

⁹ El médico Osheroff, sin mejoría después de varios meses de psicoterapia psicoanalítica por una depresión mayor asociada a un trastorno de personalidad narcisista, fue transferido a otro hospital, donde mejoró gracias a los antidepresivos. Demandó entonces al hospital por falta de información sobre las alternativas al tratamiento que había transitado, alegando que debió ser informado de la alternativa psicofarmacológica, lo que le hubiese ahorrado tiempo, sufrimiento y dinero



comunicación, en tanto viola la intimidad del paciente, no procura su permiso para indagar en su historia, y evita la instrumentación del CI

4. Finalmente, se procura investigar qué problemas o dilemas surgen en su implementación. Además de estos ítems, se realizará un análisis de los datos relativos a la correlación entre marco teórico de referencia, antigüedad en el ejercicio de la profesión, y ámbito de desempeño laboral para elucidar si estas variables llevan implícitos ciertos sesgos que pudieran determinar problemas o dilemas a la hora de implementar el CI

E. ¿Cuales considera que son los motivos que le dificultan o imposibilitan la implementación del CI?

- i. El tiempo requerido para implementarlo
- ii. La cantidad de información que hay que vertir en el CI
- iii. La calidad de información a dar
- iv. La capacidad del usuario para asimilar la información
- v. La asimetría del vínculo terapéutico
- vi. Todas las opciones anteriores
- vii. Otros motivos: (señale si son motivos que dificultan o imposibilitan la implementación del CI)

Para la validación de este instrumento, se aplicó a 15 profesionales, solicitándoles luego información respecto cada uno de los ítems abordados, para conocer si los objetivos perseguidos se encontraban plasmados en los ítems estímulos seleccionados.

Luego, se procedió a modificar algunos de los puntos, se replantearon los modos de redacción de otros, y finalmente se eliminaron aquellos que se consideraron innecesarios.

El instrumento se confeccionó en dos tipos de soporte: en papel impreso, y se creó una versión digital en un sitio web, de las mismas características (Ver en Anexo III)



VIII. Análisis descriptivo

A. Composición de la muestra

La muestra estuvo compuesta por 100 psicólogos (n= 100) que ejercen la práctica clínica psicológica en la ciudad de Mar del Plata. Las características de la misma son las siguientes:

Sexo	%
Femenino	81
Masculino	19

Edad	%
Hasta 30	19
de 31 a 40	47
de 41 a 50	14
de 51 a 60	16
61 años o mas	4

Años de Ejercicio Profesional	%
Hasta 5	39
de 6 a 10	14
de 11 a 20	35
21 o mas	12

Marco teorico referencial	%
Psicoanalítico	74
Sistémico	2
Neurobiologicista	1
Cognitivista	2
Integrativo	20
Otro	1

Insercion Laboral	%
Institucion asistencial	58
Poder Judicial	9
Docencia	22
Otros	2
Consultorio Part (únicamente)	9

(Gráficos 1, 2, 3, 4 y 5 en Anexo II)

B. Concepción del CI de los profesionales (objetivo “a”); y conocimiento de esta norma según regulaciones existentes (objetivo “b”)

- En el ítem “A” del Eje I (“*El Consentimiento informado es:*”) el 45% optó correctamente por la definición dada en el Código de Ética de Fe.P.R.A y la ley 26529 de Derechos del paciente (opción v). Del 55 % restante, el 40 %



(opciones ii, iii y iv) asumen una postura paternalista, en tanto es el profesional el que decide la tarea a realizar; mientras que el 14% (opción i) adhieren a una concepción no obligatoria en la obtención del CI, definiéndose este como una opción a que se le presenta al profesional. El 1% no adhiere a ninguna de las respuestas. (véanse gráficos 6 a y 6 b en Anexo II)

- Al ítem “B” (*“Instrumentar el CI implica:”*), el 44% señala la opción “v” que contempla todos los elementos del CI, congruentemente con la definición extraída de la Ley 26529 y Código de Ética de Fe.P.R.A. Del 56 % restante, el 26% (opción ii y iii) omiten informar sobre técnicas o abordajes alternativos, en el primer caso de forma implícita, y en el segundo de forma explícita; el 26 % (opciones i y iv) asumen al CI como el derecho a ser informado del paciente, sin reconocer la obligación del profesional de brindar información aun si no es requerida. El 4% no adhiere a ninguna de las respuestas anteriores. (Véanse gráficos 7 a y 7 b en Anexo II)
- Al ítem “C” (*“El CI debe ser implementado”*), el 59% (opción ii y iii) optan por la respuesta correcta, en tanto consideran que el CI es un proceso que asume modificaciones y replanteos continuos. Del 41% restante, el 17% lo consideran como un acto de un solo momento (al inicio de la relación, - opción i-), el 22 % responde que puede no ser requerido ni necesario en todo el proceso (congruente con la definición del CI como opcional que veíamos anteriormente), y el 2% no responde por ninguna de estas opciones. (Véanse gráficos 8 a y 8 b en Anexo II)
- Al ítem “D” (*“El objeto de implementar el CI es”*), el 35% señala la opción ii, que alude a la defensa de la autodeterminación y Autonomía de las



personas, el 14% da una respuesta pragmática, esto es, lograr la adherencia al tratamiento y disminuir las resistencias al mismo, el 8% incurre en un reduccionismo de la norma, al considerarla solo como instrumento para evitar demandas legales; y el 34% alude a la combinación de estas tres primeras opciones (principalista, pragmatista y evitar demandas). El 9% restante no muestra acuerdo con ninguna de las opciones anteriores. (Véase gráfico 9 en Anexo II)

- Al ítem “E” (“Sobre la constancia en la Historia Clínica del CI”), el 44% responde correctamente, aludiendo a que debe registrarse obligatoriamente en la Historia Clínica. Esto se encuentra regulado en la Ley 26.529 de Derechos del Paciente, en su art 16. El 30% considera que no es obligatoria su constancia, mientras que el 20% lo deja a criterio del profesional interviniente. El 6% solo considera que debe registrarse en los siguientes casos: en menores, discapacitados o personas que sufren patologías graves (5%); en personas que se encuentran en situaciones legales controversiales (1%). (Véase gráfico 10 a y b en Anexo II). Esto demuestra que el 56 % de los profesionales no registran el CI como lo requiere la legislación vigente.

Eje II:

- Al ítem “A” (“¿Considera que puede suscitarle demandas legales el hecho de no informar adecuadamente respecto las características y condiciones del proceso psicoterapéutico al paciente?”), el 38% responde afirmativamente, el 42% asume que es una probabilidad, y el 20% niega esta posibilidad. Estos datos son significativos, pues demuestran que solo el 38% tienen presente de las consecuencias legales que puede tener omitir o



tergiversar el proceso de CI, mientras que el 42 % lo considera solo una posibilidad, o ni siquiera considerada como tal.

- Al ítem “B” (*“¿Tiene conocimiento de la existencia de normativas o legislación que regule la obtención del Consentimiento Informado en la psicoterapia?”*), el 70% responde negativamente, mientras que el 30% restante afirmativamente. (Véase gráfico 12 a). Resulta llamativo que, de entre quienes respondieron afirmativamente, solo 17 profesionales lograron mencionar al menos una normativa (gráfico 12 b), mientras que 13 de ellos no pudo dar cuenta de ninguna. Las regulaciones más frecuentes en estos 17 profesionales fueron el Cód. de ética de Fe.P.R.A (15 menciones), la Ley 26657 de Salud mental (14), el código de ética de la Pcia. De Buenos Aires (10), y la Ley 26529 de Derechos del Paciente (5). Vale realizar dos menciones particulares. La primera de ellas sobre el reconocimiento de la nueva ley de salud mental. Esto puede deberse a la difusión que ha tenido este proyecto, el debate que se ha suscitado en el proceso de su sanción, y lo cercano que toca a los profesionales psicólogos por modificar las actividades reservadas al título profesional. Un segundo tema es la mención del Código de Ética de la Pcia. de Buenos Aires. Si bien este código de ética alude al CI en su texto, lo hace de forma más que escueta y acotado solo al ámbito investigativo, no al clínico profesional.
- Finalmente, se analiza el Eje III, compuesto por 18 afirmaciones (Punto “A”) sobre el CI. Estas son valoradas con una escala de Lickert de 1 a 5, de menor a mayor grado de acuerdo respectivamente, con un valor central neutro (3)



Afirmaciones	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De Acuerdo	Muy de acuerdo
1. Los psicólogos deben obtener consentimiento válido tanto de las personas que participan como sujetos voluntarios en proyectos de investigación como de aquellas con las que trabajan en su práctica profesional	10%	5%	8%	25%	52%
2. La información a brindar al paciente/consultante debe incluir la naturaleza, duración, objetivos, métodos, alternativas posibles y riesgos potenciales de su participación.	14%	10%	8%	25%	43%
3. El CI puede ser retirado por el paciente/consultante si considera que median razones para hacerlo.	23%	3%	19%	14%	41%
4. Ante el retiro del CI del paciente, debe dejarse constancia en la historia clínica	17%	5%	9%	7%	62%
5. La obligación y la responsabilidad de evaluar las condiciones en las cuales el sujeto da su consentimiento incumben al psicólogo responsable de la práctica de que se trate	15%	1%	12%	12%	59%
6. El consentimiento de las personas involucradas no exime a los psicólogos de evaluar la continuidad de la práctica que estén desarrollando, siendo su responsabilidad interrumpida si existen elementos que lo lleven a suponer que no se están obteniendo los efectos deseables o que la continuación podría implicar riesgos serios para las personas involucradas o terceros.	8%	3%	7%	13%	69%
7. Se requiere el consentimiento del paciente o en su defecto, el de sus representantes legales, y del profesional de la salud interviniente ante exposiciones con fines académicos, con carácter previo a la realización de dicha exposición	14%	2%	10%	12%	62%
8. El consentimiento Informado es una figura aplicable solo al ámbito médico, no al psicoterapéutico	60%	6%	11%	12%	11%
9. La constancia escrita del Consentimiento Informado en la historia clínica del paciente es obligatoria	14%	12%	28%	18%	28%
10. Los menores de edad no pueden dar su consentimiento, sino que debe realizarlo exclusivamente sus padres o representante legal	14%	12%	10%	16%	48%
11. En la etapa de admisión de un paciente, deben explicarse los abordajes terapéuticos alternativos	16%	10%	23%	33%	18%
12. Cada psicólogo debe decidir qué información brindar al paciente al inicio de la psicoterapia	12%	11%	19%	20%	38%
13. No es necesario obtener consentimiento del paciente para compartir información de su tratamiento con otros psicólogos o consultar por caso clínico	20%	6%	17%	29%	28%
14. En el caso de menores no es necesario pedir su consentimiento para intervenir, ya que basta con el de sus padres o representantes legales	31%	10%	20%	23%	16%
15. Cualquier información sobre el proceso brindada al paciente se da en el primer encuentro	36%	9%	27%	18%	10%
16. La información brindada al paciente en la primer entrevista incluye sucintamente las opciones psicoterapéuticas de otras orientaciones	28%	23%	31%	12%	6%
17. Las personas con trastornos mentales no pueden dar su consentimiento, sino que esto lo pueden realizar únicamente sus representantes legales	23%	11%	20%	19%	27%
18. No existe regulación legal en Argentina del Consentimiento Informado, que incluya la práctica clínica psicológica.	35%	2%	34%	10%	19%



El análisis de los datos que anteceden permiten afirmar que:

- I. **El CI en psicología y su marco legal:** (Af.1, Af.8 y Af.18) resulta clarificador iniciar el análisis con estos ítems, pues ambos aluden al reconocimiento que los profesionales tienen respecto la existencia de normativas relativas al CI y la inclusión de la psicoterapia en ellas. En principio, el 75% reconocen que el CI debe procurarse tanto para investigación como para la práctica profesional. El 8% no asume una posición al respecto, y el 15% no acuerdan con ello. En lo relativo a las regulaciones del CI (Af. 18), solo el 37% coinciden en que existen normas que incluyen la práctica clínica psicológica, mientras que el 34% no se expresa al respecto o desconoce la cuestión, y el 29% restante afirma que no existen regulaciones. A su vez, el análisis de la afirmación 8, señala que el 66% está en desacuerdo con que el CI corresponde solo al ámbito médico y no al psicoterapéutico, mientras que el 11% asume una posición neutral, y el 23% acuerda con que el CI es ajeno a la práctica psicológica. Este último índice, tanto como el 15% que no consideran que deba lograrse el CI en la práctica profesional tanto como en investigación, como el 29% que afirman que no existen regulaciones, indican el desconocimiento de un importante grupo de profesionales respecto las normativas y alcances del CI a su práctica profesional, y es asimismo llamativo el índice de profesionales que asumieron una posición neutral (11% - 34%, respectivamente) en tanto dan cuenta de la ignorancia de estos temas.
- II. **Qué informar y cuándo:** las afirmaciones 2, 11, 12, 15, 16 aluden al tipo de información que debe abordarse en el logro del CI y en qué



momentos. En la Af.2, el 68% acuerdan con los elementos que incluye el CI a ser informados, mientras el 8% se mantiene neutral, y el 24 % señala su desacuerdo. No obstante, al mencionar específicamente la obligación de informar sobre abordajes alternativos, disminuye la cantidad de profesionales de acuerdo. Esto puede apreciarse en la Af. 11, donde el 51% muestra su acuerdo de realizarlo, mientras que el 23% se mantiene neutral y el 26% no está de acuerdo en realizarlo, y se confirma con el 51% que no acuerda informar de las opciones psicoterapéuticas en las primeras entrevistas. Esta discrecionalidad en el manejo de los momentos y suministro de la información se confirma con la Af. 12, donde el 58% acuerda con que el profesional es quien decide qué informar al inicio del proceso psicoterapéutico, mientras que el 19% asume una postura neutral, y solo el 23% se encuentra en desacuerdo.

III. **A quien informar.** (Af. 10, Af.14, Af.17). En estas afirmaciones puede apreciarse a quien consideran los psicólogos pasibles de dar su consentimiento. Las afirmaciones 10 y 14 son sutilmente diferentes. Mientras la primera plantea la incapacidad de los menores para dar su consentimiento, la segunda alude que no es necesario. Sería esperable una respuesta congruente en ambas afirmaciones, pero mientras que en la Af.10 el 64% acuerdan en la imposibilidad de los menores a consentir, en la Af.14 se encuentra menos acuerdo en que no es necesario (41%). Esta diferencia puede deberse a que, por motivos pragmáticos, es deseable lograr el consentimiento de los menores para lograr una mayor adherencia a la intervención y disminuir las resistencias. Pero a su vez,



ambas concepciones son, al menos, sesgadas, pues las declaraciones y legislación en materia de infancia y adolescencia, aluden al derecho de los niños y adolescentes a ser consultados y –eventualmente- a consentir, de acuerdo a su edad y capacidad intelectual y emocional para realizarlo, dato que solo parece ser tenido en cuenta por el 26% en el primer caso, y por el 41% en el segundo. Finalmente, la Af. 17 alude a la imposibilidad de consentir de las personas que padecen algún trastorno mental. Es llamativo aquí que solo el 34% mostraron su desacuerdo con esto, y que el 20% adoptó una posición neutral y el 46% señale su acuerdo, en tanto las condiciones de una persona para dar su consentimiento deben ser evaluadas caso por caso, y la presencia de un trastorno mental no es, prima facie, un impedimento para ello.

IV. **Sobre los límites del CI:** las Af.3, Af.4., Af.9, aluden al derecho del usuario o paciente a retirar el CI y al derecho –y la consecuente obligación del profesional- de que dicha medida sea registrada en su historia clínica. En la Af.3, el 55% acuerdan en que el paciente tiene derecho a retirar su CI, mientras que el 19% asumen una postura neutral, y el 26% muestran un sesgo paternalista, al mostrar su desacuerdo con ello. Respecto el registro del retiro del CI, el 69% acuerdan que debe registrarse en la Historia Clínica, el 9% no se expresan al respecto, y el 22% no acuerdan, mientras que el 46% lo considera obligatorio. Este alto índice (69%) puede deberse a las implicaciones legales que pudiera tener la suspensión de un proceso psicoterapéutico por la sola iniciativa del paciente.



Por su parte, las Af.5 y Af.6 aluden a la obligación del profesional de establecer los límites del proceso psicoterapéutico en caso de considerarlo iatrogénico o que el consentimiento no se logra de constituir claramente. En ambos casos, los profesionales muestran un alto grado de acuerdo en que, finalmente, son responsables de las condiciones en que se obtiene y construye el proceso del CI (Af. 5 71%, Af. 6 69%). Vale mencionar que en este punto la primacía de la autonomía de las personas para consentir no sería predominante, sino que el profesional evalúa, en pos del bienestar de sus pacientes, la posibilidad de un agravamiento o perjuicio de continuar la actividad realizada.

- V. Sobre el derecho al resguardo de la información que hace a la intimidad del paciente o consultante (Af.7, Af.13). En estos tres puntos se alude a la necesidad de consentimiento para la exposición de información, ya sea con fines académicos (Af. 7) o con fines de supervisión (Af.13). En el primer caso, el 74% acuerda en que debe procurarse el CI para exponer casos clínicos, mientras que el compartir información con otros profesionales o por motivos de supervisión el grado de acuerdo disminuye a 57%. Esta discrepancia puede deberse a que entre profesionales, está implícito el resguardo del secreto profesional, lo que haría presumir que la circulación de información entre pares no presentaría ningún perjuicio a la intimidad del paciente. No obstante, las regulaciones vigentes, aluden a la necesidad del consentimiento del paciente-usuario para este tipo de actividades.



C. Instrumentación del CI en la práctica psicoterapéutica

La tercera parte procura conocer cómo es instrumentada en la práctica la norma del Consentimiento. Los ítems seleccionados para ello son:

El primer ítem indaga sobre si los profesionales informan su modelo teórico de referencia y sus características a los pacientes. Aquí el 100% de ellos respondieron afirmativamente. Esto puede haberse dado porque constituye un requisito práctico a la hora de introducir al paciente en la modalidad y dinámica del trabajo, definiéndose como parte del encuadre inicial desde cualquier abordaje.

El punto "D" indaga sobre si los psicólogos requieren el consentimiento en la etapa diagnóstica y eventualmente en la terapéutica. Aquí solo el 36% afirma requerirlo siempre, mientras que el 12% no lo hacen nunca, y el 52% solo ocasionalmente.

Análisis de los dilemas:

A continuación se presenta una tabla con los datos recabados:



Dilema	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de ac ni en desac	De Acuerdo	Muy de acuerdo
1. Un paciente se presenta aludiendo que se encuentra en una etapa crítica de su adicción a drogas, con serias dificultades vinculares con su familia y allegados, y una inusitada agresividad. El psicólogo considera necesaria una internación como medida de protección, para lo que recurre a su familia informándole de ello, e indicándoles la necesidad de la intervención, sin dialogar previamente con el paciente sobre esta prescripción	50,00%	17,00%	9,00%	12,00%	12,00%
2. Un paciente muestra, en el transcurso de las primeras entrevistas, serias dificultades de modulación del habla, por lo que el psicólogo decide grabar las sesiones con el fin de oírlas luego, a fin de clarificar lo dicho por el paciente, sin informar de esto al paciente.	77,00%	5,00%	8,00%	4,00%	6,00%
3. Un psiquiatra se comunica telefónicamente con el psicólogo para consultarlo por un paciente en común, pero este no está al tanto de la comunicación. No obstante, intercambian información sobre el paciente en cuestión	25,00%	21,00%	19,00%	15,00%	20,00%
4. Un psicólogo admite un paciente con un cuadro de depresión grave, que lo ha imposibilitado desde 8 meses atrás aprox a salir de su casa, debiendo este pedir licencia en su trabajo. El profesional considera que con recursos propios de la psicología es factible remitir el cuadro, por lo que evita informarle sobre tratamientos alternativos como el psicofarmacológico	55,00%	15,00%	8,00%	10,00%	12,00%
5. Un paciente le comunica, luego de realizadas las entrevistas de admisión, que ha abandonado recientemente varios intentos de realizar psicoterapia con dos colegas suyos, siendo uno de ellos afin a usted por otras actividades profesionales. Ud. Se comunica con él con precurando establecer los datos diagnósticos a los que éste arribó para sumarlos a los logrados por ud en las entrevistas de admisión, evitando dar a conocer de esta comunicación a su paciente en tanto considera que puede esto evitar una nueva deserción.	55,00%	6,00%	11,00%	16,00%	12,00%



Los resultados aquí expresados permiten dar cuenta de que la mayoría de los profesionales consultados, reconocen la importancia de instrumentar el CI en la práctica.

No obstante, resulta llamativo que un importante porcentaje de ellos, han mostrado una postura paternalista, como puede apreciarse en las respuestas de los ítems 1 (12% de acuerdo, 12% muy de acuerdo), 3 (15% de acuerdo, 20% muy de acuerdo) y 5 (16% de acuerdo, 12% muy de acuerdo).

Respecto al ítem 2, donde se omite el consentimiento del paciente para grabar las sesiones, hay un acuerdo mayoritario en que debe evitarse esta situación (77% muy en desacuerdo, 5% en desacuerdo) mientras que solo una minoría muestra su acuerdo en realizar esto (4% de acuerdo, 6% muy de acuerdo).

Finalmente, el ítem 4, que propone una situación en la que el paciente ve violado su derecho a ser informado de técnicas o abordajes alternativos, mientras que un gran número de los encuestados muestran su desacuerdo (55% muy en desacuerdo, 6% en desacuerdo) con esta situación, es notorio que una importante fracción (16% de acuerdo, 12% muy de acuerdo) avalan esta omisión, y el 11% no logra asumir una posición al respecto.



D. Factores que dificultan o causan dilemas en la implementación del CI

Aquí se procura elucidar qué problemas o dilemas surgen en la implementación del CI. Además de las variables consideradas más abajo (tiempo, cantidad y calidad de información, capacidad del usuario para consentir, la asimetría del vínculo terapéutico), se realizará un análisis de los datos relativos a la correlación entre marco teórico de referencia, antigüedad en el ejercicio de la profesión, y ámbito de desempeño laboral para conocer si estas variables llevan implícitos ciertos sesgos que pudieran determinar problemas o dilemas a la hora de implementar el CI

Nivel de dificultad	Bajo	Medio bajo	Medio	Medio Alto	Alto
El tiempo requerido para implementarlo	56	14	17	3	10
La cantidad de información que hay que verter en el CI	39	16	27	5	13
La calidad de la información a dar	29	26	28	5	12
La capacidad del usuario para asimilar la información	22	15	29	17	17
La asimetría del vínculo terapéutico	46	11	16	6	21

(véase gráfico en Anexo II)

- En relación al tiempo requerido para implementar el CI, la mayoría ha señalado que representa un grado bajo de dificultad (56% bajo, 14 % medio bajo), mientras que solo 17 aludieron a un nivel medio de dificultad, y el 3% y 10% un grado medio alto y alto respectivamente. Esto es congruente con la concepción del CI como un proceso que se lleva a cabo durante todo el proceso psicoterapéutico.



- En relación a la cantidad y calidad de información, también nos encontramos con símiles consideraciones que lo referido al tiempo, en tanto el 55% estima en bajo o medio bajo el nivel de dificultad en ambos, el 27% lo considera medio respecto la cantidad y 28% la calidad, y el 5% y 13% restante lo consideran medio alto y alto respectivamente.
- La capacidad del usuario para asimilar la información parece ser un factor que representa mayores dificultades para implementar el CI: mientras que un 22% considera que es bajo el nivel de dificultad, y el 15% medio bajo, el 29% lo considera de un nivel medio, y el 34% lo considera medio alto y alto (17% cada uno).
- Finalmente, la asimetría del vínculo terapéutico es considerada en el 46% como una dificultad baja, el 11% medio bajo, el 16% medio; el 6% medio alto, y el 21% alto. Quizás esta connotación tenga relación con el planteo que realizado desde algunos exponentes del psicoanálisis, donde el paciente, desde su lugar demandante, es influenciado por el psicólogo, en tanto se ponen en juego el despliegue de la transferencia, que desnaturaliza el vínculo entre ambos.

Otros factores que dificultarían la implementación del CI, podrían encontrarse implícitos en tres variables de la población estudiada, a saber:

- a) Marco teórico de referencia
- b) Antigüedad en el ejercicio de la profesión
- c) Ámbito de desempeño profesional

La primera de ellas (Marco teórico de referencia) fue seleccionada en tanto expertos de diversas áreas como lo son el Dr. Orlando Calo (2003, pp 61-67) desde el campo psicoanalítico, y Keegan y Rutzstein (2003, pp.55-60)



desde un marco cognitivista, concuerdan en que las diversas orientaciones psicoclínicas difieren en la adopción del CI. Mientras las orientaciones psicodinámicas se resisten a considerar a la autonomía del sujeto desde el inicio de la relación terapéutica (ésta sería un objetivo a lograr), desde el cognitivismo se considera al sujeto capacitado para asumir un rol activo en el proceso de toma de decisiones desde el inicio.

La segunda variable, “Antigüedad en el ejercicio de la profesión”, fue seleccionada por lo que hemos mencionado anteriormente (punto III. “La Psicología como Ciencia y Profesión”), donde aludíamos a la formación de los psicólogos en un ámbito predominantemente médico, supeditado a éstos en su desempeño (ora como colaborador, ora como asistente), avalado estos por regulaciones que lo colocaban en un jerárquico inferior a la saber médico. A su vez, el cambio paradigmático desde la Beneficencia hacia la Autonomía se ha concretado en las regulaciones de los últimos años en nuestro país, por lo que podría hipotetizarse que los psicólogos de mayor antigüedad en la profesión, replicaran un modelo de vinculo mas beneficentista que quienes se formaron y comenzaron a ejercer la profesión coetáneamente con las modificaciones introducidas en la relación profesional de la salud-usuario o paciente

La tercera variable tomada en cuenta fue el “Ámbito de desempeño profesional”, dado que sería esperable que los profesionales que se desempeñen en instituciones asistenciales o en el poder judicial, tuviesen mayor conocimiento y elaboración con respecto a la doctrina del CI. Esto podría darse en el primero de los ámbitos, porque existen generalmente instancias de control que fiscalizan el cumplimiento de requisitos mínimos en la atención de la salud, como pueden ser auditorias estatales, de obras sociales,



etc., y también porque muchas instituciones han optado por exigir seguros contra demandas de mala praxis, lo que genera una mayor circulación de información sobre las causales de las mismas. En los profesionales del ámbito judicial, la situación es similar, pues deben rendir cuentas de sus actos a distintas instancias, pudiéndose suponer que el marco regulatorio legal del ejercicio de su profesión estaría más presente en ellos.

Estas tres variables fueron analizadas mediante el índice de correlación “r de Pearson”. Los resultados fueron los siguientes:

Tabla de correlaciones	Marco teórico	Años de Ejercicio	Ámbito Laboral
Definición de CI	0,33	0,27	0,33
Implementar el CI Implica	0,24	-0,07	0,24
Debe ser implementado	-0,07	-0,20	-0,07
Por que se instrumenta	-0,03	-0,01	-0,03
Debe constar en la HC?	-0,13	0,01	-0,13
¿Considera que puede ser demandado legalmente?	-0,27	0,07	-0,27
Conoce legislación	0,08	0,20	0,08
Afirm 1	0,10	0,11	0,10
Afirm 2	0,18	0,14	0,18
Afirm 3	0,12	0,02	0,12
Afirm 4	0,17	0,07	0,17
Afirm 5	0,15	-0,10	0,15
Afirm 6	0,12	0,10	0,12
Afirm 7	0,04	0,11	0,04
Afirm 8	-0,21	-0,14	-0,21
Afirm 9	0,02	-0,07	0,02
Afirm 10	0,18	0,13	0,18
Afirm 11	0,10	0,00	0,10
Afirm 12	-0,17	0,16	-0,17
Afirm 13	-0,19	0,15	-0,19
Afirm 14	0,12	0,14	0,12
Afirm 15	0,18	0,09	0,18
Afirm 16	0,25	-0,10	0,25
Afirm 17	0,01	0,19	0,01
Afirm 18	-0,04	0,17	-0,04
Dilema 1	0,14	0,32	0,14
Dilema 2	0,02	-0,14	0,02
Dilema 3	-0,15	0,03	-0,15
Dilema 4	-0,11	0,00	-0,11
Dilema 5	-0,03	-0,16	-0,03



Exceptuando la definición del CI, en la que las tres variables han mostrado una correlación levemente significativa (0.33; 0.27 y 0.33 respectivamente, el resto de los ítems no ha señalado un vínculo significativo.

- Con respecto al Marco teórico referencial, un sesgo de la muestra puede deberse a la distribución (74% son de orientación psicodinámica, 20% de modelos integrativos y el 6% restante de otras orientaciones), dado que la polarización señalada, podría ser un factor decisivo para este resultado negativo.
- En relación a la antigüedad de desempeño profesional, tampoco se puede apreciar una correlación significativa con ninguno de los ítems, por lo que esta variable parecería no tener incidencia en el conocimiento e implementación del CI.
- Finalmente, el ámbito de desempeño profesional, tampoco señala una vinculación significativa con el CI.

E. Síntesis de resultados obtenidos

En función de los datos examinados anteriormente, podemos concluir que:

a) Anteriormente se ha señalado el desconocimiento del marco normativo de la práctica clínica psicológica en relación a la normativa relativa al Consentimiento Informado. Es notorio que los psicólogos desconocen en su gran mayoría aquellas regulaciones que enmarcan su profesión, incluyendo el propio código de Ética de Fe.P.R.A, o legislaciones más recientes que, a pesar de ello, han cobrado enorme significación para el colectivo profesional, en tanto



–en relación a la nueva ley de Salud Mental- modifica sus incumbencias y eleva al psicólogo al nivel del otrora hegemónico rol del médico o psiquiatra en los equipos interdisciplinarios de salud mental (solo el 30% de los profesionales afirman conocer alguna regulación, pero solo el 17% puede mencionar al menos una de ellas). Coincide esto con lo evaluado en las afirmaciones 1, 8 y 18, donde se expresa que el 15% de los profesionales consideran que el CI no es aplicable al ámbito investigativo y profesional, y que el 29% afirma que no existen regulaciones sobre el CI. A su vez, este desconocimiento normativo encuentra correlación con la caracterización que realizan del CI y sus elementos. Mientras que solo el 45% de los psicólogos señalan la definición correcta del CI, el 55% restante adopta en su mayoría una postura paternalista en su concepción, al concebir que la información a brindar puede ser dispuesta de manera discrecional y selectiva por el profesional, no reconociéndose en ese mismo movimiento el derecho del paciente a la misma. Esto lo evidencia el hecho de que el 39% de los profesionales consideran o bien que el CI se implementa de una vez y para siempre al inicio de la relación (17%), o que puede no ser necesario ni requerido durante todo el proceso (22%). Particularmente dilemático es el hecho de informar sobre alternativas terapéuticas (véase “*Discusión actual*”).

También tienen correlatos estos datos con las respuestas encontradas al indagar en relación a los fundamentos del CI. Mientras que el 35% reconoce sus fundamentos en el respeto por la autonomía de las personas, y el 14% encuentra motivos prácticos (como son el reducir las resistencias y lograr mayor adherencia al tratamiento), el 9% considera que se erige en función de evitar demandas legales, y finalmente el 34% alude a todos



los motivos anteriores (el 9% no opta por ninguna de ellas). Es notorio el reduccionismo legal que se realiza de la norma, perdiéndose el espíritu que la sostiene. A su vez, y en relación a esto, al preguntar por la probabilidad de demandas legales por incumplimiento del CI, solo el 38% afirma esto, mientras que el 42% la asume como una probabilidad, y el 20% niega que exista ese riesgo. También ello señala el desconocimiento normativo antes mencionado.

El tinte paternalista de un fracción significativa de la población estudiada, y el desconocimiento de las normas vigentes, se reitera también en relación a quién debe ser informado, esto es, quien debe consentir en casos de menores o personas con trastornos mentales. La legislación actual (aquellas mencionadas en el marco de este trabajo, e incluso la Ley 26061 de Promoción y Protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes) han evitado el sesgo de otras normativas, donde la capacidad o competencia de una persona era concebida casi de forma binaria (presencia-ausencia) para sustituirla por una visión más ajustada a los diferentes casos que pudieran presentarse, reconociendo que muchos casos, las personas pueden participar de los procesos decisorios sobre ellos mismos, aun de forma parcial o restringida. El 61% de los consultados aluden a la imposibilidad de los menores de consentir, mientras que el 41% consideran que no es necesario lograr su aquiescencia. Esta respuesta podría estar sesgada por la consideración de la tradición legal en proceso de cambio en la actualidad, la que dista polarmente de las nuevas regulaciones sobre el tema. Asimismo, es notorio también que el 34% de los profesionales afirman que las personas que sufren un trastorno mental no pueden consentir, siendo que la mayoría de los trastornos mentales (según su tipo y gravedad) no limitan o anulan la capacidad y competencia para



realizarlo. Aquí también se evidencia el desconocimiento de la Ley 26657 de Salud Mental, donde se aboga por respetar la autonomía de las personas.

b) Sobre la implementación del CI en la práctica clínica. Los resultados demuestran que todos los profesionales informan sobre las características de su modelo de abordaje, así como de las implicaciones prácticas del mismo. Como se ha mencionado, esto puede deberse a que estas cuestiones hacen al encuadre de trabajo que se pauta al inicio de cualquier relación profesional. En relación a la instrumentación del CI en la etapa diagnóstica y eventualmente en la terapéutica, la mayoría coincide en realizarlo eventualmente (52%), mientras que el 36 % afirma realizarlo siempre, y el 12% nunca. En relación a los dilemas planteados, mientras que la mayoría de los psicólogos responde desde el reconocimiento a la autonomía de los pacientes, un significativo grupo ha asumido una postura paternalista. En el dilema 1 (relativo a la internación compulsiva de una persona) el 24% demostró su acuerdo con realizar la internación sin consultar al paciente; en el dilema 3 (relativo al comunicado con el psiquiatra sin consentimiento del paciente), el 35% estuvo de acuerdo con esta comunicación; y en el dilema 5 (relativo a la comunicación con el psicólogo anterior de un nuevo paciente admitido), el 28% estuvo de acuerdo con ello. En los tres casos, es significativo que los profesionales asumieran una postura beneficentista, en lugar de reconocer el derecho de los pacientes sobre sí mismos. En el dilema 4, que refiere a la evitación del profesional de informar sobre abordajes alternativos a un paciente con un cuadro de depresión grave, es significativo que el 28% de los psicólogos hayan omitido esa información, en tanto disponer de dicha



información puede ser valioso para el paciente en cuestión para ponderar racionalmente las opciones, e incluso menguar el sufrimiento que lo aqueja, sin perjuicio ello de que siga el proceso psicoterapéutico o no.

c) Con relación a los factores que dificultan o pueden generar dilemas en la implementación del CI, se desprende de los resultados que el tiempo que exige instrumentar el CI, la cantidad de información y la calidad de información, no se presentan como dificultades mayores para el logro de estos objetivos. Las dificultades señaladas parecen centrarse en dos cuestiones, tales como la capacidad del usuario para asimilar la información (el 34% considera este un factor alto-medio alto) y la asimetría del vínculo terapéutico. Como se ha mencionado entonces, esta dificultad podría asociarse, en algunos casos, a la lectura de la cuestión realizada desde un marco teórico psicoanalítico, en tanto algunos autores sostienen que el proceso transferencial que se despliega en el vínculo psicólogo-paciente, desnaturaliza los aspectos más racionales de la personalidad del segundo, a la vez que su posición demandante lo restringe en la capacidad para optar racionalmente.

Con relación a las correlaciones indagadas entre Marco teórico de referencia, Antigüedad en el ejercicio de la profesión, y Ámbito de desempeño profesional, con las respuestas a las distintas cuestiones planteadas en el instrumento, no se han encontrado correlaciones significativas. Es probable que la distribución polarizada de la muestra en relación al Marco teórico de referencia (74% psicoanalistas, 20% integrativos, 6% otros) no represente suficientemente las diferencias sustanciales entre ellas, si las hubiera.



Por otra parte, tampoco fue un dato significativo para este análisis la antigüedad en el ejercicio de la profesión, aunque, en este caso, la distribución de la muestra fue más equitativa.

Finalmente, el ámbito de desempeño tampoco demostró relación con las demás variables. Cabe aquí la observación anterior, en relación a la polarización de los datos en el ámbito Asistencial (64%), docencia (24%), Poder judicial (10%).

IX. Conclusiones y propuestas

A. Algunos comentarios previos

Con el fin de lograr las respuestas a los cuestionarios sobre CI, estos fueron distribuidos en diversos consultorios de atención psicológica de la ciudad, como así también en el Colegio de Psicólogos y en la Facultad de Psicología.

No resulta un dato insignificante, que –debido a las negativas de responderlo con distintos argumentos, o directamente por la falta de respuestas pasado un tiempo más que prudencial- se imprimieron y distribuyeron alrededor de 400 cuestionarios, y se enviaron por correo electrónico cerca de 120, con el fin de alcanzar la muestra de 100 psicólogos.

En diversas ocasiones, los profesionales aludían la “falta de tiempo” para completarlo, mientras que en otros casos, muchos de ellos desconocían el tema, por lo que consideraban que no tenían nada para aportar. A su vez,



algunos de ellos expresaron que, por su orientación psicoterapéutica psicoanalítica, no era factible implementar el CI, y que tampoco podían responder el cuestionario.

B. Conclusiones

La inclusión del CI en la relación del psicólogo con los usuarios de sus servicios, introduce la necesidad de un amplio debate en torno a su implementación y cumplimiento.

Si el espíritu de la norma alude al respeto de los DDHH, el respeto por la dignidad de las personas, su autodeterminación y autonomía, es esperable que el colectivo profesional asuma el reto y la responsabilidad de sumir sus diferencias de abordajes teóricos, técnicos y conceptuales a dichos principios, que por otra ha hecho propios en documentos como el Código de Ética de la Fe.P.R.A y diversas leyes y códigos de ética provinciales.

Se logra apreciar aquí que la transición de un marco tradicionalmente beneficentista en la práctica clínica, hacia la inclusión de la palabra plena, autorizada y autónoma de los usuarios de servicios psicológicos, es aún dificultosa, sostenido esto a su vez, por el confinamiento a una posición de menor jerarquía de los debates ético-deontológicos y normativos en relación a los debates teóricos, técnicos y praxiológicos. Esto conduce a que muchos profesionales actúen de una forma paternalista, en la que los usuarios no son reconocidos como sujetos de derechos.



Es palpable que muchas de las discusiones respecto el consentimiento informado y la noción de autonomía, se debe a un debate más amplio, que refiere a la escolástica predominante en el campo de la psicología.

Esta cuestión genera la coexistencia de posturas diversas en función de lineamientos teórico-prácticos de los heterogéneos abordajes psicoterapéuticos, con la consecuente divergencia en aquellos aspectos que hacen al CI, tales como qué informar, cuándo, la capacidad y competencia del paciente, y la existencia -o no- de autonomía de los mismos para consentir.

En nuestro país, la Psicología ha tenido un enorme desarrollo desde sus inicios hasta la actualidad, acompañado ello por el reconocimiento a través de la sanción de diversas leyes, de su consideración de profesión de interés público (a través de su inclusión en el art.43 de la Ley de educación superior), y por el apoyo de la sociedad toda, lo que exige a los psicólogos la responsabilidad de estar a la altura de las circunstancias, asumiendo una posición crítica con el propio hacer, lo que redundará en desempeñar un rol profesional que se aboque al cumplimiento de los objetivos de la Psicología, a la vez que desterrarán las malas prácticas donde el saber-poder se instrumenta en pos del dominio del otro, para dar lugar al cumplimiento de nuestra tarea de una manera eficaz, más eficiente, y acorde a la concepción de una sociedad democrática y más justa.

Para finalizar, citamos una idea de Adela Cortina que se ha hecho presente en el desarrollo de este trabajo:

“al decidir las normas que en su sociedad van a regular la convivencia, tenga en cuenta los intereses de todos los afectados en



pie de igualdad, y no se conforme con los pactos fácticos, que están previamente manipulados, y en los que no gozan todos del mismo nivel material y cultural ni de la misma información; porque —por decirlo con John Rawls— usted está convencido de la igualdad humana cuando habla en serio sobre la justicia; o cuando ejecuta actos de habla con sentido, por decirlo con la ética discursiva; haga, pues, del respeto a la igualdad una forma de discurso normativo y de vida” (Ética Mínima, p.150)

C. Propuestas y críticas

Las propuestas que surgen a partir del presente trabajo son atinentes a la creación de espacios de difusión, diálogo y debate sobre la doctrina del Consentimiento Informado en la práctica clínica psicológica.

Estas actividades pueden ser llevadas adelante por los colegios profesionales, entidades que nuclean a psicólogos y principalmente en las Facultades de Psicología.

No obstante, y en lo que a formación respecta, lo deseable sería una mayor presencia de los temas atinentes a ética y deontología, en general, en dicho ámbito, en tanto las carreras de psicología vigentes sólo proponen conocimientos específicos de ética y deontología en un segmento acotado de la formación pre-profesional, mientras que los desarrollos teóricos y prácticos se distribuyen transversalmente durante todo el ciclo.



Como críticas a esta investigación, vale mencionar la extensión del instrumento de recolección de datos. Es probable que el mismo se hubiese visto reducido en cantidad de ítems, de haberse realizado una aproximación cualitativa a los profesionales (mediante entrevistas por ejemplo), antes de comenzar la investigación cualitativa. Esto puede erigirse como uno de los factores que sostuvieron la resistencia de muchos profesionales a responderlo.



X. Anexos

A. Anexo I: Instrumento

(b) Versión impresa

CUESTIONARIO SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA PRACTICA CLINICA PSICOLOGICA			
<i>Exclusivamente para uso de investigación. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata</i>			
Este cuestionario forma parte de la investigación de pre-grado del estudiante de Psicología Claudio A. Salandro, perteneciente a la Universidad Nacional de Mar del Plata. Requerimos de su colaboración a fin de realizar un estudio empírico acerca del Consentimiento Informado en la Práctica Clínica. Los datos serán recogidos en forma anónima. No se utilizarán ni revelarán datos que pudieran violar la intimidad de los consultados. Complete el cuestionario si Ud. esta de acuerdo con estas condiciones. Ante cualquier consulta o duda, puede realizarla antes, durante o luego de completar este formulario al encuestador. Desde ya agradecemos su colaboración.			
1. Por favor complete los siguientes datos			
A. Femenino	<input type="checkbox"/>	D. Inserción Laboral	<input type="checkbox"/>
Masculino	<input type="checkbox"/>	Institucion asistencial	<input type="checkbox"/>
		Poder Judicial	<input type="checkbox"/>
B. Hasta 30 años	<input type="checkbox"/>	Consultorio Particular	<input type="checkbox"/>
31 a 40 años	<input type="checkbox"/>	Docencia	<input type="checkbox"/>
41 a 50 años	<input type="checkbox"/>	Otros (Especifique)	<input type="checkbox"/>
51 a 60 años	<input type="checkbox"/>	
61 años o más	<input type="checkbox"/>	E. Marco teórico referencial	
C. Años de ejercicio profesional		Psicoanalítico	<input type="checkbox"/>
Hasta 5 años	<input type="checkbox"/>	Sistémico	<input type="checkbox"/>
6 a 10 años	<input type="checkbox"/>	Gestáltico	<input type="checkbox"/>
11 a 20 años	<input type="checkbox"/>	Conductualista	<input type="checkbox"/>
21 años o más	<input type="checkbox"/>	Neurobiologicista	<input type="checkbox"/>
		Cognitivista	<input type="checkbox"/>
		Integrativo	<input type="checkbox"/>
		Otro (especificar)	<input type="checkbox"/>
		(especificar la orientación si lo considera necesario)	
2. Señale la opción que considere correcta			
Eje I			
A. El Consentimiento Informado es:			
i. La opción que tiene el profesional de informar al usuario sobre las vicisitudes del tratamiento con el fin de que este pueda ponderar las opciones en cuestión y decidir libremente	<input type="checkbox"/>		
ii. Es la declaración de voluntad del usuario para la intervencion profesional, luego de despejadas todas las dudas, despues de que el profesional le informa sobre la tarea que ha decidido realizar por considerarla la más benéfica para el cuadro que presenta el usuario.	<input type="checkbox"/>		
iii. La obligación que tiene el profesional de informar al usuario sobre las vicisitudes del tratamiento propuesto con el fin de que este pueda ponderar las opciones en cuestión y decidir libremente	<input type="checkbox"/>		
iv. Es la posibilidad que tiene el profesional de dar información al usuario sobre aquellos aspectos del proceso psicoterapéutico que considere necesario	<input type="checkbox"/>		
v. Es la declaración de voluntad del paciente dada luego de recibir información clara, precisa y adecuada con respecto a su estado de salud; el procedimiento propuesto, los objetivos perseguidos; los beneficios, riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; los procedimientos alternativos, sus riesgos, beneficios y perjuicios; las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos	<input type="checkbox"/>		
vi. Ninguna de las opciones anteriores	<input type="checkbox"/>		
B. Instrumentar el CI implica:			
i. Brindar aquella información que solicita el usuario espontáneamente	<input type="checkbox"/>		
ii. Brindar información sobre técnica a utilizar, encuadre de trabajo (honorarios, frecuencia, horario), diagnóstico, pronóstico, efectos –positivos o negativos –previsibles,	<input type="checkbox"/>		
iii. Brindar información del encuadre y diagnóstico-pronóstico, pero no de técnicas alternativas	<input type="checkbox"/>		
iv. Responder puntualmente a las inquietudes del usuario relativas a la intervencion, ya sea diagnóstica, pronóstica o sobre la terapéutica	<input type="checkbox"/>		
v. Brindar información sobre objetivos, frecuencia, duración de la entrevistas, honorarios, alternativas terapéuticas, modalidad de intervencion, riesgos de la participación, posibilidad de ampliación de información por parte del terapeuta	<input type="checkbox"/>		
vi. Ninguna de las opciones anteriores	<input type="checkbox"/>		



C. El CI debe ser implementado:

- i. Al inicio de la relación psicoterapéutica únicamente y siendo válido para todo el proceso
- ii. Al inicio de la relación psicoterapéutica pero debe ser "ajustado" en su transcurso si fuese necesario
- iii. En el transcurso de toda la relación psicoterapéutica
- iv. Puede no ser necesario ni requerido en todo el proceso
- v. Ninguna de las opciones anteriores

D. El objeto del implementar el CI es:

- i. Se instrumenta con fines prácticos como lograr la adherencia del usuario al tratamiento y reducir las resistencias al mismo
- ii. Se instrumenta por erigirse en defensa a la Autodeterminación (Principio de Autonomía) de las Personas
- iii. Se instrumenta para evitar demandas legales por parte de los usuarios
- iv. Se instrumenta por todos los motivos anteriores
- iv. Ninguna de las opciones anteriores

E. El CI:

- i. Debe constar obligatoriamente en la historia clínica del usuario
- ii. No es obligatorio que conste en la historia clínica del usuario
- iii. Debe constar en la historia clínica cuando el profesional lo considere pertinente

iv. Solo debe constar en la historia clínica de usuarios con las siguientes características:

Eje II

A. ¿Considera que puede suscitarle demandas legales el hecho de no informar adecuadamente respecto las características y condiciones del proceso psicoterapéutico al paciente?

- i. Si
- ii. Quizas
- iii. No

B. ¿Tiene conocimiento de la existencia de normativas o legislación que regule la obtención del Consentimiento Informado en la psicoterapia?

- i. Si
- ii. No

SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, MENCIONELAS A CONTINUACION:

C. ¿Informa Ud. sobre las características de su modelo teórico de referencia –y sobre las características prácticas de éste- al paciente?

- i. Siempre
- ii. Solo ante la demanda
- iii. Nunca

D. ¿Requiere Ud. el consentimiento del paciente/consultante en la etapa diagnóstica, y luego nuevamente en la etapa terapéutica del tratamiento?

- i. Siempre
- ii. Ocasionalmente
- iii. Nunca



E. ¿Cuales considera que son los motivos que le dificultan o imposibilitan la implementación del CI?

PUNTUE DE 1 A 5 TENIENDO EN CUENTA QUE 1 ES EL MENOR GRADO DE DIFICULTAD Y 5 EL MAYOR GRADO.

- i. El tiempo requerido para implementarlo
- ii. La cantidad de información que hay que vertir en el CI
- iii. La calidad de información a dar
- iv. La capacidad del usuario para asimilar la información
- v. La asimetría del vínculo terapéutico
- vi. Todas las opciones anteriores

GRADO DE DIFICULTAD

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

viii. Otros motivos: (señale si son motivos que dificultan o imposibilitan la implementación del CI)

EJE III

A) A continuación se presentarán afirmaciones referidas al Consentimiento Informado. Por favor indique su opinión al respecto, considerando en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con lo expresado. Para contestar rodee con un círculo el número de la escala (1, 2, 3, 4, 5) que mejor refleje su opinión teniendo en cuenta lo siguiente:

Completamente en desacuerdo.....1
 Parcialmente en desacuerdo.....2
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo.....3
 Parcialmente de acuerdo.....4
 Completamente de acuerdo.....5

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. Los psicólogos deben obtener consentimiento válido tanto de las personas que participan como sujetos voluntarios en proyectos de investigación como de aquellas con las que trabajan en su práctica profesional | 1 2 3 4 5 |
| 2. La información a brindar al paciente/consultante debe incluir la naturaleza, duración, objetivos, métodos, alternativas posibles y riesgos potenciales de su participación. | 1 2 3 4 5 |
| 3. El CI puede ser retirado por el paciente/consultante si considera que median razones para hacerlo. | 1 2 3 4 5 |
| 4. Ante el retiro del CI del paciente, debe dejarse constancia en la historia clínica | 1 2 3 4 5 |
| 5. La obligación y la responsabilidad de evaluar las condiciones en las cuales el sujeto da su consentimiento incumben al psicólogo responsable de la práctica de que se trate | 1 2 3 4 5 |
| 6. El consentimiento de las personas involucradas no exime a los psicólogos de evaluar la continuidad de la práctica que estén desarrollando, siendo su responsabilidad interrumpida si existen elementos que lo lleven a suponer que no se están obteniendo los efectos deseables o que la continuación podría implicar riesgos serios para las personas involucradas o terceros. | 1 2 3 4 5 |
| 7. Se requiere el consentimiento del paciente o en su defecto, el de sus representantes legales, y del profesional de la salud interviniente ante exposiciones con fines académicos, con carácter previo a la realización de dicha exposición | 1 2 3 4 5 |
| 8. El consentimiento informado es una figura aplicable solo al ámbito médico, no al psicoterapéutico | 1 2 3 4 5 |
| 9. La constancia escrita del Consentimiento Informado en la historia clínica del paciente es obligatoria | 1 2 3 4 5 |
| 10. Los menores de edad no pueden dar su consentimiento, sino que debe realizarlo exclusivamente sus padres o representante legal | 1 2 3 4 5 |



11. En la etapa de admisión de un paciente, deben explicarse los abordajes terapéuticos alternativos 1 2 3 4 5
-
12. Cada psicólogo debe decidir qué información brindar al paciente al inicio de la psicoterapia 1 2 3 4 5
-
13. No es necesario obtener consentimiento del paciente para compartir información de su tratamiento con otros psicólogos o consultar por caso clínico 1 2 3 4 5
-
14. En el caso de menores no es necesario pedir su consentimiento para intervenir, ya que basta con el de sus padres o representantes legales 1 2 3 4 5
-
15. Cualquier información sobre el proceso brindada al paciente se da en el primer encuentro 1 2 3 4 5
-
16. La información brindada al paciente en la primer entrevista incluye sucintamente las opciones psicoterapéuticas de otras orientaciones 1 2 3 4 5
-
17. Las personas con trastornos mentales no pueden dar su consentimiento, sino que esto lo pueden realizar únicamente sus representantes legales 1 2 3 4 5
-
18. No existe regulación legal en Argentina del Consentimiento Informado, que incluya la práctica clínica psicológica. 1 2 3 4 5

B) Lea las siguientes situaciones dilemáticas referidas a la práctica profesional y su resolución. Por favor, indique su opinión al respecto considerando en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con la actuación profesional. Para contestar rodee con un círculo el número de la escala (1, 2, 3, 4, 5) que mejor refleje su opinión teniendo en cuenta lo siguiente:

Completamente en desacuerdo.....1
Parcialmente en desacuerdo.....2
Indiferente.....3
Parcialmente de acuerdo.....4
Completamente de acuerdo.....5

1. Un paciente se presenta aludiendo que se encuentra en una etapa crítica de su adicción a drogas, con serias dificultades vinculares con su familia y allegados, y una inusitada agresividad. El psicólogo considera necesaria una internación como medida de protección, para lo que recurre a su familia informándole de ello, e indicándole la necesidad de la intervención, sin dialogar previamente con el paciente sobre esta prescripción 1 2 3 4 5
-
2. Un paciente muestra, en el transcurso de las primeras entrevistas, serias dificultades de modulación del habla, por lo que el psicólogo decide grabar las sesiones con el fin de oír las luego, a fin de clarificar lo dicho por el paciente, sin informar de esto al paciente. 1 2 3 4 5
-
3. Un psiquiatra se comunica telefónicamente con el psicólogo para consultarlo por un paciente en común, pero este no está al tanto de la comunicación. No obstante, intercambian información sobre el paciente en cuestión 1 2 3 4 5
-
4. Un psicólogo admite un paciente con un cuadro de depresión grave, que lo ha imposibilitado desde 8 meses atrás aprox a salir de su casa, debiendo este pedir licencia en su trabajo. El profesional considera que con recursos propios de la psicología es factible remitir el cuadro, por lo que evita informarle sobre tratamientos alternativos como el psicofarmacológico 1 2 3 4 5
-
5. Un paciente le comunica, luego de realizadas las entrevistas de admisión, que ha abandonado recientemente varios intentos de realizar psicoterapia con dos colegas suyos, siendo uno de ellos afín a usted por otras actividades profesionales. Ud. Se comunica con él con precurando establecer los datos diagnósticos a los que éste arribó para sumarlos a los logrados por ud en las entrevistas de admisión, evitando dar a conocer de esta comunicación a su paciente en tanto considera que puede esto evitar una nueva deserción. 1 2 3 4 5

¿Le interesaría recibir información sobre este tema? De ser así, puede enviar un correo electrónico a csalandro@mdp.edu.ar

Muchas gracias por su colaboración



(b) Versión digital

CUESTIONARIO SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA PRACTICA CLÍNICA PSICOLÓGICA	
Exclusivamente para uso de investigación. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata	
Este cuestionario forma parte de la investigación de pre-grado del estudiante de Psicología Claudio A. Salandro, perteneciente a la Universidad Nacional de Mar del Plata. Requerimos de su colaboración a fin de realizar un estudio empírico acerca del Consentimiento Informado en la Práctica Clínica. Los datos serán recogidos en forma anónima. No se utilizarán ni revelarán datos que pudieran violar la intimidad de los consultados. Complete el cuestionario si Ud. está de acuerdo con estas condiciones.	
Ante cualquier consulta o duda, puede realizarla antes, durante o luego de completar este formulario al encuestador. Desde ya agradecemos su colaboración.	

POR FAVOR COMPLETE LOS SIGUIENTES DATOS:

A. Sexo	Femenino	<input type="checkbox"/>	D. Inserción laboral	Institución asistencial	<input type="checkbox"/>
	Masculino	<input type="checkbox"/>		Poder Judicial	<input type="checkbox"/>
B. Edad	Hasta 30 años	<input type="checkbox"/>		Consultorio particular	<input type="checkbox"/>
	31 a 40 años	<input type="checkbox"/>		Docencia	<input type="checkbox"/>
	41 a 50 años	<input type="checkbox"/>		Otros (especifique)	<input type="text"/>
	51 a 60 años	<input type="checkbox"/>		E. Marco teórico referencial	Psicoanalítico
	61 años o más	<input type="checkbox"/>	Sistémico		<input type="checkbox"/>
C. Años de ejercicio profesional	Hasta 5 años	<input type="checkbox"/>	Gestáltico		<input type="checkbox"/>
	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>	Conductualista		<input type="checkbox"/>
	11 a 20 años	<input type="checkbox"/>	Neurobiologicista		<input type="checkbox"/>
	21 años o más	<input type="checkbox"/>	Cognitivista	<input type="checkbox"/>	
Dirección de correo electrónico (se utilizará solo en caso de aclaraciones sobre la consulta)			<input type="text"/>	Otro (especificar)	<input type="text"/>

Eje I

2. Señale la opción que considere correcta

A. El consentimiento informado es:	
i. La opción que tiene el profesional de informar al usuario sobre las vicisitudes del tratamiento con el fin de que este pueda ponderar las opciones en cuestión y decidir libremente	<input type="checkbox"/>
ii. Es la declaración de voluntad brindada por el usuario para la intervención profesional, luego de despejadas todas aquellas dudas que pudieran surgirle, luego de que el profesional le informa sobre la tarea que ha decidido realizar por considerarla la más benéfica para el cuadro que presenta el usuario.	<input type="checkbox"/>
iii. La obligación que tiene el profesional de informar al usuario sobre las vicisitudes del tratamiento con el fin de que este pueda ponderar las opciones en cuestión y decidir libremente	<input type="checkbox"/>
iv. Es la posibilidad que tiene el profesional de dar información al usuario sobre aquellos aspectos del proceso psicoterapéutico que considere necesario	<input type="checkbox"/>
v. Es la declaración de voluntad del paciente dada luego de recibir información clara, precisa y adecuada con respecto a su estado de salud; el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos, los beneficios esperados del procedimiento, los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos	<input type="checkbox"/>
vi. Ninguna de las opciones anteriores	<input type="checkbox"/>
B. Instrumentar el CI implica:	
i. Brindar aquella información que solicita el usuario espontáneamente	<input type="checkbox"/>



ii. Brindar información sobre técnica a utilizar, encuadre de trabajo (honorarios, frecuencia, horario), diagnóstico, pronóstico, efectos –positivos o negativos –previsibles y técnicas o abordajes alternativos.	<input type="radio"/>
iii. Brindar información del encuadre y diagnóstico-pronóstico, pero no de técnicas alternativas	<input type="radio"/>
iv. Responder puntualmente a las inquietudes del usuario relativas a la intervención, ya sea diagnóstica, pronóstica o sobre la terapéutica.	<input type="radio"/>
v. Brindar información sobre objetivos, frecuencia, duración de la entrevistas, honorarios, alternativas terapéuticas, modalidad de intervención, riesgos de la participación, posibilidad de ampliación de información por parte del terapeuta	<input type="radio"/>
vi. Ninguna de las opciones anteriores	<input type="checkbox"/>

C. El CI debe ser implementado:

i. Al inicio de la relación psicoterapéutica únicamente y siendo válido para todo el proceso	<input type="radio"/>
ii. Al inicio de la relación psicoterapéutica pero debe ser "ajustado" en su transcurso	<input type="radio"/>
iii. En el transcurso de toda la relación psicoterapéutica	<input type="radio"/>
iv. Puede no ser necesario ni requerido en todo el proceso	<input type="radio"/>
v. Ninguna de las opciones anteriores	<input type="checkbox"/>

D. El objeto del implementar el CI es:

i. Se instrumenta con fines prácticos como lograr la adherencia del usuario al tratamiento y reducir las resistencias al mismo	<input type="radio"/>
ii. Se instrumenta por erigirse en defensa al Principio de Autonomía de las Personas	<input type="radio"/>
iii. Se instrumenta para evitar demandas legales por parte de los usuarios	<input type="radio"/>
iv. Se instrumenta por todos los motivos anteriores	<input type="radio"/>
v. Ninguna de las opciones anteriores	<input type="checkbox"/>

E. El CI:

i. Debe constar obligatoriamente en la historia clínica del usuario	<input type="radio"/>
ii. No es obligatorio que conste en la historia clínica del usuario	<input type="radio"/>
iii. Debe constar en la historia clínica cuando el profesional lo considere pertinente	<input type="radio"/>

iv. Debe constar en la historia clínica de usuarios con las siguientes características:

Eje II

A. ¿Considera que puede suscitarle demandas legales el hecho de no informar adecuadamente respecto las características y condiciones del proceso psicoterapéutico al paciente?

i. Si	<input type="radio"/>
ii. Quizás	<input type="radio"/>
iii. No	<input type="radio"/>

B. ¿Tiene conocimiento de la existencia de normativas o legislación que regule la obtención del Consentimiento Informado en la psicoterapia?

i. Si	<input type="radio"/>
-------	-----------------------



ii. No

iii. SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, MENCIÓNELAS A

CONTINUACIÓN:

C. ¿Informa Ud. sobre las características de su modelo teórico de referencia –y sobre las características prácticas de éste- al paciente?

i. Siempre

ii. Solo ante la demanda

iii. Nunca

D. ¿Requiere Ud. el consentimiento del paciente/consultante en la etapa diagnóstica, y luego nuevamente en la etapa terapéutica del tratamiento?

i. Siempre

ii. Ocasionalmente

iii. Nunca

E. ¿Cuales considera que son los motivos que le dificultan o imposibilitan la implementación del CI?

PUNTUE DE 1 A 5 TENIENDO EN CUENTA QUE 1 ES EL MENOR GRADO DE DIFICULTAD Y 5 EL MAYOR GRADO. SEÑALE ASIMISMO, SI EL GRADO DE DIFICULTAD ES TAL QUE IMPOSIBILITA SU IMPLEMENTACION

	GRADO DE DIFICULTAD				
i. El tiempo requerido para implementarlo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ii. La cantidad de información que hay que vertir en el CI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
iii. La calidad de la información a dar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
iv. La capacidad del usuario para asimilar la información	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
v. La asimetría del vínculo terapéutico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vi. Todas las opciones anteriores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vii. Otros motivos: (señale si son motivos que dificultan o imposibilitan la implementación del CI)	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>				

EJE III

A) A continuación se presentarán afirmaciones referidas al Consentimiento Informado. Por favor indique su opinión al respecto, considerando en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con lo expresado. Para contestar rodee con un círculo el número de la escala (1, 2, 3, 4, 5) que mejor refleje su opinión teniendo en cuenta lo siguiente:

	1	2	3	4	5
1. Los psicólogos deben obtener consentimiento válido tanto de las personas que participan como sujetos voluntarios en proyectos de investigación como de aquellas con las que trabajan en su práctica profesional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. La información a brindar al paciente/consultante debe incluir la naturaleza, duración, objetivos, métodos, alternativas posibles y riesgos potenciales de su participación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. El CI puede ser retirado por el paciente/consultante si considera que median razones para hacerlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ante el retiro del CI del paciente, debe dejarse constancia en la historia clínica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. La obligación y la responsabilidad de evaluar las condiciones en las cuales el sujeto da su consentimiento incumben al psicólogo responsable de la práctica de que se trate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. El consentimiento de las personas involucradas no exime a los psicólogos de evaluar la continuidad de la práctica que estén desarrollando, siendo su responsabilidad interrumpida si existen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



6. El consentimiento de las personas involucradas no exime a los psicólogos de evaluar la continuidad de la práctica que estén desarrollando, siendo su responsabilidad interrumpida si existen elementos que lo lleven a suponer que no se están obteniendo los efectos deseables o que la continuación podría implicar riesgos serios para las personas involucradas o terceros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Se requiere el consentimiento del paciente o en su defecto, el de sus representantes legales, y del profesional de la salud interviniente ante exposiciones con fines académicos, con carácter previo a la realización de dicha exposición	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. El consentimiento informado es una figura aplicable solo al ámbito médico, no al psicoterapéutico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. La constancia escrita del Consentimiento Informado en la historia clínica del paciente es obligatoria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Los menores de edad no pueden dar su consentimiento, sino que debe realizarlo exclusivamente sus padres o representante legal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. En la etapa de admisión de un paciente, deben explicarse los abordajes terapéuticos alternativos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Cada psicólogo debe decidir qué información brindar al paciente al inicio de la psicoterapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. No es necesario obtener consentimiento del paciente para compartir información de su tratamiento con otros psicólogos o consultar por caso clínico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. En el caso de menores no es necesario pedir su consentimiento para intervenir, ya que basta con el de sus padres o representantes legales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Cualquier información sobre el proceso brindada al paciente se da en el primer encuentro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. La información brindada al paciente en la primer entrevista incluye sucintamente las opciones psicoterapéuticas de otras orientaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Las personas con trastornos mentales no pueden dar su consentimiento, sino que esto lo pueden realizar únicamente sus representantes legales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. No existe regulación legal en Argentina del Consentimiento Informado, que incluya la práctica clínica psicológica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B) Lea las siguientes situaciones dilemáticas referidas a la práctica profesional y su resolución. Por favor, indique su opinión al respecto considerando en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con la actuación profesional. Para contestar rodee con un círculo el número de la escala (1, 2, 3, 4, 5) que mejor refleje su opinión teniendo en cuenta lo siguiente:

- Completamente en desacuerdo.....1
- Parcialmente en desacuerdo.....2
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.....3
- Parcialmente de acuerdo.....4
- Completamente de acuerdo.....5

1. Un paciente se presenta aludiendo que se encuentra en una etapa crítica de su adicción a drogas, con serias dificultades vinculares con su familia y allegados, y una inusitada agresividad. El psicólogo considera necesaria una internación como medida de protección, para lo que recurre a su familia informándole de ello, e indicándole la necesidad de la intervención, sin dialogar previamente con el paciente sobre esta prescripción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Un paciente muestra, en el transcurso de las primeras entrevistas, serias dificultades de modulación del habla, por lo que el psicólogo decide grabar las sesiones con el fin de oír las luego, a fin de clarificar lo dicho por el paciente, sin informar de esto al paciente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Un psiquiatra se comunica telefónicamente con el psicólogo para consultarlo por un paciente en común, pero este no está al tanto de la comunicación. No obstante, intercambian información sobre el paciente en cuestión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Un psicólogo admite un paciente con un cuadro de depresión grave, que lo ha imposibilitado desde 8 meses atrás aprox a salir de su casa, debiendo este pedir licencia en su trabajo. El profesional considera que con recursos propios de la psicología es factible remitir el cuadro, por lo que evita informarle sobre tratamientos alternativos como el psicofarmacológico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Un paciente le comunica, luego de realizadas las entrevistas de admisión, que ha abandonado recientemente varios intentos de realizar psicoterapia con dos colegas suyos, siendo uno de ellos afín a usted por otras actividades profesionales. Ud. Se comunica con él con precando establecer los datos diagnósticos a los que éste arribó para sumarlos a los logrados por ud en las entrevistas de admisión, evitando dar a conocer de esta comunicación a su paciente en tanto considera que puede esto evitar una nueva deserción.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

COMENTARIOS FINALES/ Sugerencias



B. Anexo II: Tablas y gráficos

Gráfico 1: Sexo

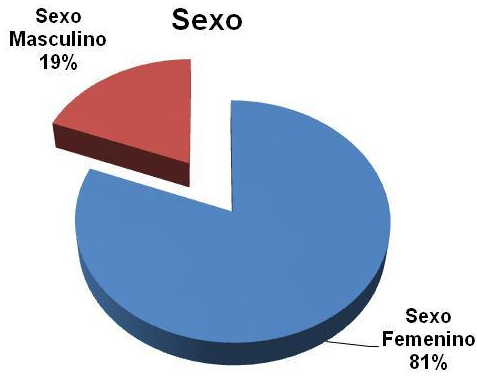


Gráfico 2: Edad

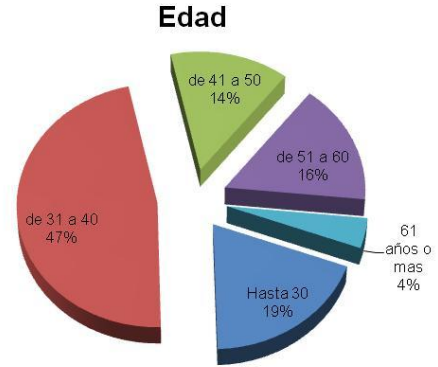


Gráfico 3: Años de ejercicio profesional

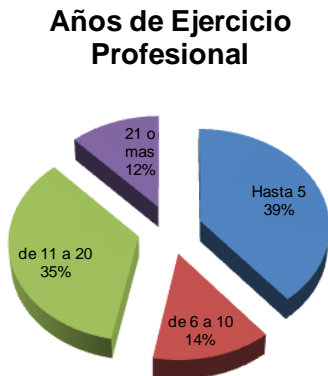


Gráfico 4: Inserción laboral

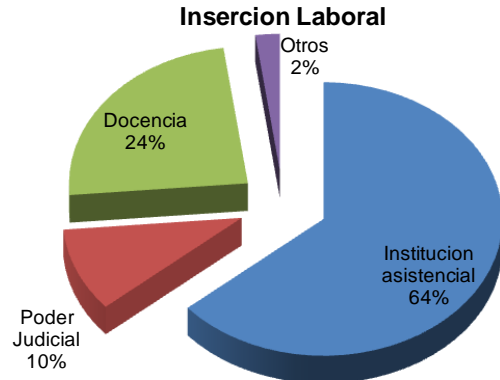


Gráfico 5: Marco teórico de referencia

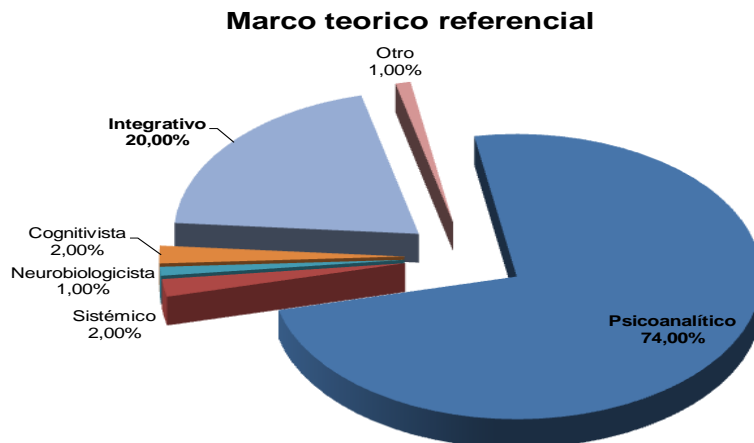
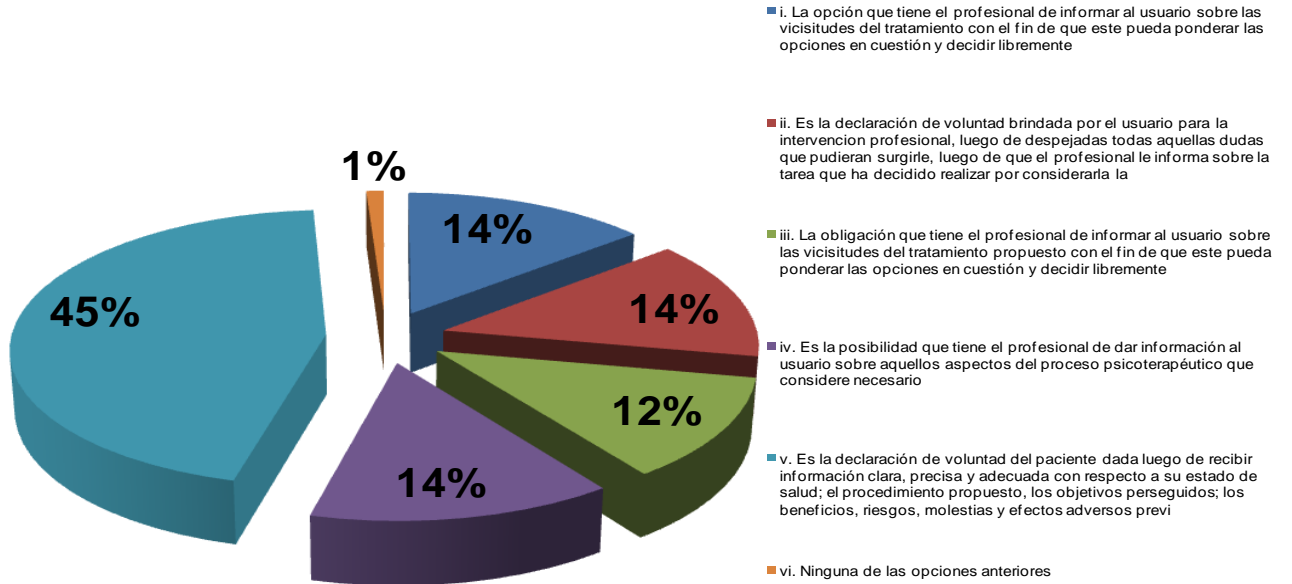


Gráfico 6: (a) El consentimiento informado es:

El Consentimiento Informado es:



(b) El consentimiento Informado es (respuestas agrupadas)

El CI es (respuestas agrupadas)

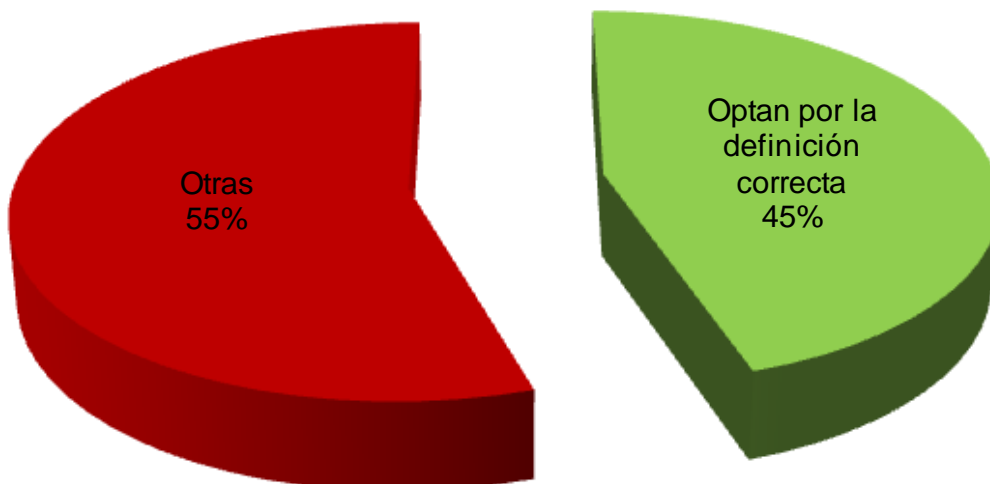
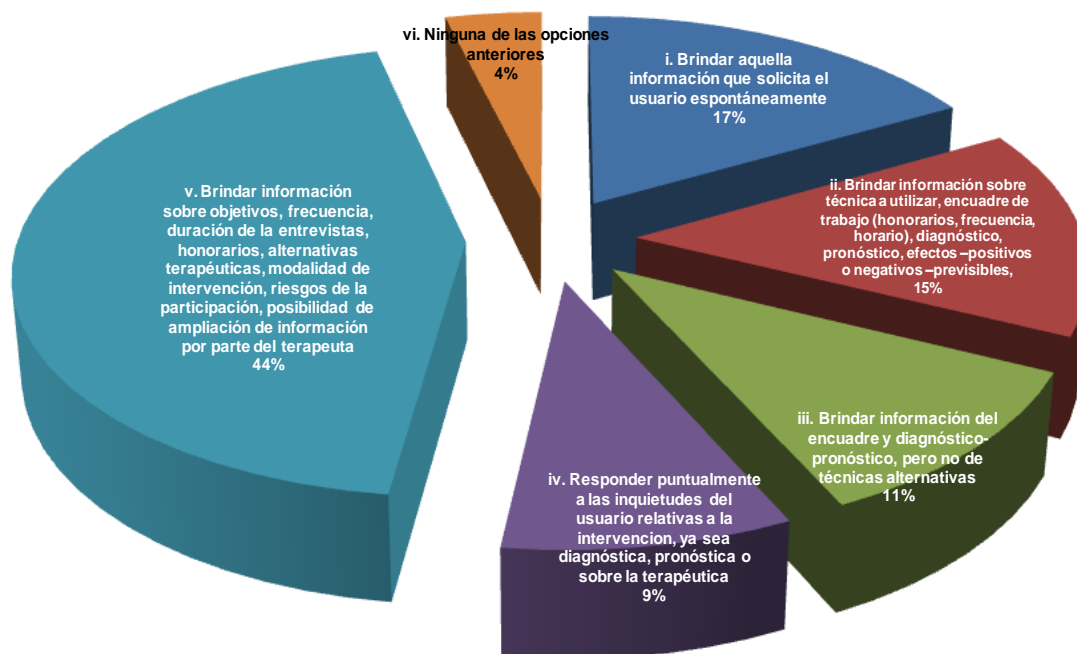


Gráfico 7: Instrumentar el CI implica

(a)

Instrumentar el CI implica:



(b) Respuestas agrupadas

Instrumentar el CI implica (respuestas agrupadas)

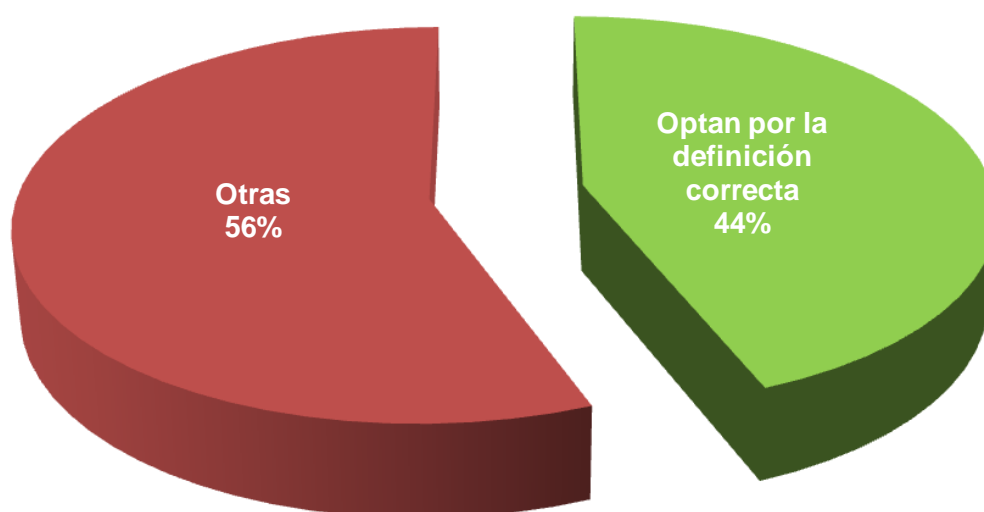
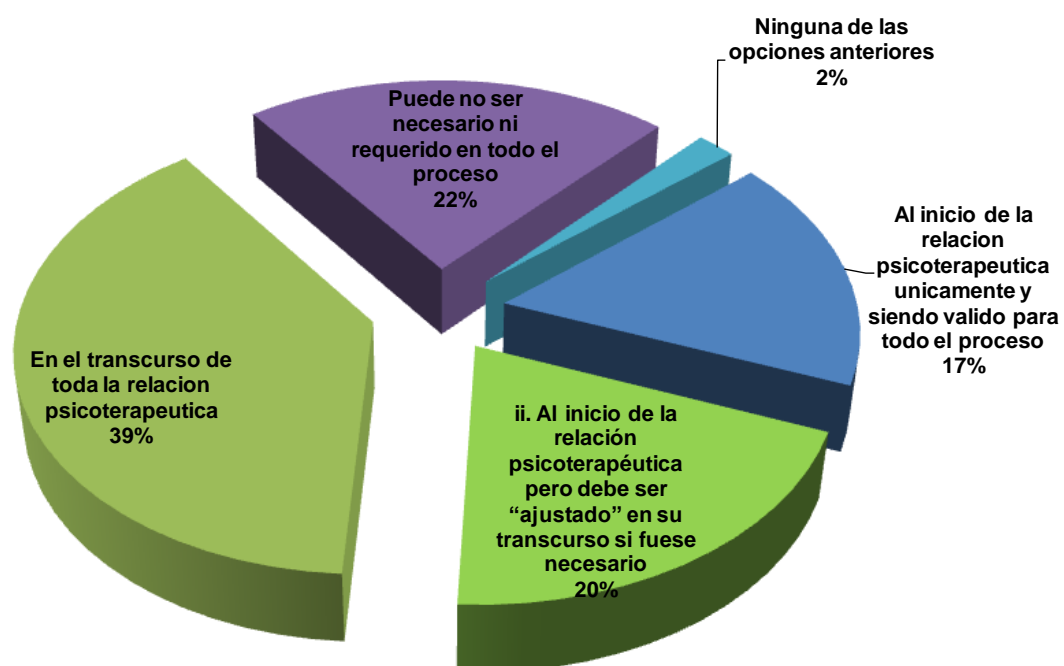


Gráfico 8 (a) El CI debe ser implementado

El CI debe ser implementado



(b) El CI debe ser implementado (Respuestas agrupadas)

El CI debe ser implementado (respuestas agrupadas)

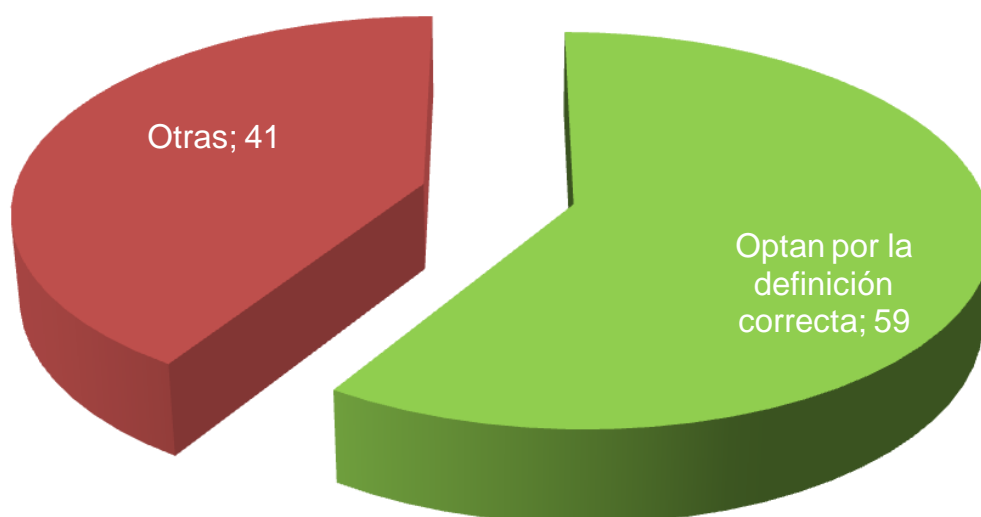


Gráfico 9: El objeto del CI

El objeto de implementar el CI es

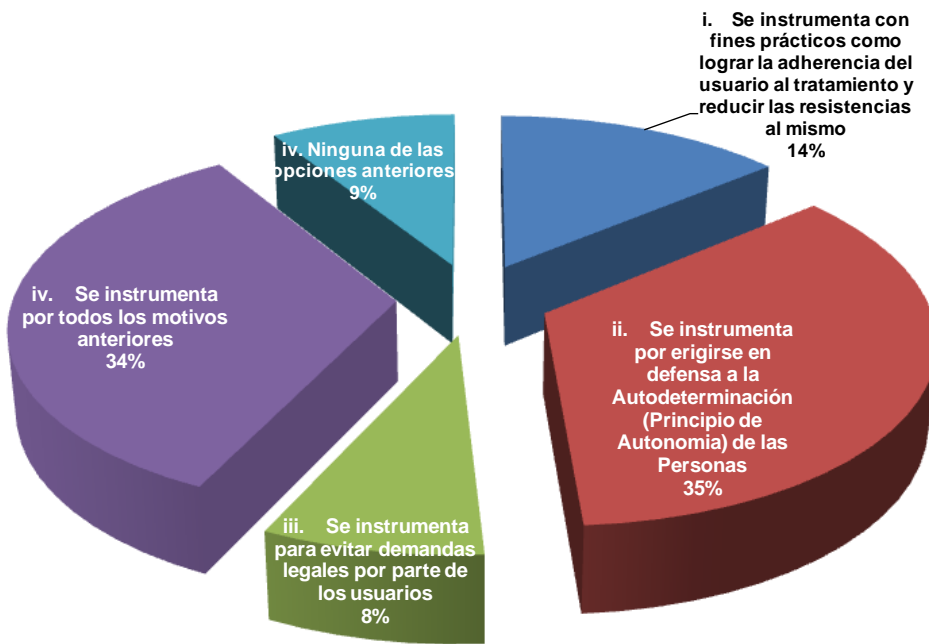
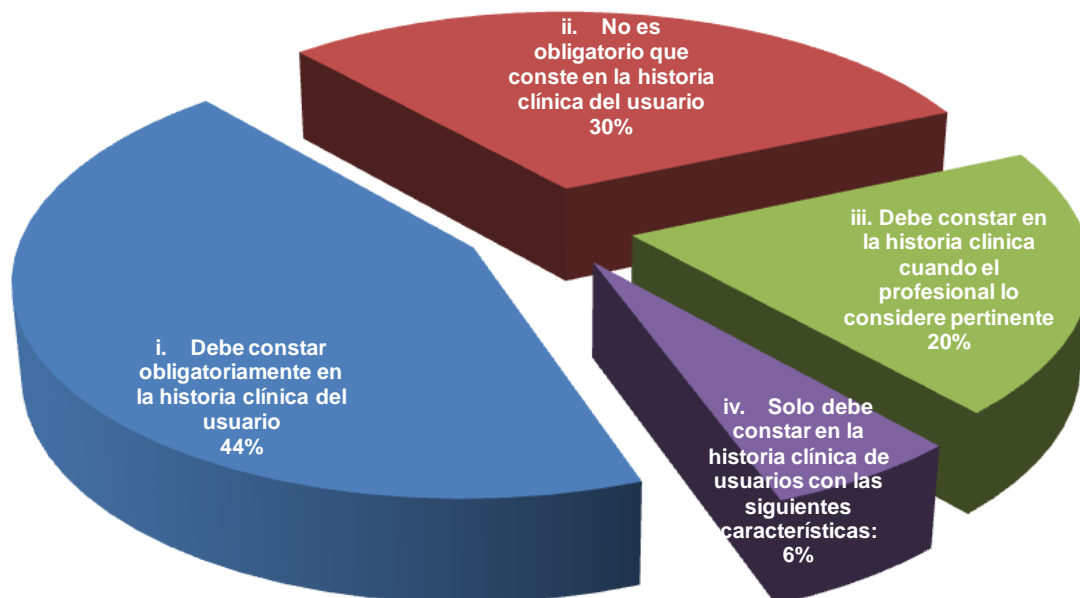


Gráfico 10: Sobre la constancia del Ci en la historia clínica

EL CI



(b) Constancia del Ci en la HC (respuestas agrupadas)

Constancia del Ci en la HC (Respuestas agrupadas)

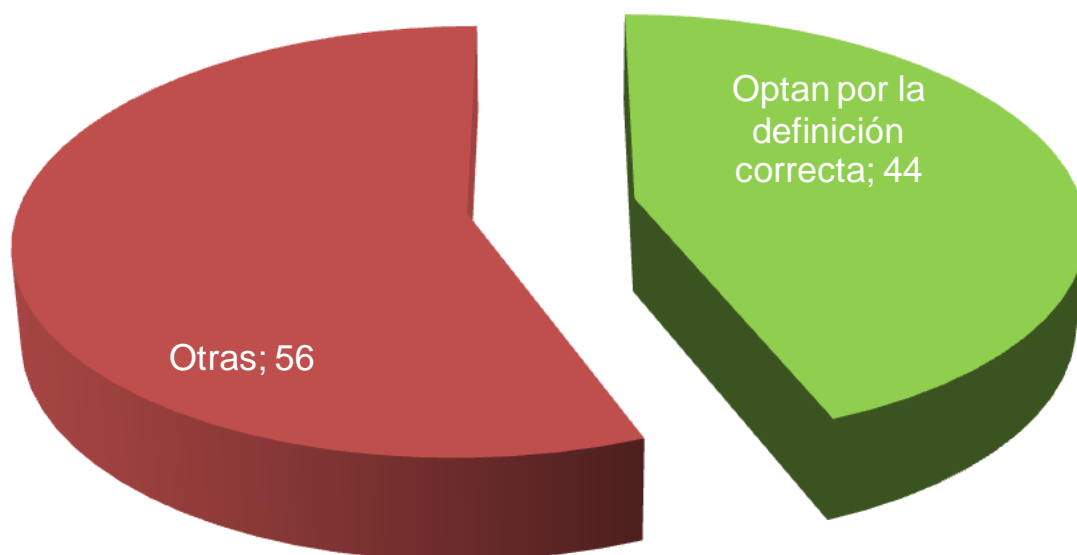


Gráfico 11

¿Considera que puede suscitarle demandas legales el hecho de no informar adecuadamente respecto las características y condiciones del proceso psicoterapéutico al paciente?

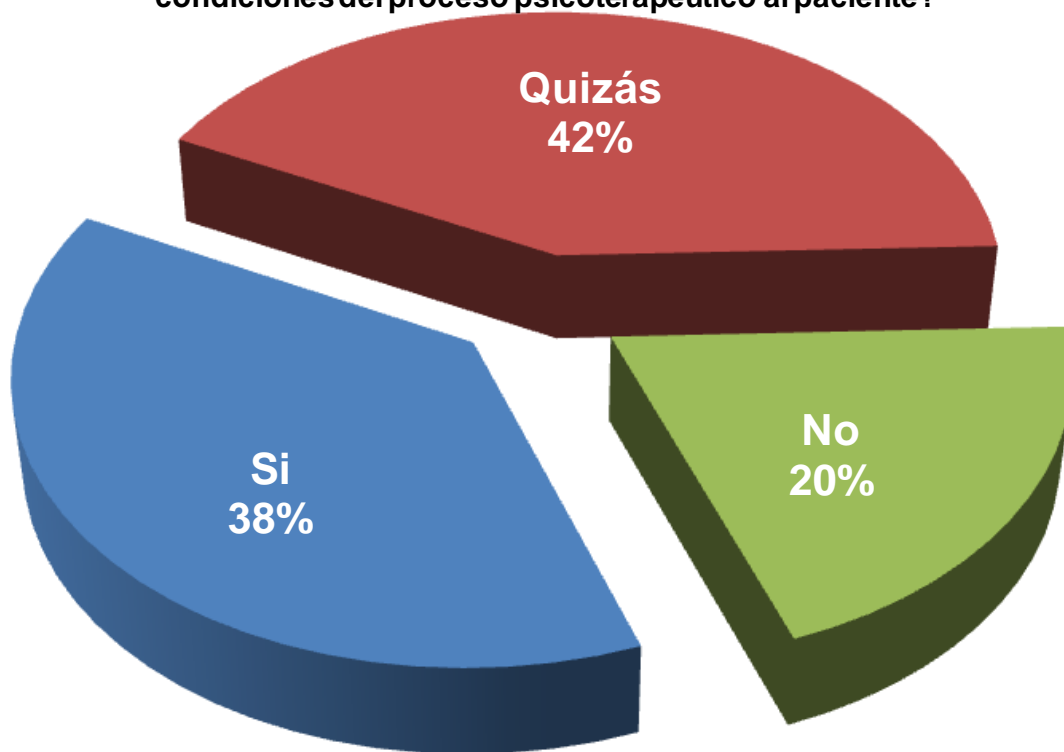
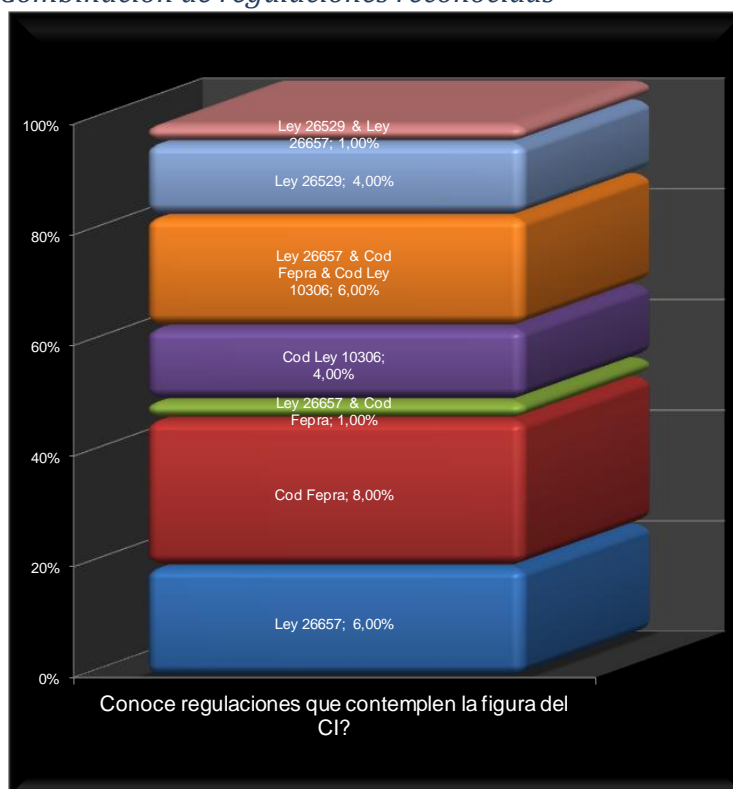


Gráfico 12: Conocimiento sobre regulaciones del Ci en Psicología (a)



(b) Combinación de regulaciones reconocidas



(c) Frecuencias

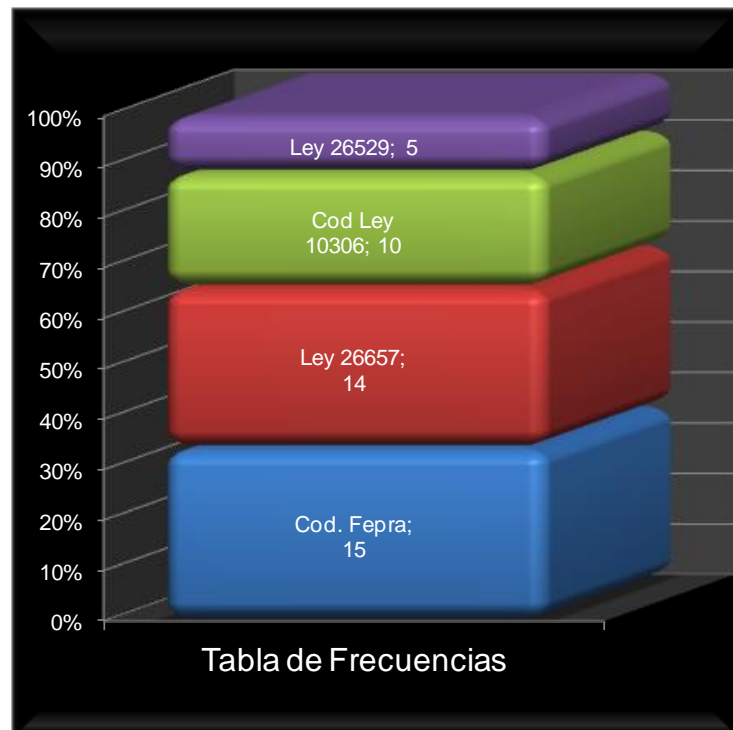


Gráfico 13

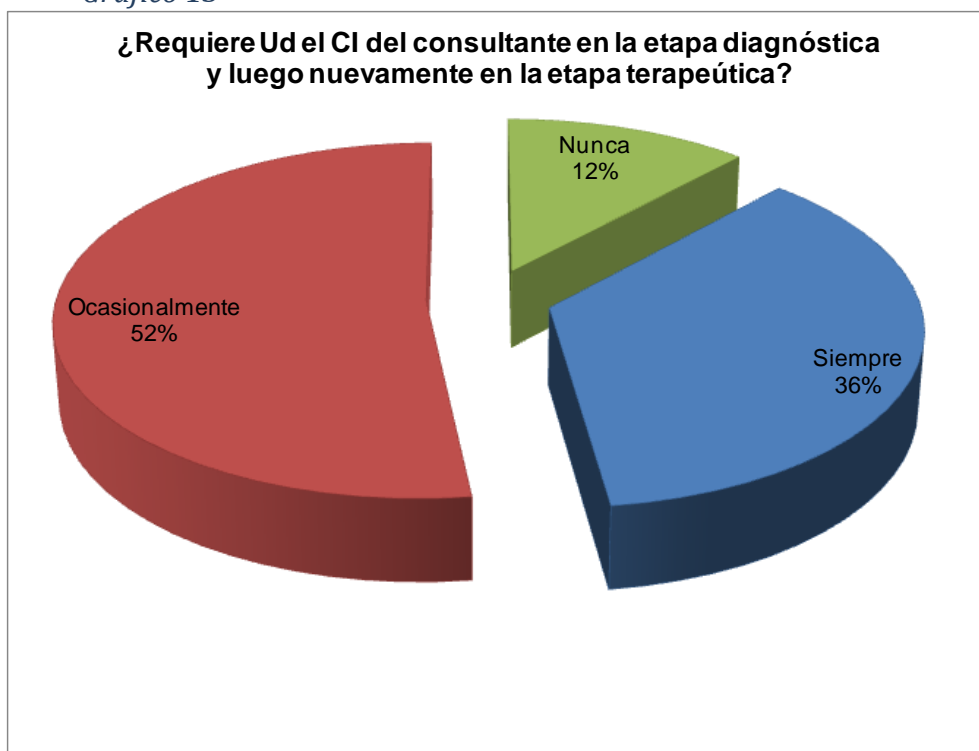


Gráfico 14: Motivos que dificultan o imposibilitan la implementación del

CI

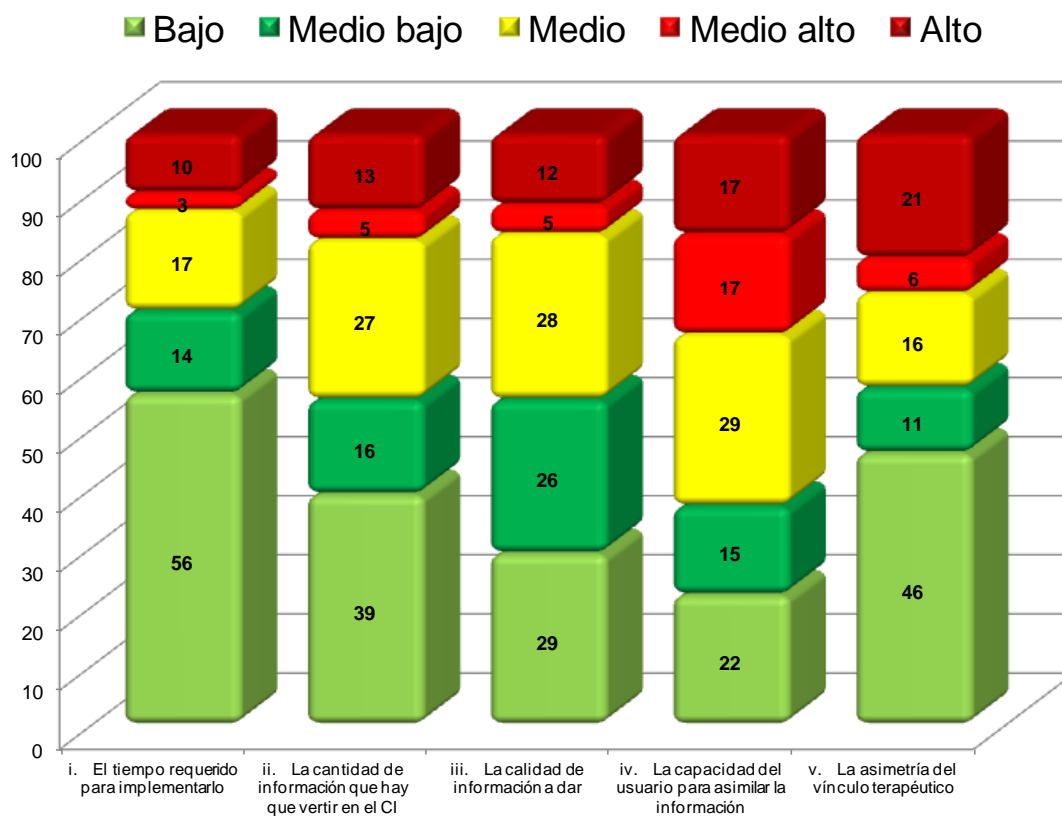
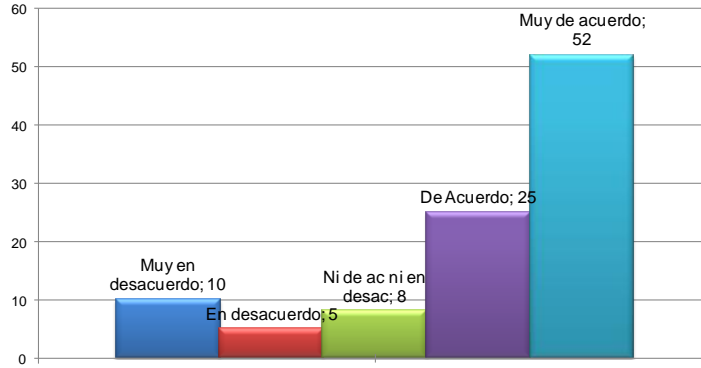
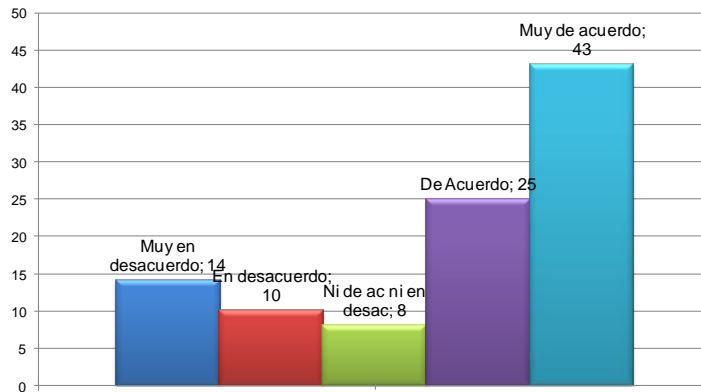


Gráfico 15: Afirmaciones

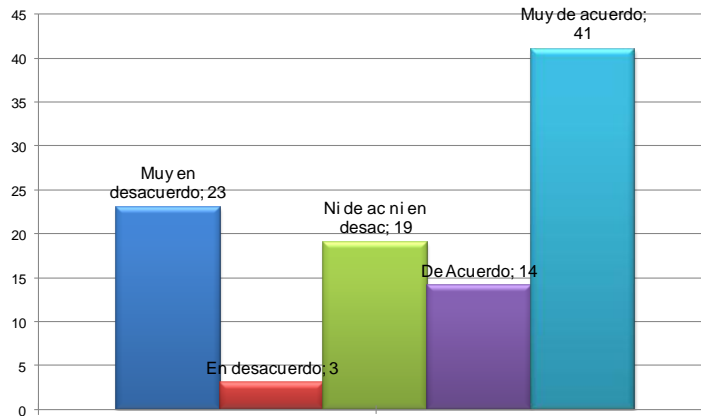
1. Los psicólogos deben obtener consentimiento válido tanto de las personas que participan como sujetos voluntarios en proyectos de investigación como de aquellas con las que trabajan en su práctica profesional



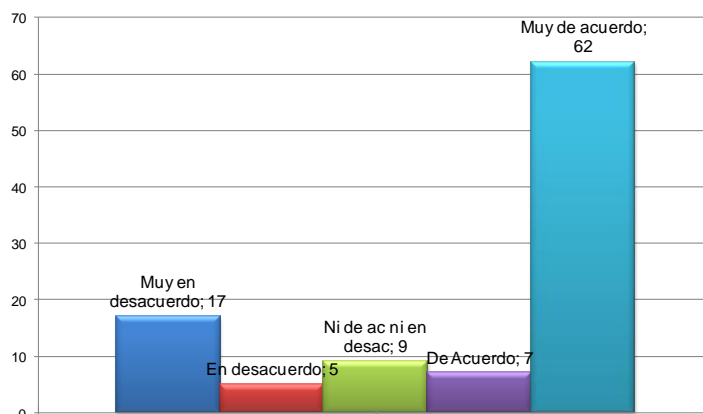
2. La información a brindar al paciente/consultante debe incluir la naturaleza, duración, objetivos, métodos, alternativas posibles y riesgos potenciales de su participación.



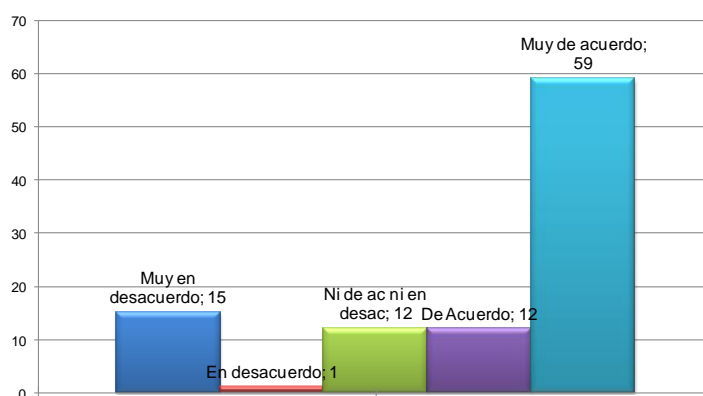
3. El CI puede ser retirado por el paciente/consultante si considera que median razones para hacerlo.



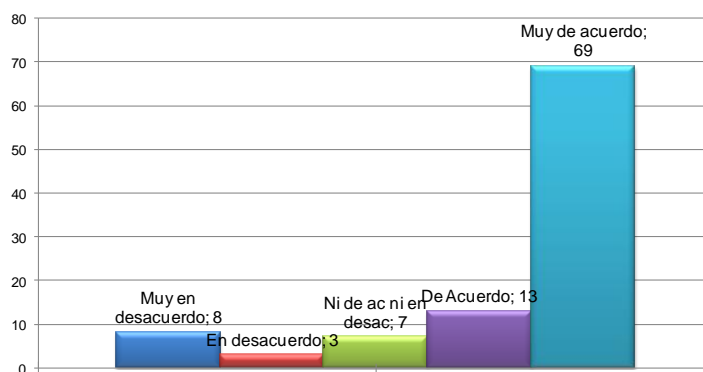
4. Ante el retiro del CI del paciente, debe dejarse constancia en la historia clínica



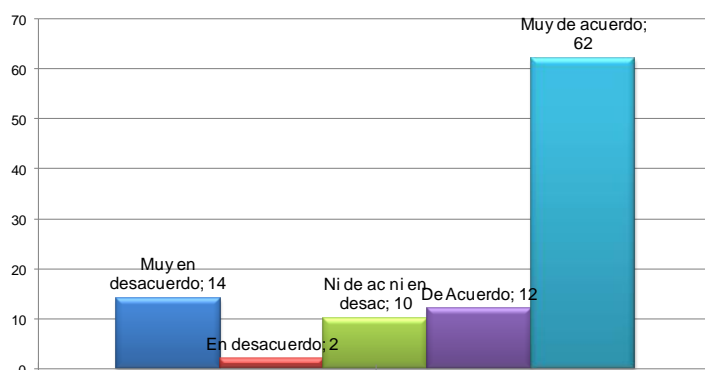
5. La obligación y la responsabilidad de evaluar las condiciones en las cuales el sujeto da su consentimiento incumben al psicólogo responsable de la práctica de que se trate



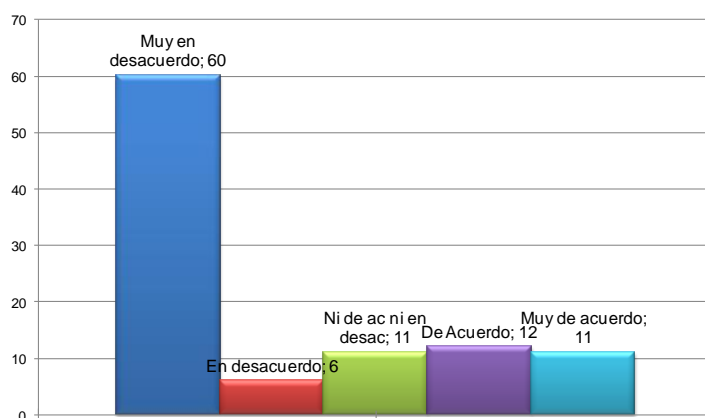
6. El consentimiento de las personas involucradas no exime a los psicólogos de evaluar la continuidad de la práctica que estén desarrollando, siendo su responsabilidad interrumpida si existen elementos que lo lleven a suponer que no se están obteniendo lo



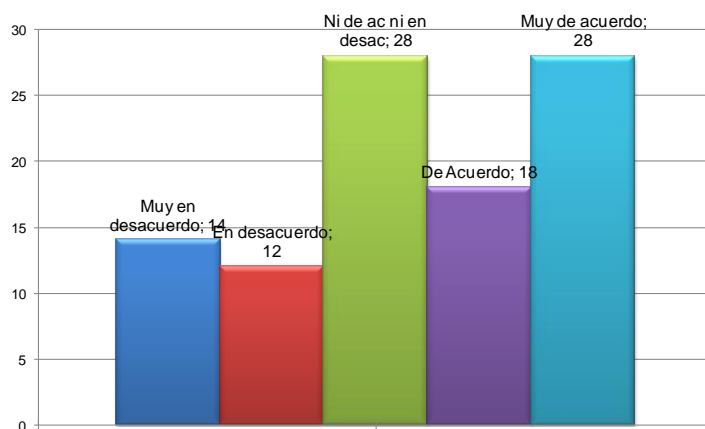
7. Se requiere el consentimiento del paciente o en su defecto, el de sus representantes legales, y del profesional de la salud interviniente ante exposiciones con fines académicos, con carácter previo a la realización de dicha exposición



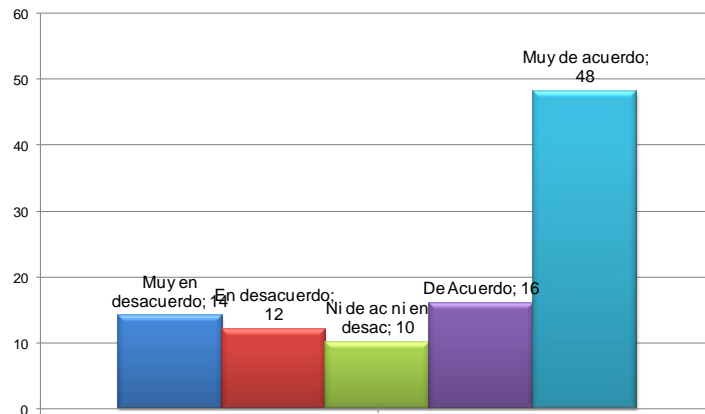
8. El consentimiento Informado es una figura aplicable solo al ámbito médico, no al psicoterapéutico



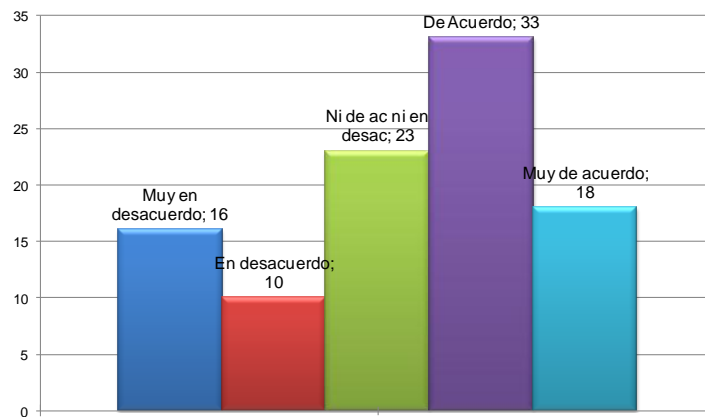
9. La constancia escrita del Consentimiento Informado en la historia clínica del paciente es obligatoria



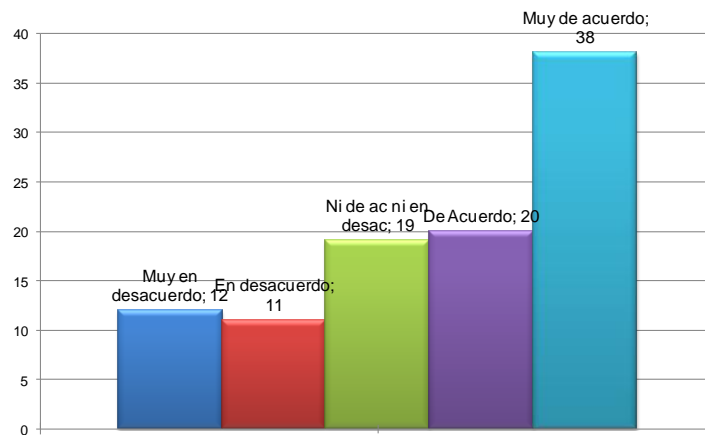
10. Los menores de edad no pueden dar su consentimiento, sino que debe realizarlo exclusivamente sus padres o representante legal



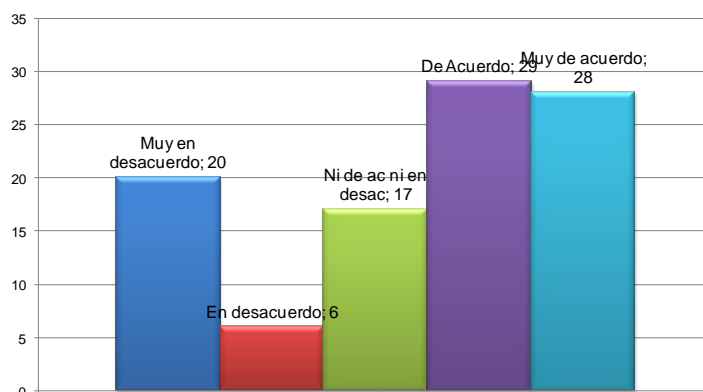
11. En la etapa de admisión de un paciente, deben explicarse los abordajes terapéuticos alternativos



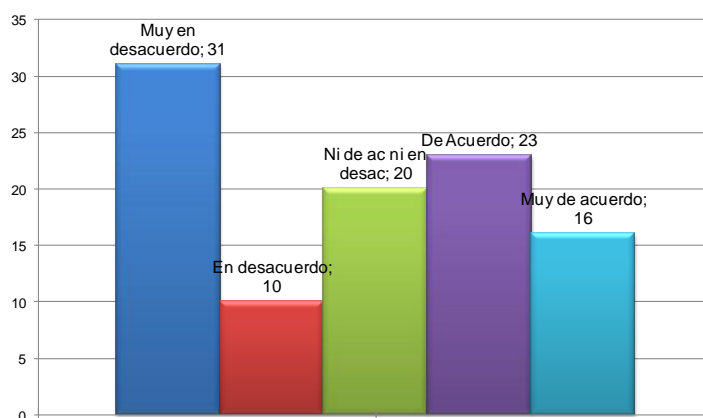
12. Cada psicólogo debe decidir qué información brindar al paciente al inicio de la psicoterapia



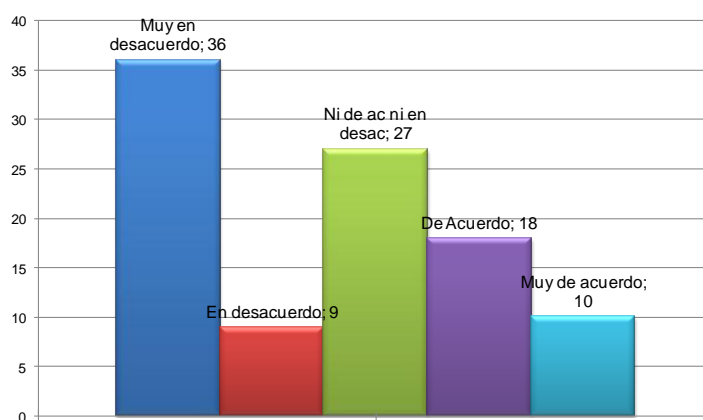
13. No es necesario obtener consentimiento del paciente para compartir información de su tratamiento con otros psicólogos o consultar por caso clínico



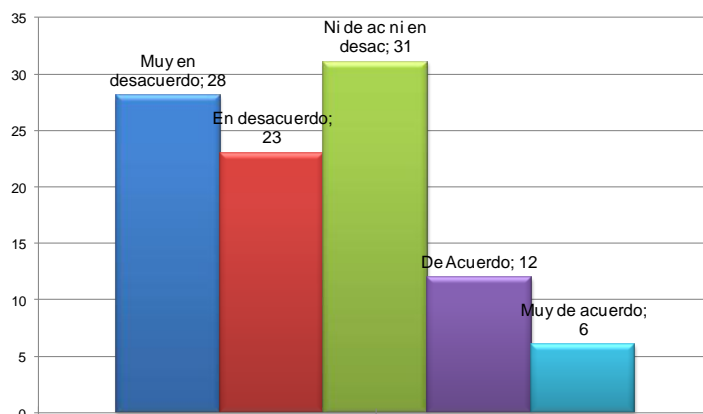
14. En el caso de menores no es necesario pedir su consentimiento para intervenir, ya que basta con el de sus padres o representantes legales



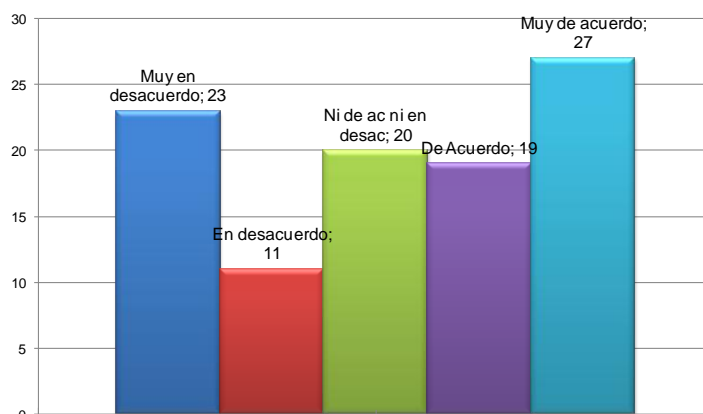
15. Cualquier información sobre el proceso brindada al paciente se da en el primer encuentro



16. La información brindada al paciente en la primer entrevista incluye sucintamente las opciones psicoterapéuticas de otras orientaciones



17. Las personas con trastornos mentales no pueden dar su consentimiento, sino que esto lo pueden realizar únicamente sus representantes legales



18. No existe regulación legal en Argentina del Consentimiento Informado, que incluya la práctica clínica psicológica.

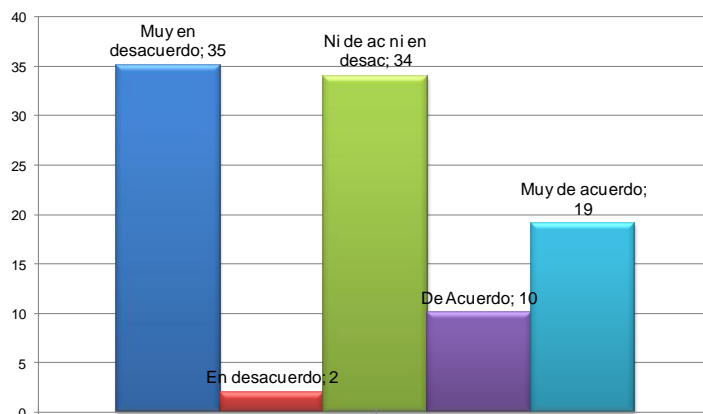
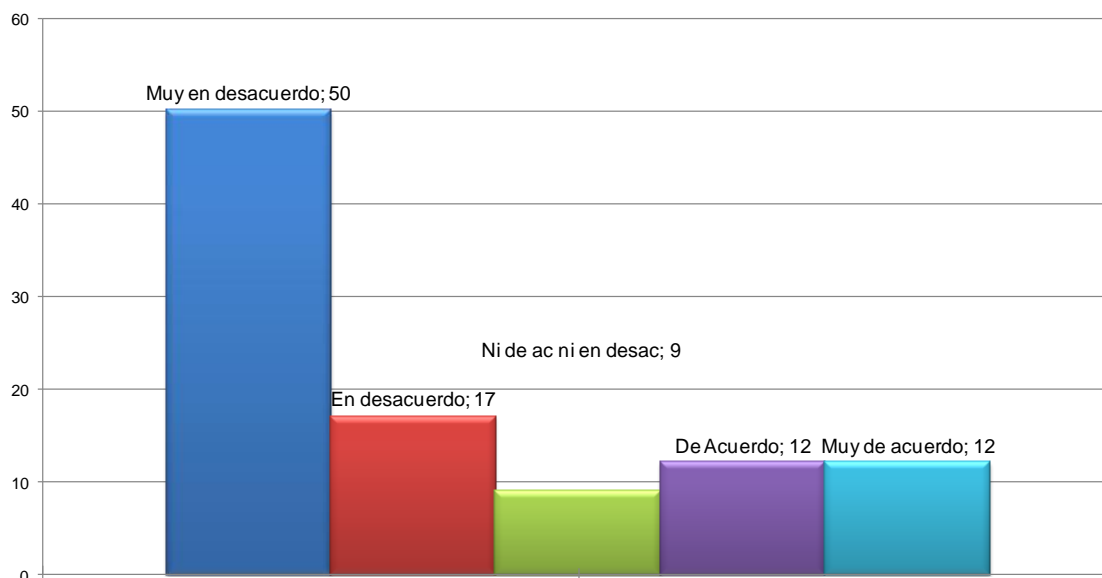
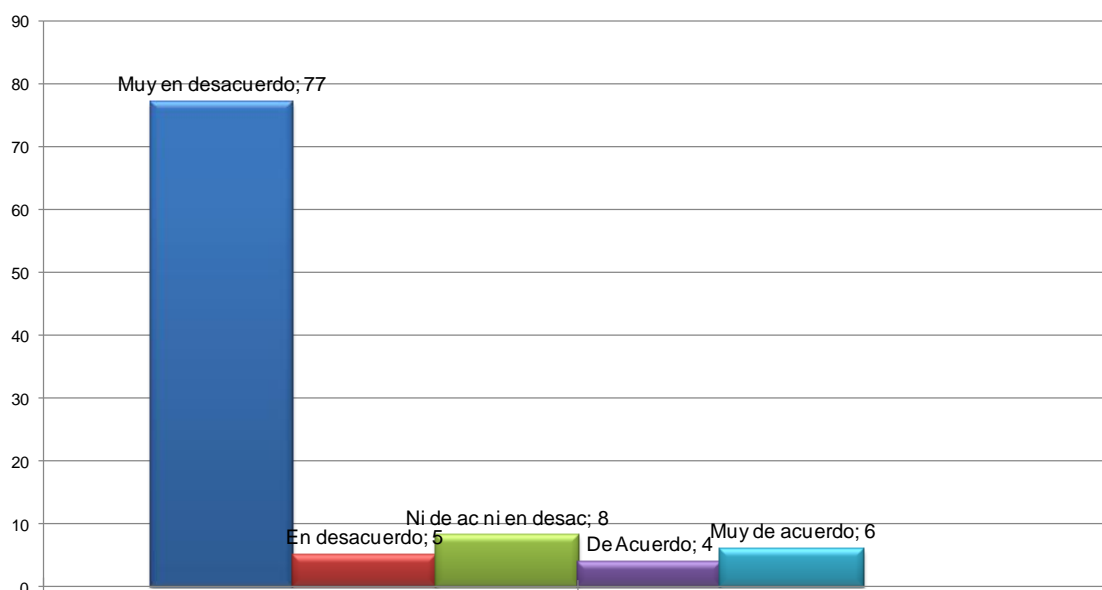


Gráfico 16: Dilemas

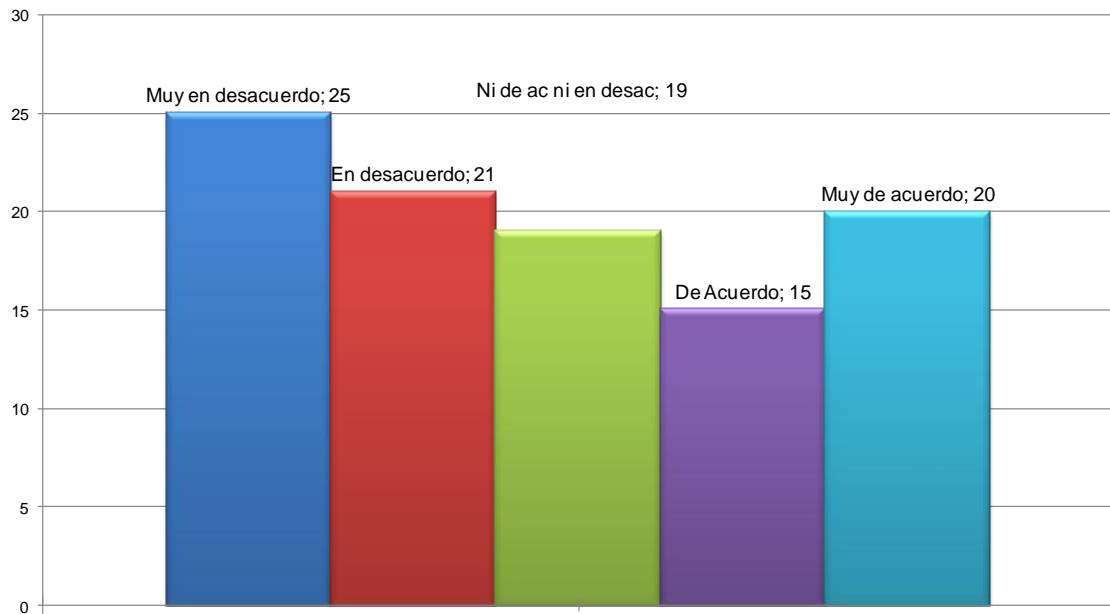
1. Un paciente se presenta aludiendo que se encuentra en una etapa crítica de su adicción a drogas, con serias dificultades vinculares con su familia y allegados, y una inusitada agresividad. El psicólogo considera necesaria una internación como medida de protección, para lo que recurre a su familia informándole de ello, e indicándoles la necesidad de la intervención, sin dialogar previamente con el paciente sobre esta prescripción



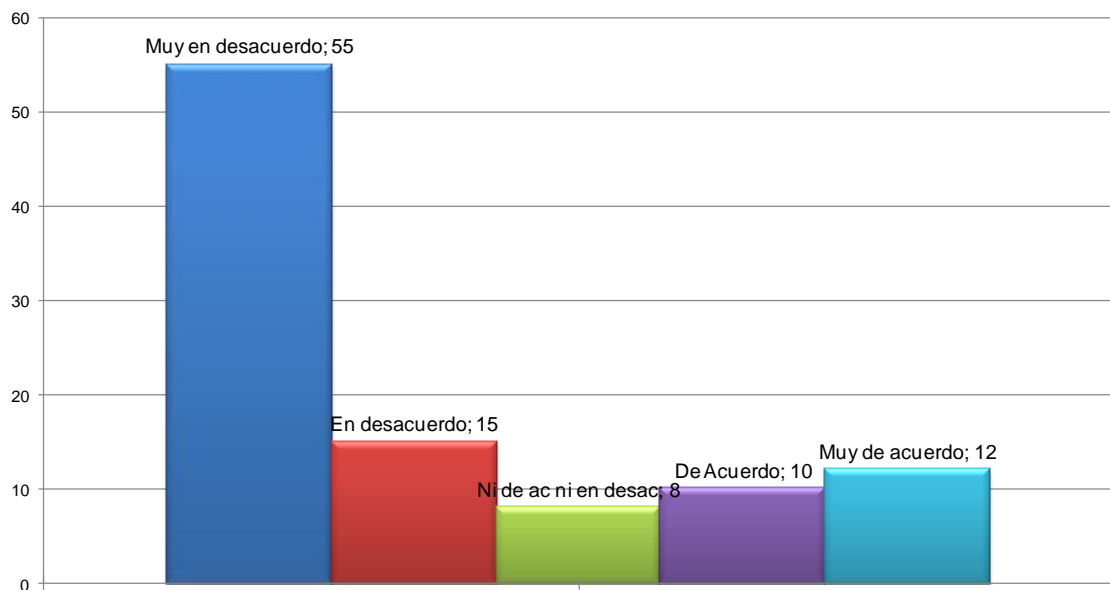
2. Un paciente muestra, en el transcurso de las primeras entrevistas, serias dificultades de modulación del habla, por lo que el psicólogo decide grabar las sesiones con el fin de oírlas luego, a fin de clarificar lo dicho por el paciente, sin informar de esto al paciente.



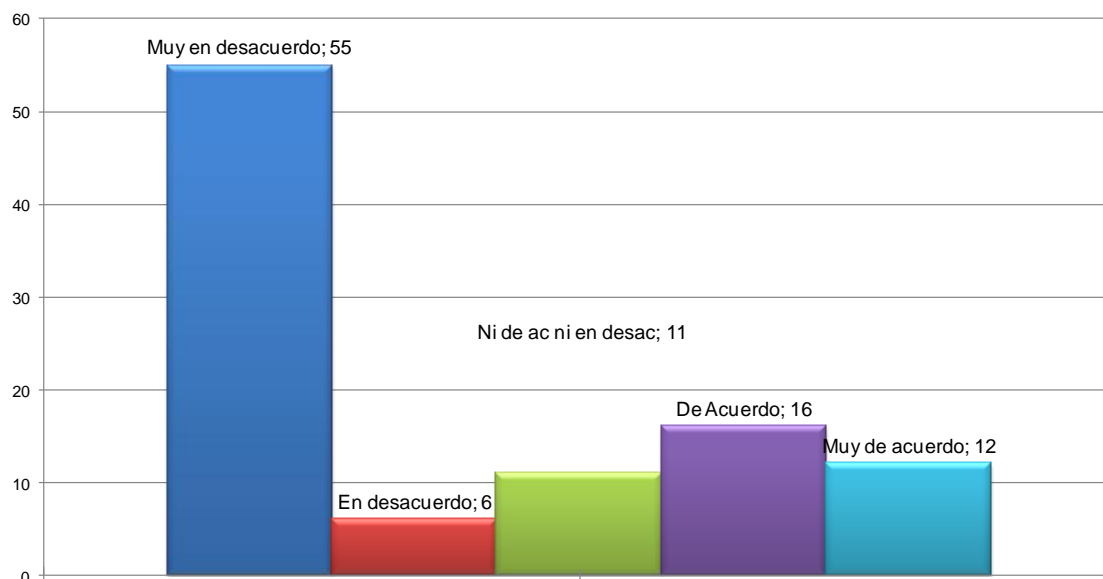
3. Un psiquiatra se comunica telefónicamente con el psicólogo para consultarlo por un paciente en común, pero este no está al tanto de la comunicación. No obstante, intercambian información sobre el paciente en cuestión



4. Un psicólogo admite un paciente con un cuadro de depresión grave, que lo ha imposibilitado desde 8 meses atrás aprox a salir de su casa, debiendo este pedir licencia en su trabajo. El profesional considera que con recursos propios de la psicología es factible remitir el cuadro, por lo que evita informarle sobre tratamientos alternativos como el psicofarmacológico



5. Un paciente le comunica, luego de realizadas las entrevistas de admisión, que ha abandonado recientemente varios intentos de realizar psicoterapia con dos colegas suyos, siendo uno de ellos afín a usted por otras actividades profesionales. Ud. Se comunica con él con precurando establecer los datos diagnósticos a los que éste arribó para sumarlos a los logrados por ud en las entrevistas de admisión, evitando dar a conocer de esta comunicación a su paciente en tanto considera que puede esto evitar una nueva deserción.



XI. Bibliografía

Archivos Nacionales de Estados Unidos de América. (1776). *Declaración de Derechos de Virginia* . Consultado en Archivos Nacionales de Estados Unidos de América en <http://www.archives.gov/>, en Julio de 2010.

Barbesi, B. (2003). *Consentimiento informado en psicoterapia* . En *Perspectivas Bioéticas*. Año 8. Nº 15 Bis. Págs.83-93. Buenos Aires: Ediciones del signo.

Bearhs,J.; Gutheil, T. (2001). Informed Consent in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry* , 4-10.

Bochatey, A. (2004). Bioética personalista desde una perspectiva latinoamericana. En D. Von Engelhardt, J. Mainetti, R. Cataldi Amatriain, & L. Meyer, *Bioética y Humanidades Médicas* (págs. 97-108). Buenos Aires: Biblos.

Borja, J. (2001). *La ciudad y la nueva ciudadanía* . Conferencia pronunciada en el "Fórum Europa". Barcelona, junio de 2001.

Bostiancic, M., Dadalto, L. (2010). *Diretivas anticipadas para tratamientos médicos. Um estudo comparado entre o direito brasileiro e o argentino*. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata.

Calo, O. (2002). *La interacción del profesional con los códigos* . *Revista Argentina de Psicología*. Año XXXIV. Nº 45, 25-36.

Calo, O. (2003). *Consentimiento Informado en Psicoterapia. Notas para una discusión* . En *Perspectivas Bioéticas*. Año 8. Nº 15 Bis. Págs.61-67. Buenos Aires: Ediciones del signo.



Calo, O.; Hermsilla, A. M. (Comp). (2000). *Psicología, Ética y Profesión: Aportes deontológicos para la integración de los psicólogos del Mercosur*. Mar del Plata: Departamento de servicios gráficos de la UNMDP: Buenos Aires.

Castilla García, A.; Castilla San José, M.L. (2001). El Consentimiento Informado en Psicoterapia. *Revista de la Asociación española de neuropsiquiatría* , 1445-1457.

Cecchetto, S. (2000). Antecedentes históricos del consentimiento del paciente informado en Argentina. *Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal.* , 77-87.

Cecchetto, S. (2001). *Teoría y práctica del consentimiento informado en el área neonatal*. Mar del Plata: Ediciones Suárez.

Center for Disease Control and Prevention. (Febrero de 2009). Recuperado el 10 de septiembre de 2010, de United States of America. Public Health Service Syphilis Study at Tuskegee: <http://www.cdc.gov/tuskegee/timeline.htm>

Chuaire, L; Sánchez, M.C. (2007). Platón y el Consentimiento Informado. *Colombia Médica.* , Vol N° 38 - N° 3 - 297-300.

Código de Ética de la FePRA. (1999). Federación de Psicólogos de la República Argentina.

Código de Nüremberg. (1947). Tribunal Internacional de Nüremberg.

Cortina, A. (1996). *Ética Mínima. Introducción a la Filosofía Práctica*. Madrid: Tecnos.



Craven-Bartle, J. (21 de Abril de 2005). *Bioética & Debat. Aspectos Bioéticos de la relación asistencial en situación de fragilidad* . Institut Borja de Bioética. Año XI N°40. pp 3-6.

Dalla Giorgia; P.; et al. (2001). *Is consent in medicine a concept only of modern times?* Journal of Medical Ethics;27:59–61.

De Zan, J. (1989). *Moralidad o eticidad o Kant y Hegel. Cuadernos de Ética, N° 7* . Buenos Aires.

Di Doménico, C. (1998). *Consentimiento Informado e innovación científico-tecnológica* . JA, 1998-IV-734.

Emanuel, E.J.; Emanuel, L. L. (1992). *Four models of the physician-patient relationship*. Journal of American Medical Association, 267: 2221-2226.

Etchegoyen, H. (1986). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.

Faden, R.; Beuchamp, T. (1986). *A History and theory of Informed Consent*. New York: Oxford Univ. Press.

Fariña, J. (1995). *Ética Profesional*. Buenos Aires: Dossiers bibliográficos en Salud Mental y Derechos Humanos. Universidad de Buenos Aires.

Fariña, J.; Benyakar, M.; Salomone, G. (2003). *La multimedia IBIS sobre cuestiones éticas en la práctica clínica: El Consentimiento Informado* . En Memorias de las X Jornadas de Investigación. 14 y 15 de agosto de 2003. Tomo III: Universidad de Buenos Aires. ISSN 1664-6750 pp.243-247.

Fernández Pérez, J. (2001). *Elementos que consolidan al concepto de profesión. Notas para su reflexión*. Revista Electrónica de Investigación Educativa. Vol. 3 N° 2.



Ferrater Mora, J. (1969). *Diccionario de Filosofía* . Buenos Aires: Editorial Sudamericana.

França Tarragó, O. (2005). *Ética para Psicólogos. Introducción a la Psicoética*. Bilbao: Desclée de Brouwer. 5º Edición.

França Tarragó, O.; Galdona, J. (1992). *Introducción a la ética (profesional)*. Montevideo: Escuela de artes gráficas Don Orione.

Franco, A.; Mendoza, N.; Mora, M. (2004). *Consentimiento Informado en psicoterapia. Revisión desde la MBE*. Recuperado el Enero de 2010, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502004000200005&script=sci_arttext.

Fridman, P. (2003). *Discusión acerca del consentimiento informado en psicoterapias* . En *Perspectivas Bioéticas*. Año 8. Nº 15 Bis. Págs.77-82. Buenos Aires: Ediciones del signo.

Gafo, J. (1997). *10 palabras clave en Bioética*. Navarra: Verbo Divino.

Gallegos Díaz, L. (1999). Tesis Doctoral. *Realidad y Ética en Xavier Zubiri* . Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

Garay, O. E. (Abril de 2010). *Apostillas acerca de la ley 26.529 de Derechos del paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud* . UNESCO.

García de Diego, V. (1979). *Diccionario Ilustrado Latino-Español/Español-Latino* . Barcelona: Bibliograf.

Gervasoni, M. (2009). *La información en el Consentimiento Informado. Preferencias en una muestra de la población urbana en Uruguay*.



Mendoza: Tesis de Maestría en Bioética, Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas.

González Sánchez, M. (Octubre de 1997). *Intimidad y secreto médico*. Madrid: IV Congreso nacional de Derecho Sanitario, organizado por la Asociación española de Derecho Sanitario.

Gracia, D. (1989). *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema.

Gracia, D.; Júdez, J. (2004). *Ética en la práctica clínica*. Madrid: Triacastela.

Habermas, J. (1986). *La modernidad: un proyecto incompleto*. Barcelona: Kairós.

Hermosilla, A. (2010). Consentimiento Informado: el problema de la aplicabilidad de la norma en psicología. *Revista Argentina de Psicología*, 32-41.

Hermosilla, A. et al. (Diciembre de 2009). Contextos de producción de documentos deontológicos de la psicología. Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Hermosilla, A.; Di Doménico, M. (2000). Psicoterapia y consentimiento informado. En O. Calo, & A. Hermosilla, *Psicología, ética y Profesion: Aportes deontológicos para la integración de los psicólogos del MERCOSUR*. (págs. 37-46). Mar del Plata: Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Hermosilla, A.; et al. (2007). Dilemas éticos en el ejercicio de la psicología: resultados de una investigación. *Revista Fundamentos en Humanidades. UNSL. ISSN 1515-4467*, 91-106.



Highton, E.; Wierzba, S. (2003). *La relación Médico-Paciente: El consentimiento informado*. Buenos Aires: Ad-Hoc.

Käes, R. (2007). Conferencias Käes 2007. *El malestar en el mundo moderno, los fundamentos de la vida psíquica y el marco metapsíquico del sufrimiento contemporáneo*. Buenos Aires, Argentina: Asociación argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo.

Kania, W. (2005). *El significado de lo correcto según W. D. Ross*. En Centro de Estudios Históricos y Teológicos de Silesia, Polonia: Universidad de Silesia. Vol. Especial 38. pp. 143-156.

Kant, I. (1983). *Crítica a la razón pura. (Metodología Trascendental: sección segunda, capítulo II)*. Buenos Aires: Losada.

Kant, I. (1984). *Teoría y praxis. Capítulo I: de la relación de la teoría con la práctica en la moral en general*. Buenos Aires: Leviatán.

Keegan, E.; Rutzstein, G. (2003). *Justo y necesario. El consentimiento informado en Psicoterapia*. En Perspectivas Bioéticas. Año 8. N° 15 Bis. Págs.55-60. Buenos Aires: Ediciones del Signo.

Klappenbach, H. (1998). *Incumbencias del Psicólogo: Antecedentes históricos y situación actual*. San Luis: Mimeo.

Klappenbach, H. (2006). Periodización de la Psicología en Argentina. *Revista de Historia de la Psicología; 27. Publicación de la Universitat de Valencia*, 109-164.

Lewkowicz, I. (2004). *Pensar sin Estado*. Buenos Aires: Paidós.

Lolas Stepke, F. (1997). *Bioética: una palabra con historia*. Santiago de Chile, Chile. <http://www.bioetica.uchile.cl/doc/biohis.htm#top>: Centro Interdisciplinario de estudios en Bioética. Universidad de Chile.



López Guzmán, J.; Aparisi Miralles, A. (1994). *Aproximación al concepto de Deontología* . En Revista Persona y Derecho Nº 30, España: Dto de Filosofía. Instituto de Derechos Humanos. Universidad de Navarra.

Losada, C. (2010). *Secreto Profesional y Habeas Data* . Trabajo presentado en el II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología; XVII Jornadas de Investigación en Psicología y VI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.

Mainetti, J. (1991). *Bioética sistemática*. La Plata: Quirón.

Maliandi, R. (2010). *Ética y biotecnología: cuestión de principios* . República de Uruguay: Revista Red Bioética. UNESCO. Consultado en http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Maliandi_Etica_y_Biotecnologia__Cuestion_d_e_principios.doc en julio de 2010.

Maliandi, R. (2004). *Ética: conceptos y problemas*. Buenos Aires: Biblos.

Mariñelarena Mariñelarena, J.; Cote Estrada, L. (2010). *Códigos de ética en medicina. Su transitar por la historia* . En revista Cirujano General Vol. 32 Núm. 1. México.

Martínez, S. (2007). Actitud de los alumnos próximos a graduarse como psicólogos respecto a su postura ética frente a la profesión. Mar del Plata: Investigación de Pre-grado de la Facultad de Psicología de la UNMDP.

Marturet, H. (2001). *La reconstrucción del proyecto de la modernidad de Jürgen Habermas* . Revista electrónica Criterio. Consultado en Agosto de 2010 en <http://www.revistacriterio.com.ar/politica-economia/la-reconstruccion-del-proyecto-de-la-modernidad-de-jurgen-habermas/>.



Ministerio de Educación de la Nación Argentina. (1980). *Resolución 1560* .

Montenegro, R. (2003). *Consentimiento Informado en Psicoterapia* . En *Perspectivas Bioéticas*. Año 8. N° 15 Bis. Págs.27-32. Buenos Aires: Ediciones del signo.

Nación Argentina. (1949). *Constitución de la Nación Argentina* .

Nación Argentina. (1967). *Ley 17.132: Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas*. . Publicada en el BO el 30/01/1967 (texto actualizado).

Nación Argentina. (1993). *Ley 24.193 de Trasplantes de órganos y materiales anatómicos* . Publicada en B.O. el 26/04/1993.

Nación Argentina. (2006). *Ley 26.130 Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica* . (2006) Publicada en el B.O. el 29/08/2006.

Nación Argentina. (2009). *Ley 26.529 de Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud* . Publicada en el BO el 20/11/2009.

Nación Argentina. (2010). *Ley Nacional 26.657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental* . Publicada en el B.O. el 3/12/2010.

Nesis, J. (2003). *Ética y psicoterapia: una edición dedicada al consentimiento Informado* . En *Perspectivas Bioéticas*. Año 8. N° 15 Bis. Págs.9-14. Buenos Aires: Ediciones del signo.

Nikken, P. (1994). *Estudios básicos de derechos humanos I. Sobre el concepto de Derechos Humanos* . No. 1. San José, Págs. 15-37.



Nogueira, R. (2003). *Consentimiento informado en psicoterapia* . En Perspectivas Bioéticas. Año 8. Nº 15 Bis. Págs.68-76. Buenos Aires: Ediciones del signo.

Organizacion de las Naciones Unidas. (1948). Declaracion Universal de los Derechos Humanos.

Pakman, M. (2003). *Consentimiento Informado, bioética, derechos humanos y discurso legal* . En Perspectivas Bioéticas. Año 8. Nº 15 Bis. Págs.45-52. Buenos Aires: Ediciones del Signo.

Pfeiffer, M. L. (2010). *Veracidad y consentimiento informado en la práctica médica* . Revista Red Bioética. Unesco. Consultado en Julio de 2010 en Unesco en agosto 2010 en http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Pfeiffer__Veraidad_y_consentimiento_informado.doc.

Pitlevnik, L. (2003). *Consecuencias penales del consentimiento informado en psicoterapia* . En Perspectivas Bioéticas. Año 8. Nº 15 Bis. Págs.33-44. Buenos Aires: Ediciones del signo.

Provincia de Buenos Aires. (1985). *Ley 10.306 del Ejercicio profesional de la Psicología* . Publicada en BO el 06/09/1985.

Rawls, J. (2006). *Teoría de la Justicia*. México: Fondo de Cultura Económica.

Real Academia Española. (2010). *Diccionario de la RAE. Vigésima Edición* .

República de Francia. (1789). *Declaración de los derechos del hombre y del ciudadano* . Consultado en Élisée, presidencia de la Republica de Francia, en <http://www.elysee.fr/>, en Julio de 2010.



Robinson, A.; Thomson, R. (2001). Quality and Safety in Health Care. *Variability in patient preferences for participating in medical decision making: implication for the use of decision support tools* , N°10; 34-38.

Salomone, G. (2003). *El Consentimiento Informado y la responsabilidad: un problema ético* . En Memorias de las X Jornadas de Investigación. 14 y 15 de agosto de 2003. Tomo III: Universidad de Buenos Aires. ISSN 1664-6750 pp.284-287.

Sampieri, R. (1997). *Metodología de las investigaciones*. Colombia: Mac Graw Hill.

Sánchez González, J. (2003). *Observatorio de la calidad en la educación superior en psicología de Colombia*. Recuperado el Marzo de 2010, de La formación del psicólogo en una perspectiva internacional: http://www.ascofapsi.org.co/observatorio/documentacion/formacion_psico_perspectiva%20inter.pdf

Sánchez González, M. A. (2005). II Jornada Campus Virtual UCM: cómo integrar investigación y docencia en el CV-UCM. *Los modelos del razonamiento moral y la investigación de la ética utilizando internet: la "red de conciencia virtual", un proyecto de investigación inspirado en el coherentismo* . Editorial Complutense, Madrid, pp. 349-358. ISBN 84-7491-787-5.

Simón, P. (2006). *Diez mitos en torno al consentimiento informado* . An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl. 3): 29-40.

Tarodo Soria, S. (2006). *La doctrina del Consentimiento Informado en el ordenamiento jurídico norteamericano* . Revista Derecho y Salud N°14. pp 109-432.



The National Comision for the protection of humans subjects of biomedical and Behavioral reserach. (1978). *Informe Belmont*.

Toselli, L. (2001). Consentimiento Informado y escolaridad en las prácticas psicoclínicas. *II Jornadas Nacionales: el lugar de la Etica en la formación, el ejercicio profesional y la regulación de la práctica de los psicólogos, organizadas por la Facultad de Psicología de la UNMDP*. Mar del Plata.

Tristam Engelhardt, H. (1995). *Los fundamentos de la Bioética*. Barcelona: Paidós.

Velasco Arroyo, J. C. (1990). Anuario de Derechos Humanos. *Aproximación al concepto de Derechos Humanos* . Vol. 7. Págs. 269-284. Madrid.

Vilanova, A. (2003). *Discusión por la Psicología*. Mar del Plata: Departamento de servicios gráficos de la UNMDP.

Vilanova, A. (1992). *La Psicología: sus problemas fundamentales*. Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría.

Vilanova, A.; Di Doménico, M. (1999). *La psicología en el Cono Sur. Datos para una historia*. Buenos Aires: Editorial Martín.

Vollmann, J.; Winau, R. (1996). *Informed consent in human experimentation before de Nuremberg Code* . British Medical Journal 313 (7070), 1445–7.

Von Engelhardt, D.; Mainetti, J.; Cataldi Amatriain, R.; Meyer, L. (editores). (2004). *Bioética y Humanidades Médicas*. Buenos Aires: Argentina.



Zanatta, A. (2007). Cuestiones éticas en la relación profesional de la salud-usuario: del paternalismo a la autonomía. *Revista Nexos de la Universidad Nacional de Mar del Plata. N°14* .

Zanatta, A. (2003). *Paternalismo, autonomía y consentimiento informado en la interacción profesional de la salud-usuario. Actitudes del profesional de la salud*. Sevilla: Tesis Doctoral.

Zanier, J.; Pereyra, J.; Abraham, A.; Asnariz, T.; Castellanos, B.; Hooft, P.; Rodriguez, C.; Salvador, H. (1998). *El consentimiento Informado en la relación paciente equipo de salud*. Mar del Plata: Ediciones Suárez.

Zubiri, X. (1984). *Inteligencia sentiente: I. Inteligencia y realidad* . 3º Edición. Madrid: Alianza .

