

FACULTAD DE PSICOLOGIA  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

Título del proyecto:

“Evaluación del conocimiento por parte de la población universitaria de la Universidad Nacional de Mar del Plata acerca del consentimiento informado en el ejercicio profesional del psicólogo”.

Informe final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S 143/89

Realizado por:

marichersicla@hotmail.com (R. Negro)

Chersicla, Mariana Sofía MAT: 5686/02 DNI 29.287.674

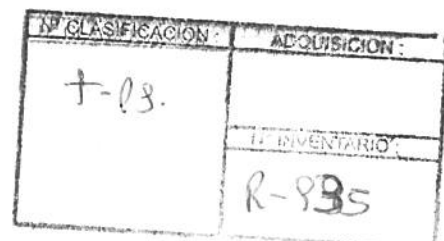
Osácar, María Emilce MAT: 5932/02 DNI 30.688.972

Supervisor: Lic. Hermosilla, Ana

Co-supervisor: Lic. Losada, Marcela

Cátedra de Radicación: Deontología Psicológica

Fecha de presentación:



“Este informe final corresponde al requisito curricular de investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Osácar María Emilce y Chersicla Mariana; de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin previo consentimiento escrito de las autoras.”

“Los que suscriben manifiestan que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas Osácar María Emilce, matrícula N°5932/02 y Chersicla Mariana, matrícula N° 5686/02, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos a los días.....mes..... del año 2009”.

## EVALUACIÓN DEL SUPERVISOR

En la evaluación general del desempeño de las alumnas, señalaremos dos niveles en relación al desarrollo de esta investigación.

Desde lo **actitudinal**, las alumnas manifestó compromiso en la tarea, notándose el mismo en la producción final que esta investigación. Tanto en la búsqueda bibliográfica, en el desarrollo de la metodología y en la realización del trabajo de campo.

Desde lo **académico** consideramos que esta investigación significa un aporte en el desarrollo de nuestra disciplina teniendo en cuenta que sus resultados pueden ser tomados para reflexionar en la formación de los profesionales psicólogos y en el rol de los mismos en la comunidad.

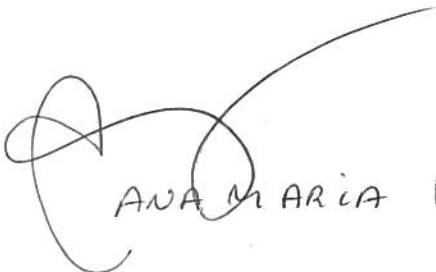
En síntesis la tesis llevada a cabo por las alumnas desarrolla los resultados pertinentes de manera satisfactoria.

En esta evaluación es necesario destacar los siguientes aspectos:

1. El relevamiento bibliográfico ha sido exhaustivo significando una contribución en el desarrollo de la temática abordada
2. El trabajo de campo realizado demuestra la adecuación de los métodos utilizados al tipo de problema a estudiar.
3. El cuestionario utilizado evalúa las dimensiones propuestas como objeto de la investigación.

Es por ello, que consideramos que esta investigación contribuye al conocimiento científico en esta temática permitiendo un aporte a la formación de grado de los psicólogos y a la actitud ética de los estudiantes futuros profesionales de las diferentes unidades académicas.

“Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas Osácar María Emilce, matrícula N° 5932/02 y Chersicla Mariana, matrícula N° 5686/02”.

  
ANA MARIA HERMOSILLO

Firma de los Miembros integrantes de la Comisión Asesora:

Firma:



Aclaración:

Patricia Weissmann

Firma:

Aclaración:

Fecha de aprobación

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**PROYECTO DE INVESTIGACION-REQUISITO CURRICULAR**

**PLAN DE ESTUDIOS 1989 O.C.S 143/89**

**NOMBRES Y APELLIDOS ALUMNA:**

MARIA EMILCE OSACAR 5932/02

MARIANA CHERSICLA 5686/02

**CATEDRA DE RADICACION: PSICOLOGIA CLINICA**

**SUPERVISOR:** Lic. Ana Maria Hermosilla

**CO-SUPERVISORA:** Lic. Marcela Losada

**Título del proyecto:** Evaluación del conocimiento por parte de la población universitaria de la Universidad Nacional de Mar del Plata acerca del consentimiento informado en el ejercicio profesional del psicólogo.

### **Resumen**

El consentimiento informado según el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe. P.R.A.) establece que “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. La obligación de obtener el consentimiento da sustento al respeto por la autonomía de las personas, entendiendo que dicho consentimiento 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 participara, 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.”

La presente investigación constituye una aproximación exploratoria descriptiva de tipo transversal, tomando como objeto de estudio a la población universitaria de la Universidad Nacional de Mar del Plata que haya recibido o se encuentre actualmente en tratamiento Psicológico. Se indagará el conocimiento y concientización de la existencia del consentimiento informado por parte de los estudiantes de dicha universidad.

Para cumplir con el objetivo mencionado, se recurrirá a una consulta bibliográfica y a la aplicación de un instrumento de información conformado por una escala tipo Lickert y un cuestionario de conocimiento sobre el consentimiento informado en el ejercicio profesional del psicólogo en el ámbito clínico.

Dichos instrumentos se administrarán en forma individual y anónima a fin de resguardar la identidad de los estudiantes, respetando de esta manera el imperativo de veracidad.

Este trabajo tiene la finalidad de exponer la información recogida mediante un análisis cualitativo, cuantitativo y a través de técnicas de triangulación se entrecruzaran ambos análisis.

### Palabras claves:

Consentimiento informado – ámbito clínico – población universitaria

### Objetivo general:

Detectar el conocimiento y conciencia acerca del consentimiento informado por parte de los estudiantes universitarios que hayan estado o estén actualmente en tratamiento psicológico, el cual debe ser respetado en la estructuración ética de la relación interpersonal que se establece en el ámbito clínico.

### Objetivos particulares:

Evaluar el conocimiento que tienen los estudiantes de la Universidad Nacional de Mar del Plata acerca del consentimiento informado en la práctica profesional del psicólogo en el ámbito clínico.

Evaluar si los estudiantes de la Universidad Nacional de Mar del Plata reconociendo la existencia del consentimiento informado en la práctica clínica, consideran que es aplicado y respetado por el psicólogo.

### Descripción detallada

#### Motivos y antecedentes:

Uno de los principales motivos que nos impulsaron a abordar esta investigación fue el cursado de la materia “Deontología Psicológica”, dictada en el primer cuatrimestre del cuarto año de la carrera Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, la cual nos permitió adquirir conocimientos acerca de las normas éticas y deontológicas en general y del consentimiento informado en particular, dentro del ejercicio profesional del psicólogo, a través del Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A.), el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, y la Ley 10.306 de la Reglamentación del Ejercicio de la Psicología en la Provincia de Buenos Aires.

La adquisición de estos contenidos despertaron inquietudes en nosotras en relación al conocimiento por parte del paciente de los derechos y deberes propios y los del profesional en relación a él.

Son numerosas las investigaciones realizadas en relación al consentimiento informado durante este último tiempo, pudiendo mencionar las siguientes : “Psicología y Ética: Ciencia y Profesión” (oca 1070/07), referida a los dilemas éticos en psicología en la practica profesional de los psicólogos, dirigida por Ana Maria Hermosilla; “Psicología y Moralidad” (oca 1445/04), referida a los factores psicológicos en la constitución de la moralidad e Instituciones y posiciones subjetivas, “La interacción del profesional con los códigos o No tomar las cosas al pie de la letra...” de Orlando Calo de la Universidad Nacional de Mar del Plata; “La ética en Psicología y su relación con los derechos humanos” dirigida por Andrea Ferrero de la Universidad de San Luis en el año 2000; “Responsabilidad Profesional en la Psicoterapia” de Miriam Alicia, Velcoff y el Dr. Juan Carlos Verduci. “El consentimiento informado en la practica profesional de los Psicólogos” de la Dra. Anahi Zanata.

A nivel internacional pudimos detectar las investigaciones realizadas por Maria Inés Winkler Muller, “La ética en la formación y el ejercicio profesional de la psicología en Chile: un diagnóstico multidimensional” en el año 2005; “Ética y Genero en Psicología: Historia y Representaciones Actuales” en el año 2003. Dichas investigaciones fueron aprobadas por el CONICYT, Comisión Nacional de Investigación científico y tecnológica. Teniendo en cuenta las normas éticas y deontológicas es importante mencionar al Dr. Andrés J. Consoli Presidente Electo del Grupo de Trabajo de Ética y Deontología Profesional de la SIP del 2005 al 2007.

### **Problema, hipótesis, tipo de investigación, diseño y población:**

Problema de investigación: ¿tienen los estudiantes de la Universidad Nacional de Mar del Plata conocimientos acerca del consentimiento informado en el quehacer profesional del psicólogo?

Variable: conocimiento de los estudiantes de la Universidad Nacional de Mar del Plata acerca del consentimiento informado en el quehacer profesional del psicólogo.

Hipótesis: los estudiantes de la Universidad Nacional de Mar del Plata que han sido asistidos o estén recibiendo tratamiento psicológico, no poseen la adecuada y suficiente información que deberían tener acerca del consentimiento informado.

Tipo de investigación: exploratorio descriptivo

Diseño: no experimental, transversal.

Población: estudiantes universitarios de la Universidad Nacional de Mar del Plata

Muestra: será determinada por azar simple.

Lugar de realización del trabajo: Universidad Nacional de Mar del Plata

### **Métodos y técnicas**

Para medir la variable “conocimiento de estudiantes de la Universidad Nacional de Mar del Plata acerca del consentimiento informado en el quehacer del psicólogo”, se diseñará una escala tipo Lickert y un cuestionario de conocimiento sobre diferentes aspectos del consentimiento informado con el carácter de encuesta de opinión cuya modalidad será anónima y administrada de manera individual.

El análisis de los datos será cualitativo y cuantitativo, implementándose técnicas de triangulación para relacionar ambos tipos de análisis.

**Cronograma de actividades:**

| <b>ACTIVIDADES</b>                                   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> |
|--|----------|----------|----------|----------|
| Búsqueda de bibliografía.                            | x        |          |          |          |
| Lectura y profundización.                            | x        |          |          |          |
| Construcción de Marco Teórico.                       | x        |          |          |          |
| Elaboración de instrumentos de recolección de datos. |          | x        |          |          |
| Acercamiento.  |          | x        |          |          |
| Administración del instrumento.                      |          |          | x        |          |
| Sistematización de los resultados obtenidos.         |          |          | x        |          |
| Interpretación de las conclusiones.                  |          |          |          | x        |
| Elaboración del informe final.                       |          |          |          | x        |


## **Bibliografía**

- Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina. (Fe.P.R.A.)
- Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires.
- Sampieri, R (1997) Metodología de la Investigación. Colombia, Mc Graw Hill.
- Velcoff y Verducci. La responsabilidad profesional en psicoterapia. En línea disponible en: <http://www.aap.org.ar/publicaciones/forense/index-forense.htm>
- Zanatta, A.( 2004). “El consentimiento informado en la práctica profesional de los psicólogos.” Trabajo presentado en el Pre-congreso Marplatense de Psicología, Facultad de Psicología.

FIRMA DE LA SUPERVISORA:

  
.....  
(LIC. ANA MARIA HERMOSILLA)

FIRMA DE LA CO-SUPERVISORA:

  
.....  
(LIC. MARCELA LOSADA)

FIRMA DEL ALUMNO:

  
.....  
(MARIA EMILCE OSACAR)

FIRMA DEL ALUMNO:

  
.....  
(MARIANA CHERSICLA)

P/ AREA DE INVESTIGACION

RESULTADOS DE LA EVALUACION (APROBADO/ REHACER)

FECHA: 20/11/2007



Patricia Weismann

## INDICE

| Temas  | Páginas |
|--|---------|
| 1. <i>Introducción</i> .....                                       | 1       |
| 2. <i>Estado del arte</i> .....                                    | 3       |
| 3. <i>Conceptualización de consentimiento informado</i> .....      | 12      |
| 4. <i>Conceptualización de Ámbito clínico</i> .....                | 13      |
| 5. <i>Conceptualización de Población universitaria</i> .....       | 13      |
| 6. <i>Concepto del Consentimiento informado</i> .....              | 14      |
| 7. <i>Evolución histórica</i> .....                                | 15      |
| 8. <i>Evolución del término</i> .....                              | 22      |
| 9. <i>Marco psicosocial</i> .....                                  | 25      |
| 9.1 <i>Interacción del profesional terapeuta-paciente</i> .....    | 25      |
| 9.1. a <i>Relación médico-paciente en la medicina fliar</i> .....  | 25      |
| 9.1. b <i>Tipos de relaciones médico-paciente</i> .....            | 26      |
| 10. <i>La meta de la veracidad: El consentimiento valido</i> ..... | 31      |
| 11. <i>Relación entre Consentimiento y Mala Praxis</i> .....       | 32      |
| 12. <i>Bioética</i> .....  | 35      |
| 12.1 <i>Presentación de la Bioética</i> .....                      | 35      |
| 12.2 <i>Principios de la Bioética</i> .....                        | 37      |
| 13. <i>Estudio empírico</i> .....                                  | 39      |
| 13.1 <i>Objetivo general</i> .....                                 | 39      |
| 13.2 <i>Objetivos particulares</i> .....                           | 39      |
| 14. <i>Instrumento</i> .....                                       | 40      |
| 14.1 <i>Diseño</i> .....   | 40      |
| 14.2 <i>Técnicas de recolección de datos</i> .....                 | 40      |
| 15. <i>Muestra</i> .....   | 41      |
| 16. <i>Conclusiones y propuestas</i> .....                         | 71      |
| <i>Anexo</i> .....   | 76      |
| <i>Referencias Bibliográficas</i> .....                            | 81      |



## 1. Introducción

Unos de los problemas centrales a la ética profesional en salud mental es la confrontación del campo deontológico-normativo con la dimensión clínica.

Nuestra intención es reflexionar sobre el consentimiento informado, el cual vela por el derecho de las personas de someterse a un tratamiento solo bajo su aceptación libre y voluntaria. Nos interesa también analizar la noción de autonomía que es su fundamento en tanto bien protegido por la norma.

En otros tiempos la prescripción médica era indiscutida por los pacientes y su núcleo familiar. Hoy, modernos conceptos de Bioética, indican el respeto por la libertad individual del paciente y su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo.

Se conoce como "Consentimiento Informado" al acto por el cual el paciente expresa su voluntad a someterse a tal o cual método diagnóstico o terapéutico del que ha sido informado pormenorizadamente sobre su esencia, riesgo, eficacia, molestias ocasionadas, etc. (Fraraccio, 2008). En realidad debiera llamárselo *decisión informada* (Rodríguez de Armas, R. 2001), ya que el paciente puede decidir aceptar o no, la propuesta del médico.

Consideramos relevante destacar para nuestra investigación los antecedentes más importantes en el nacimiento del principio del Consentimiento Informado. El primero de ellos proviene del ámbito judicial. La tradición paternalista en la cual el médico tomaba decisiones sobre el tratamiento sin consultar a los pacientes dio lugar a EE.UU a numerosos juicios. Otro hecho histórico relevante que dio origen al consentimiento y al mismo tiempo el más conocido, fueron los juicios de Nuremberg posteriores a la segunda guerra mundial, en los cuales un tribunal judicial se encargó de juzgar a los responsables de los crímenes de guerra nazi.

Posteriormente a los juicios, el Tribunal redactó un código de conducta conocido como el Código de Nuremberg (1946), documento que marca un hito

sobre la experimentación con seres humanos y en la cual aparece la obligatoriedad de obtener el consentimiento voluntario del sujeto.

Hoy en día el Consentimiento Informado no solo es uno de los derechos de los usuarios, sino también un deber legal de los profesionales ya que su incumplimiento genera gran parte de las demandas judiciales, consideramos importante poder abordarlo.

En definitiva, el consentimiento informado es la puesta en práctica de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en lo que concierne al ámbito sanitario. Es decir el derecho a ser respetado como persona adulta que debe poder decidir sobre las cuestiones que le afectan, aunque este enferma. Pone de manifiesto derechos generales que no se han de infringir, pero no trata de las necesidades concretas del enfermo.

El Consentimiento Informado va a ser abordado en la presente tesis como el representante del respeto por la autonomía de las personas, que establece el requisito de solicitar una autorización expresa antes de realizar determinada intervención por parte del profesional actuante. Siendo el objetivo general de nuestra investigación detectar el conocimiento y conciencia acerca del consentimiento informado por parte de los estudiantes universitarios que hayan estado o estén actualmente en tratamiento psicológico. La incorporación de este principio en la práctica profesional de los psicólogos es bastante reciente. Actualmente está contemplado como normativa en el Código de Ética de la Fe.P.R.A. (Zanatta , 2004).

## 2. Estado del arte

Son numerosas las investigaciones realizadas en relación al Consentimiento Informado (CI) en la práctica clínica, durante este último periodo de tiempo, a pesar de que su incorporación es bastante reciente en la práctica profesional del psicólogo, se pueden mencionar las siguientes investigaciones:

- “La Dimensión Ética en la Investigación Psicológica” de Adela Leibovich de Duarte, Buenos Aires, Octubre 2009. Este trabajo aborda diversas facetas de la temática ética en la investigación psicológica. Para ese fin recorre los distintos momentos, desde la selección del tema a investigar, el planeamiento y diseño de la investigación, pasando por el proceso investigativo y la publicación, hasta la custodia de los datos de la investigación. Analiza los problemas éticos que se le presentan al investigador/a en cada uno de esos momentos y presenta algunos ejemplos, que han generado, y generan, diversos cuestionamientos. Se hacen consideraciones acerca de temas que tienen que ver con el cuidado y respeto por los participantes: el consentimiento informado, el engaño u omisión, el daño físico y/o psíquico, la invasión de la privacidad, la confidencialidad, plagio y fabricación de datos o falsificación de resultados.

- “Ética y psicología clínica” realizado por Rosángela Mendoza, María. Diciembre 2005. La autora parte de la definición de los conceptos de ética y moral, de los valores y su naturaleza objetiva/subjetiva, enfatizando su importancia para los profesionales de la conducta, así como también lo que sustentan sus modelos de ayuda y el respeto al sistema de valores del cliente. Se realiza un esbozo histórico y conceptual de la bioética desde el Juramento Hipocrático hasta la redacción del Informe Belmont en 1979, planteando los cuatro principios legados del mismo: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia, definidos y concretizados en la práctica de nuestro quehacer. Se analiza la complejidad de la aplicación en

psicoterapia del Consentimiento Informado. Se estimula al estudio del Código de Ética propuesto por el Colegio Dominicano de Psicólogos, y al entrenamiento en estudiantes de psicología de las pautas internacionales para la protección de los sujetos humanos en las investigaciones.

- “El consentimiento informado en la práctica profesional de los psicólogos” realizado por la Doctora Anahi Zanatta, Mar del Plata, Septiembre 2004. En este trabajo retoma los dos antecedentes que considera más importantes para el nacimiento del consentimiento informado como principio; la tradición paternalista y los juicios de Nuremberg. También se propone reflexionar acerca de la cuestión del paciente para dar consentimiento y la información que debemos brindar como paso previo para ello.

- “Actitudes de profesionales de la salud hacia el paternalismo, la autonomía de los usuarios y la deliberación moral” realizado por la doctora Anahi Zanatta en el 2004 en su tesis de doctorado. En este trabajo aborda el tema del consentimiento por parte de los profesionales de la salud. Este trabajo se propuso describir las actitudes de los profesionales hacia el paternalismo, la autonomía de los pacientes y la deliberación moral. Los profesionales mostraron un alto grado de acuerdo con las afirmaciones referidas a la deliberación moral, y menor grado de acuerdo con las del paternalismo. Por otro lado, hubo un alto grado de coincidencia entre los resultados obtenidos a cerca de la influencia de las variables demográficas en el análisis individual de las afirmaciones, y los obtenidos en el análisis de las dimensiones de paternalismo, autonomía y deliberación moral, indicando que la metodología utilizada fue valida. Se obtuvieron como resultado: 1- la actitud hacia la autonomía estuvo asociada con el género, 2- hubo una tendencia consistente, de los médicos con menor experiencia a mostrarse menos favorables hacia la autonomía de los pacientes.

- “Responsabilidad profesional en la psicoterapia” de Miriam Alicia, Velcoff y el Dr. Juan Carlos Verducci, Junio 2001. Intentan esquematizar los perfiles y ángulos de la responsabilidad profesional en la psicoterapia marcando claramente este procedimiento de las ciencias del curar como aquella que utiliza “la cura por la palabra”. Este contrato particular tendría además de las habituales consideraciones del contrato profesional de medio, como objetivo central, una prestación que intente prevenir, mejorar o recuperar la salud mental del individuo. Se verá como los derechos y deberes en las partes intervinientes resultan al final vertiente del mismo contrato, viendo además de los derechos y deberes de los pacientes, lo de los profesionales, que deberán ser respetados de igual forma y cumplirse en el marco de la relación contractual “bifronte”. El profesional se obliga a ejecutar una tarea dentro de un contrato generalmente verbal basado en la calidad especial del contratante, adquiriendo importancia marcada dado el nivel de confianza en juego que deposita el paciente en la habilidad e idoneidad del profesional al que contrata, considerando los aspectos particulares de vulnerabilidad, privacidad, libertad, confidencialidad del mismo.

- “Dilemas éticos en psicología” realizado por el grupo de investigación de la Universidad Nacional de Mar del Plata. A partir del proyecto iniciado en 1995, denominado *Estudio comparativo de las normativas deontológicas para el ejercicio de la Psicología*. Los resultados obtenidos permitieron fundamentar la redacción de un Código de Ética Nacional, adoptado por la Federación de Psicólogos de la República Argentina en abril de 1999. Posteriormente se desarrolló el proyecto: *Situación legal del ejercicio de los psicólogos argentinos* donde se realizó un estudio comparativo de las leyes de ejercicio profesional en Argentina que, relacionado con el proyecto anterior permitió abordar la situación legal



de la Psicología en el país y en el Mercosur. En una tercera etapa se desarrolló el proyecto *Dilemas éticos en la práctica profesional de los psicólogos* se articuló con otro que viene desarrollándose en la Universidad Nacional de Buenos Aires y que investiga la relación de los psicólogos con los dilemas éticos que suelen presentarse en su accionar profesional. Nuestro aporte se centró en los principales dilemas que implican al psicólogo en su práctica clínica y en docencia, centrándolo en nuestra región. En esta oportunidad nos ocuparemos de la Responsabilidad Profesional de los psicólogos con especial énfasis en aspectos relacionados a la mala praxis, el consentimiento informado y el secreto profesional.

- “Consentimiento informado en la práctica psicológica”. La investigación se encuentra enmarcada dentro del proyecto *“Dilemas éticos en la práctica profesional de la Psicología”*, que dirige Ana María Hermosilla. Dicho proyecto se enmarca en la línea investigativa que comenzó en 1995 y que atravesó temáticas inherente a la ética profesional en el ejercicio de la psicología. Se abordara en esta oportunidad la norma del *consentimiento informado* como uno de los aspectos inherentes a la práctica psicológica. El consentimiento informado es una obligación para el psicólogo y constituye un derecho para los consultantes. El presente estudio se propone indagar, la aplicación de la norma de consentimiento informado (CI) en la relación psicólogo-usuario, de las salas y centros de salud dependientes de la municipal de Gral. Pueyrredón : a) su aplicación; b) la información que posee el usuario al respecto y c) si este último lo reconoce como un derecho. A diferencia del proyecto mayor (ver inciso I) que se encuentra investigando la norma del C.I. desde la óptica de los profesionales, esta investigación estará abocada a la recolección de información desde la visión de los pacientes-usuarios de los servicios psicológicos mencionados.

- “Consentimiento Informado en los Experimentos en Seres Humanos “ Lic. Alban Bonilla Sandin. El consentimiento informado es un requisito ético-jurídico esencial para que un paciente participe en una investigación científica. Helsinki (art.22): el paciente debe saber objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, conflictos de intereses, afiliaciones del investigador, beneficios y riesgos previstos e incomodidades. Las pautas éticas exigen además: duración, confidencialidad, responsabilidad civil, libertad de participar y de retirarse, si el producto estará a su disposición, razones de la selección. Oportunidad de preguntar. Consentimiento documentado. Se puede retener información, con autorización del CEC, si ésta incide en los resultados.

A nivel Internacional pudimos detectar las siguientes investigaciones:

- “El consentimiento informado; una acción imprescindible en la investigación médica”. Realizado por los Dr. Miguel L. Castellanos Arcís; Dr. José Manuel López Fernández; Dra. Mabel Caballé Ferreira; Dr. Hugo García Alderete en el año 2009 en la Habana, Cuba. Se hizo una revisión de los conceptos éticos y bioéticos para adentrarse en el consentimiento informado. El conocimiento científico ha conducido a notables avances que han sido de gran beneficio para la humanidad. El desarrollo de estas ramas científicas trae consigo serios problemas éticos, por los cuales deben velar los hombres de ciencia y además todos los miembros de la sociedad. La Medicina hoy día, posee una fuerte carga experimental y surgen extrapolaciones desde el laboratorio de investigaciones, al hombre. Las investigaciones que se realizan, cada vez con mayor frecuencia, hacen

participes a las personas, y un procedimiento imprescindible en las investigaciones con seres humanos, lo constituye el otorgamiento por los sujetos del consentimiento informado para su inclusión en el estudio. Este aspecto no constituye una acción aislada destinada a lograr que el paciente firme un documento autorizando al equipo de salud, a realizar un tratamiento o investigación, sino un proceso donde deben ser explicadas todas las acciones para la salud, en cualquiera de los 3 niveles de atención. En esta revisión se detallan los aspectos fundamentales que deben discutirse con el paciente sobre los principios y elementos que deben estar contenidos en la conversación y planilla para el otorgamiento del consentimiento.

- “El consentimiento informado en investigación de psicología hospitalaria” de Kátia Cristine Cavalcante Monteiro. Julio 2007. Brasil. El presente trabajo visa discutir el consentimiento informado en investigaciones de psicología hospitalaria. El concepto de Consentimiento es un documento sugerido por declaraciones internacionales y resoluciones que hablan acerca de las investigaciones que involucran a seres humanos. En ese documento, el Consentimiento del ser humano es esencial y su función principal es establecer la responsabilidad del investigador de garantizar el acceso a las informaciones necesarias para que el sujeto comprenda cuales procedimientos le serán realizados y juzgue si es interesante o no su participación. El psicólogo hospitalario puede actuar como un investigador o como miembro de un Comité de Ética en Investigación. Su desafío principal es proponer mecanismos que disminuyan la asimetría de la relación entre el científico y los voluntarios, asegurando un diálogo que garantice no solamente la voluntariedad del individuo, sino que un real proceso de comunicación entre las partes ocurra.

- En el año 2005, Antonio Bolívar y colaboradores de la universidad de Granada, realizó un trabajo llamado: “El lugar de la ética

profesional en la formación universitaria”, el mismo analiza el lugar que ocupa la educación en valores en los niveles de educación superior, diversas razones apoyan que debe recuperar un lugar en el currículum universitario. En este trabajo se examinan, en primer lugar, los componentes y orientaciones metodológicas de la competencia “compromiso ético”, dentro de una formación integral de los profesionales por parte de la universidad. En segundo lugar, muestra, a través de los resultados de una investigación, el grado en que actualmente la universidad se preocupa de la enseñanza de la ética profesional y las demandas que, en este sentido, formulan los alumnos. A su vez, se apuntan formas de inserción curricular para promover dicha competencia en la educación superior. Asimismo, se abogará, basado en experiencias de las mejores universidades, por conjugar dos dimensiones: la enseñanza de la ética profesional y el desarrollo de valores en la experiencia de vida universitaria. Difícilmente puede haber un aprendizaje ético de la profesión si, paralelamente, no hay un desarrollo de valores en la propia institución. Más específicamente, como modo de entrada para la inserción curricular, se apuesta por introducir la ética profesional como parte del plan de estudios de las distintas titulaciones, señalando cómo está presente la formación en ética profesional en las universidades occidentales, especialmente en sus institutos interfacultativos de Ética y profesiones. Se realizó un Cuestionario sobre enseñanza práctica universitaria con 29 ítems y un inventario sobre ética profesional del estudiante universitario, con 24 puntos, que fue pasado a un total de 1454 estudiantes de la Universidad de Granada (correspondientes a las siete titulaciones investigadas: Educación, Psicología, Derecho, Trabajo social, Ciencia y Tecnología de los alimentos, Medicina y Enfermería). El Inventario sobre ética profesional constaba de ítems comunes a todas las carreras y, una parte específica referida a la deontología de cada profesión particular. Los resultados derivados del cuestionario entre estudiantes de las distintas carreras analizadas suelen coincidir en que éstos otorgan gran importancia a la ética en su formación.

Sin embargo, estiman que la atención prestada a la enseñanza de estos principios éticos y deontológicos durante su formación, es escasa o nula, salvo en Derecho, Enfermería y Trabajo social. En conjunto, hay una ausencia generalizada del carácter moral de la educación y de la ética profesional docente, por predominio de enfoques técnico-academicistas, en que se tiende a proveer a los futuros maestros más de contenidos y competencias técnicas, que de conciencia social crítica. No sólo faltan materias específicas dedicadas a la ética profesional, sino también hay una cierta ausencia en todas las asignaturas y en el ambiente de la Facultad. La *ética profesional* está basada en los principios y relaciones éticas que deben mantener los profesionales con sus clientes, con el público en general o con las instituciones. No obstante, para actuar éticamente en el ámbito profesional, se ha de ser una persona ética. Por tal razón, no cabe una ética profesional al margen de la general.

- “Diez claves para la elaboración de informes psicológicos clínico (de acuerdo a las principales leyes, estándares, normas y guías actuales)” .De Eloísa Pérez, Manuel Muñoz y Berta Ausín. Madrid. Diciembre 2003. En el presente trabajo se enumeran una serie de recomendaciones o aspectos clave a considerar en la elaboración de informes psicológicos clínicos (IPC). Dichas recomendaciones emanan de la consideración de los leyes, normas, estándares y guías técnicas más actuales. Se indican 10 puntos clave: poseer la cualificación adecuada, respetar la dignidad, libertad, autonomía e intimidad del cliente, respetar y cumplir el derecho y el deber de informar al cliente, organizar los contenidos del informe, describir los instrumentos empleados y facilitar la comprensión de los datos, incluir el proceso de evaluación, las hipótesis formuladas y justificar las conclusiones, cuidar el estilo, mantener la confidencialidad y el secreto profesional, solicitar el consentimiento informado y proteger los documentos. Dichas recomendaciones se apoyan

documentalmente en el Código Deontológico del Psicólogo (COP, 1987), los estándares de aplicación de los tests educativos y psicológicos de la APA (AERA, APA & NCME, 1999), las Guías para el Proceso de Evaluación Psicológica (GAP) (Fernández Ballesteros et al., 2001; 2003), el Código Ético de la APA (APA, 2002), el Manual de Publicación de la APA (APA, 2001), el Real Decreto de creación de la titulación de psicólogo especialista en Psicología Clínica (Real Decreto 2490/1998), el Real Decreto de Estatutos del Colegio Oficial de Psicólogos (Real Decreto 481/1999), la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (Ley Orgánica 15/1999) y la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Ley 41/2002).

El tema de la autonomía y el fundamentalmente el consentimiento informado tiene un gran desarrollo teórico, empírico, y también jurídico en el ámbito anglosajón. En Europa no tiene la misma raigambre en la jurisprudencia, y este hecho tiene sus ventajas y también sus inconvenientes. Por un lado favorece la discusión de los fundamentos éticos más allá de las cuestiones pragmáticas, y supone anteponer valores éticos universales como el respeto a la dignidad y libertad de las personas. Como contrapartida, hay un desarrollo menor fundamentalmente en su aplicación. En el terreno de la asistencia sanitaria es un tema escasamente explorado, y que podríamos pensar, todavía genera ciertas resistencias. No sólo de parte de los profesionales de la salud, sino también de los mismos usuarios que ignoran en gran medida sus derechos.

En la bibliografía consultada se encuentran gran cantidad de trabajos referidos al consentimiento informado, sobre todo en lo que se refiere a la investigación con seres humanos y a los ensayos clínicos, en el ámbito de la medicina. Muchos de ellos se refieren a la comprensión, y/o a la calidad y cantidad de información del consentimiento informado.

### 3. Conceptualización de consentimiento informado:

La Real Academia Española define al consentimiento como acción y efecto de consentir. Admitir con voluntad determinada el dictamen ajeno o la sugestión propia. Creer, tener por cierta una cosa. Permitir algo, condescender en que se haga. Ser compatible, ofrecer posibilidad.

El consentimiento informado es considerado el paradigma básico del principio de autonomía. Este implica que la persona consiente el tratamiento propuesto y ello supone que ha sido informada sobre sus características y consultada en la decisión. Es un derecho humano primario y a la vez, una exigencia ética y legal para el profesional. (Zanatta, 2007).

El Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe. P.R.A), 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. La obligación de obtener el consentimiento da sustento al respaldo por la autonomía de las personas, entendiéndose que dicho consentimiento es válido cuando la persona que lo brinda lo hace voluntariamente y con capacidad para comprender los alcances de su acto, lo que implica la 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.

#### 4. Conceptualización de Ámbito Clínico:

La Psicología Clínica es la rama de la ciencia psicológica que se encarga de la investigación de todos los factores, evaluación, diagnóstico psicológico, apoyo a la recuperación y prevención que afecten a la salud mental en las condiciones que puedan generar malestar y sufrimiento al individuo humano. Prácticas centrales de esta disciplina son el diagnóstico psicológico y la consejería (la psicoterapia, ejercida por un terapeuta capacitado, tiene un rango aparte), así como también la investigación, enseñanza, consulta, testimonio forense y desarrollo de programas y administración.

#### 5. Conceptualización de Población Universitaria:

Se ha seleccionado para este trabajo de investigación a los estudiantes de formación universitaria pertenecientes a diferentes carreras (Contador Público Nacional, Ingeniería, Abogacía, y Licenciatura en Psicología), de la Universidad Nacional de Mar del Plata, que hayan estado o estén en tratamiento psicológico. Hemos seleccionado dicha población universitaria para evaluar el conocimiento acerca del Consentimiento Informado que poseen los alumnos de cada una de ellas, y con el fin de realizar un estudio comparativo entre estas carreras que consideramos las más tradicionales, dentro de la oferta que ofrece la Universidad Nacional de Mar del Plata.

## 6. Concepto del consentimiento informado:

El consentimiento informado es algo relativamente novedoso para el ejercicio profesional. A lo largo de la bibliografía consultada, se pueden rastrear diferentes concepciones a cerca de dicho concepto.

El Manual de Ética del Colegio de Médicos Americanos define el consentimiento informado: "el consentimiento informado consiste en la explicación de un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como el balance entre los efectos de la misma y el riesgo de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada, la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción, el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente"

Según Stephan Wear (Informed Consent, 1993), cuyo libro es clave para la moderna doctrina sobre el tema, señala como elementos del consentimiento informado: a) Los principios referidos a la autodeterminación de la persona; b) las líneas directrices mas específicas, relacionadas con el daño indemnizable en casos de mala praxis, cuando esta es consecuencia, al menos parcial, de la falta de una previa y adecuada información al paciente. De esta manera *la revelación de la información, la evaluación y comprensión de esa información* (con relación a la experiencia vital del paciente y su sistema de valores), constituyen para el autor el núcleo central de la doctrina del consentimiento informado, a la que agrega *la libertad del sujeto que decide*, y la competencia para consentir.

El Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe. P.R.A), 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. La obligación de obtener el consentimiento da sustento al respaldo por la autonomía de las personas, entendiéndose que dicho consentimiento es válido

cuando la persona que lo brinda lo hace voluntariamente y con capacidad para comprender los alcances de su acto, lo que implica la 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.

Teniendo en cuenta estas definiciones, podemos notar una similitud en cuanto a considerar a que sea el paciente, en pleno uso de sus facultades, el que decida un procedimiento diagnóstico terapéutico, después de haber recibido una información adecuada para poder implicarse plenamente en la decisión final. De esta manera se respeta el derecho de autonomía de las personas, siendo la puesta en práctica de dicha autonomía el consentimiento informado.

## 7. Evolución histórica

Según Cecchetto (2001), el reconocimiento moral de un derecho a la información y a la decisión médica por parte de los pacientes ha sido un fenómeno más o menos reciente. Este camino se encuentra jalonado por múltiples decisiones judiciales de fundamental importancia que han impulsado e incluso impuesto, desde fuera de la tradición médica propiamente dicha, el entronizamiento del principio de autonomía por encima de toda otra consideración beneficiarista. Tal como lo señala Jay Katz “la información y el consentimiento (...) no tiene raíces históricas en la práctica médica”, sino que la ética jurídica la ha forzado a aceptarlo.

La consideración de las responsabilidades penales de los agentes sanitarios ha mutado a lo largo de la historia. Hasta bien entrado el siglo XVIII los médicos gozaban de una impunidad casi completa y son escasos los casos en los cuales debieron justificar sus acciones profesionales ante un tribunal. Martín S. Pernick intentó secuenciar el grado de sensibilidad social que

despertaron las prácticas médicas en torno a la noción de información a lo largo de los dos últimos siglos. Estableció tres periodos bien diferenciados: el primero que va desde 1780 hasta 1890 está marcado por *la negligencia*, el segundo de 1890 a 1920 signado por la *agresión física o la coacción*, y el tercero de 1945 a 1972 por la aparición del *consentimiento voluntario y del consentimiento informado*.

En el primer periodo señalado las dificultades con la información y el consentimiento del paciente fueron clasificadas por los tribunales como casos de negligencia o mala práctica profesional. Sin embargo por regla general estos deslices no resultaban punibles en tanto se hubiera respetado el principio de mayor interés del paciente y este fuera incapaz o incompetente. En este sentido puede decirse que los derechos en este estudio no fueron considerados de manera autónoma, sino ingredientes de un derecho más amplio a la salud, o por mejor decir al bienestar.

El segundo periodo constituido por las denuncias de víctimas involuntarias de la cirugía que acusaban a sus médicos de agresión o coacción. Algunos profesionales operaban sobre los cuerpos de sus pacientes sin que mediara un conocimiento o consentimiento expreso, y por lo tanto, los jueces entendieron que esa violación del principio de permiso lesionaba la autodeterminación de los pacientes así como hubieran lesionado los derechos de cualquier otro hombre, disminuido o no por una enfermedad. La nueva doctrina de la agresión hizo que los expertos tuvieran que subordinar su accionar al mayor beneficio del paciente pero sin intervenir sobre su cuerpo sin permiso. Aun la cantidad y calidad de la información a suministrar al paciente para obtener ese consentimiento no quedaba estipulada en los dictámenes judiciales.

Un hecho histórico importante fueron los Juicios de Nuremberg, posteriores a la segunda guerra mundial, en los cuales un tribunal judicial se encargó de juzgar a los responsables de los crímenes de guerra nazis.

Los acusados se declararon inocentes argumentando que simplemente “cumplían órdenes”, no habían realizado ninguna acción independiente y por lo

tanto no podían ser juzgados como culpables. Sin embargo la acusación sostuvo que había derechos humanos básicos, evidentes e inviolables a los que todas las personas debían obediencia (Kieffer, 1983).

La bibliografía sobre este tema es sumamente extensa, están orientados a mostrar la íntima relación entre las prácticas aberrantes del nazismo y los mecanismos de consenso social que se establecieron para su justificación; un proceso que distintos autores analizan apoyados en la siguiente secuencia:

- se comienza ubicando la “enfermedad” en el lugar de la diferencia, infiriendo de este movimiento la supuesta peligrosidad de la persona;
- se desliza luego a la presunción de epidemia para justificar el aislamiento;
- una vez que se ha logrado consenso para el confinamiento, se prepara el terreno para que otros argumentos de carácter práctico puedan justificar la eliminación.

En el caso del nazismo fueron razones de índole económica las que se invocaron para facilitar la anuencia del pueblo alemán acerca de las exterminaciones (Fariña, 1992).

El tribunal de 1947 estuvo dedicado exclusivamente a juzgar a los médicos nazis y personas involucradas directamente en las tareas de experimentación y muerte en los campos de concentración. Ello colaboró para que el tribunal de Núremberg se esforzara por establecer principios básicos a fin de resguardar los aspectos morales, éticos y legales involucrados en las investigaciones con seres humanos.

El código de Núremberg, escrito en 1946 inaugura nuestro tercer periodo en estudio. Este código hace referencia al “consentimiento voluntario” del sujeto potencial de investigación. La persona involucrada debe estar en condiciones que le permitan el libre ejercicio del poder de elección, sin la intervención de ningún

elemento de presión, fraude, engaño, coacción o compulsión, debe tener el conocimiento y la comprensión suficientes de los elementos en juego en la investigación, que le permitan una decisión lúcida y con conocimiento de causa. En el ámbito de la clínica médica el término de consentimiento informado fue utilizado por primera vez en el año 1957 en el Estado de California, en el caso Salgo contra Leland Stanford Jr. University (Gracia, 1989). La novedad de este caso está en que no solo exige la obligación de obtener el consentimiento del paciente sino que además establece el deber de “informar adecuadamente” al paciente antes que decida.

Otro caso que podemos mencionar es el de Nathanson versus Kliné, el cual selló el ingreso en 1960 del consentimiento informado a la órbita sanitaria, y desde entonces se lo incorporó como parte constitutiva del acto médico. Se señaló entonces que el profesional no podía decidir por su paciente ni aun para proteger sus mejores intereses.

Desde entonces el consentimiento informado ha evolucionado desde el llamado “criterio de práctica profesional” desde el cual la información suministrada queda a juicio del profesional, hacia el “criterio de persona razonable” en el cual el paciente debe ser competente y contar con información para realizar una elección autónoma. (Hermosilla, Di Doménico, 1999).

Entre los años 1969 y 1972 distintas causas judiciales norteamericanas lograron derrumbar el criterio con el cual el cuerpo médico había manejado durante siglos la información a suministrar a los pacientes. La práctica profesional indicaba tradicionalmente que tanto la cantidad como la calidad de información a compartir con los enfermos debía ser seleccionada por el propio médico, en tanto que él era el que sabía que cosa era mejor para el paciente. Solo podía exigírsele por tanto aquella información razonable, es decir aquella que la mayoría de los médicos proporcionarían en situación semejante (*criterio de la práctica profesional*). En el corto tiempo señalado distintos jueces entendieron que si bien resultaba imposible exigir una información médica detallada y completa, no era absurdo

exigir una información suficiente. Esto es, que la persona enferma contará con elementos suficientes como para arribar por si sola a una decisión libre, y sin que se le escondieran datos, que de conocerlos, podrían hacer variar su elección (*criterio de la persona razonable*). En la actualidad ambos criterios son criticados con dureza, pero no resulta fácil encontrar nuevos parámetros que sustituyan a los ya enunciados (Cecchetto, 2001).

En relación a estos objetivos se plantean serias dudas acerca de su implementación concreta teniendo en cuenta la circunstancia de vulnerabilidad en las que se deben tomar las decisiones. Consideramos necesaria la educación y una adecuada preparación por parte de la persona responsable de la explicación y asistencia de quien demanda un servicio sanitario. Según Hooft (1999) se requeriría de una verdadera tarea educativa a nivel de la población general, teniendo a capacitarla para participar más activamente en la toma de decisiones que conciernen a su salud, puesto que de lo contrario existirían peligros ciertos de una creciente “formalización” carente de una verdadera sustancia ética, todo ello dado que el consentimiento informado para no perder su sustancia ética ha de referirse, al proceso que incluya la noción de *paciente activo*, que participa en la toma de decisiones atinentes a la salud.

El otro impulso que recibió la doctrina del consentimiento informado fue ajeno a la esfera judicial. Ruth Fadel, Tom Beauchamp y Diego Gracia acuerdan en que hacia 1972 ese ámbito comenzó a dar muestras de agotamiento y fueron las leyes estatutarias las que tomaron el relevo. Así 1982 treinta estados norteamericanos ya habían elaborado legislaciones sobre consentimiento informado, sin embargo el movimiento nacional e internacional de enfermos consiguió en paralelo con ella dar forma a código de derecho para proteger a esta llamativa “minoría” de consumidores de servicios sanitarios.

La Asociación Médica Norteamericana se expidió sobre el particular en 1981, marcando que el derecho del paciente a la decisión autónoma solo podía ejercerse en caso de poseer información suficiente para elegir de manera

inteligente oponiendo dos excepciones a la citada prerrogativa: a) cuando el paciente se encontraría inconsciente o incapaz para consentir frente a una situación de necesidad o peligro eminente, y b) cuando la revelación de información conlleva una amenaza psicológica de daño.

Con posterioridad el Código de Nuremberg (1946), donde se hablaba del “consentimiento voluntario del sujeto humano”, la Asociación Médica Mundial se hizo eco del reclamo. En la ciudad de Helsinki (1964) dio a conocer una recomendación para guiar el curso de las investigaciones con seres humanos. En ella se diferenciaba a los experimentos cuyo objetivo era terapéutico (investigación clínica) de los que no lo eran (investigación biomédica no clínica), aunque en ambos campos existían referencias directas al “consentimiento libre y esclarecido” y al “consentimiento libre y lucido” del paciente o de sus representantes legales. En la ciudad de Tokio, en 1975, esa recomendación fue revisada y ampliada hasta el punto de sustituir a la anterior y conocerse vulgarmente con el nombre de Helsinki II. (Ceccheto, 2001)

El caso argentino resulta diferente del norteamericano, porque el papel desempeñado por las cortes judiciales es de muchísimo menor importancia. El “consentimiento informado” (en el sentido de “consentimiento esclarecido”), es de aparición relativamente reciente en nuestro derecho. Tanto en el Código civil como en las cartas constitucionales encontramos criterios orientadores firmes, útiles para construir una “doctrina legal” del consentimiento informado acorde con nuestro propio sistema jurídico, respetuosa de valores y derechos de raigambre constitucional, integrando al “derecho internacional de los derechos humanos”.

La ley 17.132 de 1967, que regula el ejercicio de la Medicina en el orden nacional, en el art. 19 consagra como principio el respeto a la autonomía del paciente, en lo que se refiere al tratamiento médico, con las excepciones allí previstas (inconsciencia, alienación mental, lesiones graves a causa de accidentes, tentativas de homicidio o delitos). Sin embargo no habla aun de consentimiento informado sino simplemente de “consentimiento”. El concepto

consentimiento informado aparecerá en la legislación años después (en la ley de trasplantes de órganos 21.541, 1977), al igual en la ley actualmente vigente en la materia (24.193, 1993).

Como reacción frente a la medicalización frente a la vida, "termino que describe cómo el saber y la técnica médica invaden hasta los actos más personales e íntimos del hombre contemporáneo Ricardo Luis Lorenzetti, 1994., se ha recurrido a la regla de la autodeterminación como límite, de la que deriva hoy día la doctrina del consentimiento informado.

Ha sido en los años más recientes que comenzó a afianzarse una jurisprudencia que a los supuestos tradicionales de conductas de profesionales médicos generadores de responsabilidad, ha sumado ahora la que deriva directamente en la falta de información previa y adecuada. (Aída Kemelmajer de Carlucci, 1992).

La falta de información, aun sin que exista mala praxis en sentido estricto, constituye fuente de responsabilidad jurídica, dado que ha impedido al paciente poder efectuar una libre elección en cuanto a tratarse o rehusar un tratamiento, o entre distintas alternativas terapéuticas.

La nueva ley sobre *ablación y trasplante de órgano* 24.193 contiene varias normas atinentes al consentimiento informado. En cuanto al cómo se debe suministrar información, dispone que ella deba ser suficiente, clara y adaptada al nivel cultural del destinatario, respecto del qué debe informarse, debe referirse a los riesgos de la intervención, sus secuelas, la evolución previsible y las limitaciones resultantes. En cuanto a los beneficios, debe hacer saber lo que concierne a las posibilidades verosímiles de mejoría para el receptor.

Prescribe también la ley que los jefes de equipo de trasplante deberán: a) lograr que dador y receptor hayan comprendido el significado de la información, b) dejar luego en libertad de acción a los interesados, y respetar la decisión de cada uno de ellos, y c) dejar constancia documentada de los pasos precedentes.

Algunas provincias argentinas también han incorporado a su legislación la doctrina del consentimiento informado, especialmente en aquellas materias referidas a la investigación biomédica en seres humanos. Entre ellas podemos nombrar la ley N° 11.044 de la provincia de Buenos Aires de protección a las personas que participan en investigaciones científicas sancionadas en septiembre de 1990 y actualmente en proceso de reglamentación; la normativa tucumana N° 6.580 sobre investigación en salud (1995) realiza recomendaciones expresas sobre la manera de informar a los sujetos en investigación y a la manera de recabar su consentimiento (art. 2, 4 y 9), aunque apela a expresiones tales como “consentimiento escrito” y “consentimiento expreso” en detrimento de la consagrada fórmula “consentimiento informado”; también la provincia de Río Negro ha elaborado un proyecto a raíz de investigaciones presuntamente destinadas a recolectar material genético en distintas comunidades aborígenes patagónicas. Sus recomendaciones atienden a la obtención de un consentimiento voluntario, individual e informado de los individuos en estudio.

Si bien no se ha logrado un consenso mínimo alrededor de algunas definiciones básicas, las referencias a la doctrina del consentimiento informado que presentan los textos a discutir son un denominador común.

## 8. Evolución del término.

Según Zanatta (2003) podemos resumir de la siguiente manera las etapas del desarrollo del consentimiento informado:

1947: consentimiento voluntario. Lo establece el Código de Nuremberg a raíz de los crímenes de guerra nazi.

1957: consentimiento informado a partir del caso Salgo.

1982: consentimiento válido. Se basa en el caso Culver. “la obtención del consentimiento informado puede ser formalmente correcta y además se puede



valorar adecuadamente la capacidad del paciente, pero el consentimiento otorgado puede no ser válido por que interfieren en la decisión diversos mecanismos psíquicos de defensa” (Galán, 1999).

Consentimiento autentico. Es la última versión del consentimiento. Se caracteriza por la decisión auténtica del paciente, entendiéndose como tal que se encuentra plenamente de acuerdo con el sistema de valores del individuo.

Elementos que debe reunir el consentimiento informado.

Debe de reunir tres elementos: voluntariedad, información y comprensión.

Voluntariedad: los sujetos deben poder decidir libremente si quieren o no participar en un proyecto de investigación. Ello implica que no existe ningún tipo de presión externa ni influencia indebida en ninguno de sus grados, persuasión, manipulación, ni coerción.

La persuasión se ejerce cuando mediante procedimientos racionales se induce a “aceptar libremente” actitudes, valores, intenciones o acciones defendidas por el persuasor. Es muy difícil de evitar en la práctica en la relación médico-enfermo.

La manipulación constituye un grado más de presión externa que la persuasión. Consiste en la influencia de forma intencionada y efectiva de una persona sobre otra, alterando las opciones reales o su percepción de elección.

La coerción tiene lugar cuando de forma intencionada, se exageran ciertos riesgos o daños indeseables y evitables con el fin de obtener el consentimiento del sujeto.

El carácter voluntario del sujeto puede ser vulnerado cuando es solicitado por personas en posición de autoridad o de gran influencia sobre el sujeto de la investigación. En estos casos debe ser otra persona desprovista de tales vínculos que lo solicite.

Información: para poder decidir sobre la participación o no en una determinada investigación, cada sujeto debe recibir la información mínima y necesaria adaptada a su nivel de entendimiento, sobre el objetivo, procedimiento del estudio, beneficios esperados, y riesgos potenciales, incomodidades derivadas de su participación, posibles alternativas, etc, así como el carácter voluntario de su participación. Los parámetros de libertad incluyen autonomía, veracidad, beneficencia, no maleficencia y justicia y la posibilidad de retirar su consentimiento, sin perjuicio alguno. Esta información deberá ser dada al sujeto de forma clara, es decir con la habilidad para entender la información relevante, para una decisión, entendiéndose que una persona puede ser “capaz” con respecto a una decisión pero no con respecto a otra. Debe ser dada sin prisas, ofreciéndole la oportunidad para consultar posibles dudas o solicitar más información, y dejándole suficiente tiempo para tomar su decisión.

Comprensión: para que el consentimiento informado sea válido es preciso, además, que se haya comprendido la información proporcionada. La capacidad de un individuo para comprender (competencia) es en función de su inteligencia, habilidad de razonamiento, madurez y lenguaje. Se admite que un sujeto es competente cuando puede tomar sus decisiones según sus conocimientos, escala de valores y metas personales, una vez analizadas las posibles consecuencias de su decisión. Por tanto, la competencia de una persona debe estar en relación con algo determinado y además puede fluctuar en el tiempo.

En el caso que los sujetos de investigación sean o no autónomos o no competentes, se deberá solicitar el consentimiento por sustitución a sus representantes y hacer posible el consentimiento del sujeto. Siempre debe respetarse la decisión del sujeto a no ser que la investigación sea la única forma posible de proporcionarle una terapia a la que de otro modo no tendría acceso.

La confidencialidad es una forma de respetar la autonomía de los sujetos, al no revelar los datos correspondientes a su persona, a menos que ellos hayan dado su consentimiento.

## **9. Marco psicosocial**

### **9.1. Interacción del profesional terapeuta-paciente**

#### **9.1.a. Relación médico paciente en la medicina familiar**

Según Sanders, Fodaro y Bernabé (2003) se entiende como tal a la interacción entre el médico y el paciente donde el profesional aporta sus conocimientos humanos, científicos y técnicos; el paciente y su familia, sus problemas.

Por supuesto que en esta interacción ambos se influyen entre sí.

Se da dentro de un contexto en el que interactúan el médico, el paciente, la familia, la comunidad, la cultura, el sistema de atención médica, el ambiente, etc. Para que esta relación sea realmente fecunda y productiva el médico de familia debe estar más comprometido con la persona que con la enfermedad.

El paciente a su vez, debe volcar toda la incertidumbre que conlleva sentirse enfermo, al interés de aliviarse y recuperar la salud.

Existe una intimidad en el encuentro que tiene que ver con:

Flujo emocional bilateral (en donde coexisten la ansiedad, el compromiso, la expectativa, etc).

El contacto ampliado (ya que participa el enfermo y su entorno).

Una relación biográfica longitudinal (donde se suman el enfermo, la historia y la enfermedad).

Una relación dinámica (permanentemente cambiante).

Un encuentro desdoblado (por que el paciente es persona y ser doliente y el médico es persona y terapeuta).

En cualquier tipo de relación médico-paciente hay que tener en cuenta:

La relación médico-paciente propiamente dicha o entrevista asistencial o consulta médica.

Cada uno de los componentes de la relación: el médico, el paciente, sus acompañantes, sus familiares o allegados.

Las causas que motivaron la entrevista que tienen que ver con las necesidades o demandas de atención del paciente.

#### 9.1.b Tipos de relación médico-paciente

La relación médico-paciente puede transitar varios caminos:

La relación formal: donde el profesional no se vincula afectivamente con el paciente, dado que está contratado por alguna empresa de salud a la que no siente como propia, con el agravante de que el enfermo se ve obligado a verla, porque generalmente no tiene la posibilidad de la libre elección de su médico.

La relación dependiente: en donde el profesional asume en forma exagerada el cuidado de la salud de su paciente, disponiendo de la misma como si fuera propia.

La relación mágica: en donde el profesional actúa con un poder tal que lo hace poco influenciado y participativo, dejando al paciente poco menos que subyugado de sus poderes.

La relación amistosa: en donde el profesional llega a un estado tal de acercamiento con el paciente que le hace perder esa sensación tan especial y beneficiosa que rodea a la relación médico-paciente y que le permite a cada uno de los intervinientes cumplir con su papel.

La relación hostil: cuando el profesional se torna duro y crítico al relacionarse con su paciente a quien ataca muchas veces, por un mecanismo defensivo, que tiene que ver con una alteración psicológica que hace a esta relación sumamente difícil.

La relación autoritaria: en donde el profesional asume desde un plano aparentemente superior una actitud autoritaria para con sus pacientes, a quienes ordena y no sugiere, pautas diagnósticas o terapéuticas.

La relación orientada al paciente: cuando el profesional utiliza su capacidad científica unida a una actitud de compromiso con el paciente, un deseo de servir al mismo y un espíritu amplio de comprensión al ser humano que lo consulta, sin importarles diferencias culturales, económicas, sociales o de cualquier otra índole, utilizando el tipo de relación que convenga a cada paciente en particular con el

único objetivo de obtener resultados positivos en la prevención y tratamiento de las distintas enfermedades.

La relación asistencial influye enormemente sobre el paciente y sobre el médico.

Sobre el paciente actúa fundamentalmente en la recepción por parte del mismo de conceptos relacionados con la gravedad de su enfermedad y de los caminos que debe seguir para su recuperación, de su pronóstico, de la necesidad de cambiar de hábitos, de la importancia que tienen los factores de riesgo en su futuro mediano e inmediato, de la conveniencia de continuar con conductas de riesgo que comprometan su salud, etc.

En esta relación el paciente puede verse influenciado desde el punto de vista intelectual, incluso moral.

En cuanto al médico, la consulta o entrevista, lo enriquece desde el punto de vista profesional, porque le hace conocer las distintas patologías y actuar con seguridad y conocimientos, enfrentándolas y desde el punto de vista humano, ya que le permite conocer la naturaleza humana, comprender al afligido y escuchar al necesitado, lo que sin duda repercutirá sobre su propia formación.

Es importante comentar aunque sea someramente, cual era la situación que se vivía hace más de 40 en nuestro país, en lo que hace a la relación médico-paciente, y cuál ha sido la evolución hasta nuestros días.

El médico de familia o médico de barrio ejercía la medicina durante años en una misma zona, conocía sus pacientes, no solo en el aspecto relacionado con sus patologías orgánicas, sino también reconocía perfectamente los fenómenos sociales, económicos o laborales que influían sobre la salud de los mismos. También conocía las relaciones interpersonales que mantenían sus pacientes dentro del seno familiar. Era un confidente, un consejero, una persona de absoluta confianza, y en algunos casos, verdadero amigo de los pacientes, con los cuales compartía gran parte de su vida.

Con el paso del tiempo aparecen en el sector salud los adelantos técnicos, los que junto al fenómeno producido por la tendencia a la especialización transforman la medicina, la hacen aparentemente más científica, pero la

deshumanizan y la encarecen hasta llegar al momento actual en el que se encuentra quebrada y con indicadores de salud que a pesar del uso indiscriminado de recursos de todo tipo no ha mejorado sustancialmente sus resultados.

Hoy existe la necesidad de considerar a los pacientes desde una visión de salud integral, con un enfoque biopsicosocial.

Poco costosa desde el punto de vista económico, la relación médico-paciente es sin lugar a duda, un elemento de extraordinario valor a la hora de mejorar la calidad de atención.

Según Franca-Tarragó (1996) habría tres modelos diferentes de enfocar el acuerdo persona-profesional:

- El profesional como “mago” paternal, agente de “servicios” específicos que esta “por encima” del cliente y decide los medios condiciones y límites del servicios que presta; que admite que la persona intervenga en la decisión, solamente en lo que se refiere aceptar o no, el resultado final que él quiere lograr con la intervención profesional.

- El profesional como agente del cliente. Este último que “contrata” y el que decide todo en la relación. Según este esquema el profesional es un “empleado” del cliente, y este es el que manda lo que aquel debe hacer, modulando su influencia de acuerdo al dinero que paga al profesional.

- El profesional como asesor calificado y comprometido con la persona. En este esquema el acuerdo ético entre el psicólogo y la persona es la relación entre dos sujetos libres, autónomos y éticamente rectos, que se benefician mutuamente de la relación para buscar que uno y otro pueda ejercer sus legítimos derechos o deberes para consigo mismo y para con la sociedad. La relación se basa en la libertad y en el necesario flujo de información para que cada uno tome las decisiones que le corresponden en derecho.

Para Meeroff (2004) la relación médico-paciente puede llegar a ser:

- interpersonal: implica que el médico debe considerar al enfermo como una persona dotada por consiguiente de inteligencia, libertad y dignidad y poseedor de una vida íntima.
- Impersonal: implica que el médico considere al enfermo y como un mero objeto de conocimiento y manipulación teórica, concluyendo el total fracaso de la relación médico-paciente.
- La impersonalidad en el trato al igual que la actitud de juez o la petulancia del médico perturban seriamente la labor de este.

Viniegra señala cuáles son los riesgos de una defectuosa relación médico-paciente:

Puramente objetiva, fría e impersonal, puede impedir el acceso a cierta información del paciente que sea la clave del problema.

Predominantemente impersonal, puede dejar satisfecho al paciente, pero el médico pierde de vista ciertos indicadores de enfermedad subyacentes con repercusión posterior.

López Ibor plantea la importancia de la transferencia aun en patología no psiquiátrica, la transferencia es “el secreto de la relación médico-paciente, cualquiera sea la enfermedad y cualquiera sea la especialidad del médico”.

La relación médico- paciente con anterioridad se calificaba como un acto de confianza de parte del enfermo para con el médico que retribuía esa decisión actuando con consciencia, o sea, como una vinculación en la que el médico actuante protege la vida y la salud de un congénere. Relación objetiva de parte del médico, pero muy subjetiva de parte del enfermo, con contenido francamente paternalista. Con esa manera de actuar el enfermo en cierta medida se

transformaba en un objeto sobre el cual descargamos nuestros conocimientos sin tener en cuenta la personalidad, el pensamiento y la opinión de nuestro "protegido".

A partir del concepto que surge de nuestra forma de considerar la constitución de la sociedad por personas con igualdad de derechos y la capacidad para actuar con libertad y, por consiguiente, en responsabilidad se establece que la relación médico -paciente debe hacerse sobre el acuerdo de partes, ambas con igualdad de derechos y deberes.

En consecuencia el enfermo tiene derecho de obtener y el médico la obligación de proporcionar al primero una información "amplia, clara y suficiente" sobre todos los aspectos de su padecimiento, diagnóstico, tratamiento propuesto, pronóstico, riesgo que corre con los estudios y/o tratamientos, recursos de que debe disponer para la atención de su enfermedad, etc. El consentimiento informado afecta la relación médico-enfermo en su globalidad. Siempre que se pretenda establecer esa relación sobre principios no paternalistas, de acuerdo con el principio de autonomía de cada una de las partes, el consentimiento informado adquirirá importancia capital. Sin él hoy resulta difícil concebir una relación médico-enfermo verdaderamente humana.

Quill y Brody (1996) distinguen dos modelos de toma de decisiones médicas: el "modelo de la elección independiente" y el "modelo de la autonomía aumentada".

El modelo de la elección independiente está centrado en el paciente. Esta línea defiende la autonomía a ultranza. El rol del médico es informar al paciente acerca de sus opciones y el paciente es libre de elegir sin influencia de la experiencia del médico.

El modelo de la autonomía aumentada refleja una conceptualización limitada de la autonomía. Requiere que el médico se comprometa en un diálogo abierto e informe al paciente acerca de sus posibilidades terapéuticas, explore los valores del paciente, y entonces haga recomendaciones que consideren ambos

elementos, valores y experiencia. Este modelo está centrado en la relación médico-paciente. Desde nuestra perspectiva entendemos que este modelo aporta elementos para la resolución de situaciones de dilemas, dando prioridad a la interacción y a la comunicación.

Tomar como base este modelo, implica considerar la autonomía del sujeto, sin caer en un paternalismo “encubierto”, debe necesariamente descansar en una visión del paciente como persona total, considerando tanto los aspectos orgánicos de la enfermedad, como la experiencia del paciente, sus sentimientos, valores y comportamiento. Al mismo tiempo se debe priorizar los aspectos involucrados en la interacción y el diálogo necesario para una adecuada comprensión de la información que se brinda. La implementación defensiva del consentimiento informado deja de lado su fundamento principal, este es el respeto por la autonomía de la persona. (Zanatta, 2004)

#### **10. La meta de la veracidad: el consentimiento válido**

En Franca -Tarragó (1996) podemos encontrar que cada persona, en la medida que es centro de decisiones, tiene derecho a autodisponer de si en aquellas esferas que le competen. El respeto de la autonomía de las personas se posibilita por el cumplimiento de la regla de veracidad y se instrumenta por el consentimiento. Cuando la veracidad es base de la relación profesional-persona y el derecho a la Autonomía se reconoce, como ineludible, entonces es posible que se dé un autentico acuerdo entre iguales que debe ponerse en práctica por el consentimiento valido. Este puede definirse como el acto por el cual una persona decide que acontezca algo que le compete a si misma pero causado por otros.

Se ha fundamentado la obligación de requerir al paciente el consentimiento, con tres tipos fundamentales de argumentaciones:

La justificación jurídica seria la que ve en el consentimiento un instrumento para preservar a los ciudadanos, de todo posible abuso. Es la argumentación que utiliza el legislador cuando establece en la ley, que una determinada acción

profesional tenga la expresa y escrita autorización de la persona implicada, especialmente la indefensa. De esta manera intenta protegerla de la arbitrariedad de otros individuos o instituciones. Este tipo de justificación es más bien extrínseca a la persona, puesto que no se basa en el reconocimiento de su derecho a tomar decisiones adecuadamente informada, sino, fundamentalmente, en la responsabilidad de los gobernantes de dar protección al débil y cuidar del bien común.

La justificación ética-deontológica sería la que cree que el consentimiento es condición para el ejercicio de la autonomía personal; y por lo tanto que, independiente de que exista o no una ley que lo reconozca, es deber de todo profesional el deber de facilitar que la persona de su consentimiento explícito a cada uno de los servicios que se le ofrecen.

Una tercera justificación, de tipo utilitarista, es la que ve en el consentimiento una ventaja para la convivencia social, ya que aumentaría la confianza mutua, incentivaría la autoconciencia de las personas y la responsabilidad por el bien común.

La mayoría de los autores están de acuerdo que el consentimiento debe ser dado antes de que un profesional emprenda cualquier acción que pueda afectar a sus clientes.

### **11. Relación entre Consentimiento y Mala praxis**

Actualmente estamos asistiendo a una preocupación que consideramos excesiva, debido al aumento de demandas de mala praxis sumado a que existe un desconocimiento por parte de los psicólogos de las normativas éticas, deontológicas y legales que deben guiar su accionar profesional. (Hermosilla, 2002).

En un principio, cuando la actividad médica no estaba congestionada como en la actualidad y las organizaciones de tal naturaleza no se habían conformado,

el paciente recurría al médico para solventar estados físicos conmocionados, buscando en el profesional de confianza (médico) el restablecimiento y su encausamiento en la normalidad.

A medida que el tiempo transcurre aquella relación se vio afectada en su constitución, producto del cambio operado en la mentalidad, como consecuencia de la suma de diversos factores que gravitaron para lograr el cambio.

La aparición de nuevas modalidades operativas de asociaciones o sociedades medicas fue creando un clima de acogimiento a tales instituciones, comienzan a primar los intereses económicos, originándose una competencia explosiva que redundaría en perjuicio del enfermo. La relación médico- paciente se fue debilitando en su estructura, ya que el número de pacientes trasciende generalmente la posibilidad de un acercamiento irremisiblemente perdido.

Esto no involucra ni significa que no sigan subsistiendo obligación y responsabilidad; ahora esta última aparece solidaria entre institución médica y profesional cuestionado.

La falta de nexo entre paciente y médico al irse debilitando gradualmente, ha hecho perder de vista valores que hacían a la esencia de aquella relación; la mala praxis no contaba sino aisladamente y para supuestos determinados y evidentes. Hoy ese cambio hizo al paciente más proclive al inicio de juicios, relegando principios y valores que conforman la dignidad del individuo. (Sproviero, 1994).

A la mala praxis hay que responder con Buena Praxis y ello se garantiza en la medida que se hallen incorporados los principios éticos y las normas deontológicas del ejercicio profesional.

La problemática de la mala praxis ha aumentado considerablemente en el ámbito clínico, ya que el número de demandas es cada vez mayor, los pacientes se sienten con mucho más derechos como para demandar al profesional que a su juicio los ha tratado mal y esto está provocando implicancias en la práctica

profesional que pueden derivar en una asistencia iatrogénica, en la medida que se ejerzan en forma defensiva, a modo de intento de prevenir posibles denuncias. El acceder a un título profesional y merced a él a una capacitación experta en temas específicos aumenta la responsabilidad del profesional del Psicólogo frente a los eventuales daños derivados de un accionar inadecuado.

Desde el punto de vista legal la Responsabilidad Profesional no es más que un mero capítulo dentro del vasto espectro de la "responsabilidad civil".

Se refiere al deber de resarcir los daños ocasionados a otros por una conducta antijurídica o contraria al derecho.

El profesional, de forma tácita, se compromete como contraprestación por sus honorarios, a realizar su trabajo de forma diligente, con el máximo cuidado, según las normas ortodoxas del quehacer profesional y a evitar causar riesgos innecesarios, lesiones o secuelas.

Se le puede exigir al profesional, a parte de la diligencia, los medios adecuados y una pericia suficiente, que conozca acabadamente las normas deontológicas de su profesión. Pero lo que no se le puede exigir, es que el resultado necesariamente sea bueno y satisfactorio. El contrato de arrendamiento de servicios es un contrato de servicios, es un contrato de medios, pero, tal como lo tiene recogida la Jurisprudencia, no es un contrato de resultados garantizados.

El tema del formulario de consentimiento, así que como los seguros contra juicios por mala praxis, ha arribado a nuestro país en los últimos años proveniente de Estados Unidos. Inicialmente afecto a los médicos, pero ha ido extendiéndose a las demás profesiones y ya hay instituciones hospitalarias que reclaman a sus psicólogos que hagan firmar a sus pacientes formularios de su consentimiento.

Estos formularios, por lo general, responden más a la necesidad de los profesionales y los funcionarios de cuidar sus espaldas frente a posibles consecuencias legales (lo cual no es que sea en si mismo algo indebido, pero se lo oculta tras otros argumentos) que al respeto de la autonomía del paciente.

Además, hemos de considerar que el consentimiento no es una decisión que se da en una ocasión y para siempre (lo cual parecería suponerse con la firma de un formulario, a pesar de que es sabido que otra condición que debe tener el consentimiento es la de poder ser retirado por el paciente si lo considera oportuno), sino que se renueva en cierta forma en cada nuevo encuentro. Las condiciones subjetivas en que alguien brinda su consentimiento van variando y, con ellas, puede retirar el consentimiento o renovarlo cada vez, de modo tácito, por la sola continuidad de su concurrencia al tratamiento. Aspecto que, por ejemplo en el caso de un tratamiento psicológico, continuado, tornaría ridículo el solicitar en cada sesión la firma de un formulario de continuidad de consentimiento.

Es necesario considerar también los efectos que la firma del formulario puede tener en la relación entre el psicólogo y su paciente. Si nos referimos al formulario y no al consentimiento en sí, es porque el consentimiento más o menos explícito o más o menos tácito, el paciente lo está brindando a la persona del profesional, mientras que el problema con el formulario es que es claro para el paciente que su consentimiento ya no le es dado solo a la persona con que se trata, sino que está referido a una instancia tercera que jugará en la relación. En el mejor de los casos representando a la institución (o a la ley en última instancia) como aval del profesional; en el peor de los casos, reforzando supuestos paranoide. (Calo, 2001)

## **12. Bioética**

### **12.1 Presentación de la bioética**

Los temas de Bioética, Comité de Ética, y Consentimiento informado aún no han alcanzado la difusión que merecen. Algunos profesionales opinan que estas prácticas debieran estar relacionadas solo con técnicas de alto riesgo, otros autores temen que podrían llegar a ser un cercenamiento de la libertad medica, simultáneamente la sociedad no ha tomada aún conciencia de sus derechos sobre

cualquier tipo de procedimientos que se realizan sobre su cuerpo o sobre su psique.

La Bioética vocablo que proviene de dos raíces griegas, "bios" (vida) "ethike" (ética, valores morales), es entendida como el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en tanto que dicha conducta es examinada a la luz de los principios y valores morales. (Mainetti, 1993).

Es una disciplina relativamente nueva y surge a mediados de este siglo junto con el gran desarrollo de nuevas tecnologías médicas y como respuesta a ciertos abusos cometidos en el ejercicio profesional y en la investigación. Es una ciencia que nace en el marco de una cultura que comienza a sensibilizarse ante ciertos dilemas éticos y de reflexión acerca de la vida, la muerte, el dolor, la salud, la enfermedad. (Graciela Guilis y Susana E. Sommer).

En un mundo que se caracteriza por una acelerada transformación y en el cual los valores esenciales han sido puestos en cuestión, la bioética ofrece como novedosa particularidad su consustancial diálogo interdisciplinario. Ofrece un espacio para la reflexión crítica, en el cual convergen problemas éticos, jurídicos, sociales, psicológicos, filosóficos y otros relacionados, que surgen de las ciencias de la vida con la aspiración de construir una verdadera transdisciplina.

Según lo establece Hooft en su libro, en 1974, por decisión del Congreso Norteamericano fue creada la National Comisión for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, a fin de llevar a cabo una completa investigación y estudio tendiente a identificar los principios éticos básicos que deberían dirigir la investigación con seres humanos en las ciencias del comportamiento y en la biomedicina.

## 12.2 Principios de la Bioética

Los tres principios establecidos fueron los de respeto por las personas, (luego traducido como principio de “autonomía”), beneficencia y justicia.

Principio de autonomía: la palabra autonomía deriva del griego autos (propio) y nomos (regla, autoridad o ley). El respeto por las personas incorpora al menos dos convicciones éticas: primera, que los individuos deberían ser tratados como entes autónomos, y segunda, que las personas cuya autonomía esta disminuida deben ser objeto de protección”. Por ente autónomo, el informe entiende al individuo “capaz de deliberar sobre sus propios objetivos personales y actuar bajo la dirección de esta deliberación”. Se sostuvo también que “respetar la autonomía es dar valor a las opiniones y elecciones de las personas así consideradas y abstenerse de obstruir sus acciones, a menos que éstas produzcan claro perjuicio a otros. Mostrar la falta de respeto por un agente autónomo es repudiar los criterios de estas personas, negar a un individuo la libertad de actuar según tales criterios o hurtar información necesaria para que puedan emitir un juicio, cuando no hay razones convincentes para ello”. De acuerdo a este principio, el paciente tiene derecho a recibir una información clara a cerca de su diagnóstico y alternativas de intervención, y a decidir lo que considere más conveniente de acuerdo con su criterio, debiendo el médico respetar la decisión del paciente. Pero, ante los casos de personas no autónomas, por ejemplo niños, incapacitados mentales, que no pueden tomar decisiones estaría justificado intervenir. El consentimiento informado esta en el núcleo de este principio. La autonomía, se entiende en un sentido muy concreto, como la capacidad de actuar con conocimiento de causa y sin coacción externa. (Gracia, 1991).

El segundo principio es el de beneficencia, hacer el bien. Este principio no considera a la beneficencia como caridad. Se proponen dos reglas como expresiones complementarias de los actos de beneficencia: 1) no hacer daño; y 2) extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos.

El tercer principio es el de justicia, entendiendo por tal la “imparcialidad en la distribución” de los riesgos y de los beneficios, o, en otras palabras, se lo puede concebir como aquel que obliga a tratar a los iguales, igualitariamente. Otra cuestión directamente vinculada con el principio de justicia se refiere a los criterios éticos en la asignación y distribución de recursos en salud.

Resultan útiles estos tres principios como instrumentos para el abordaje de los problemas Bioéticos (caracterizados por su conflictividad y carácter dilemáticos), aunque en la práctica resulta muchas veces dificultoso encontrar una articulación concreta y armónica de tales principios y su jerarquización. (Gafo, 1993). Ello se debe a que existe “una tensión fundamental entre el objetivo de lograr el bien de las personas y el respeto hacia las personas como agentes morales libres y responsables”. (Engelhardt, 1995).

Actualmente hay diferencias entre quienes fundamentan la ética sobre la base de la autonomía y otros que dan prioridad a la beneficencia. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que en la relación médico-paciente cada parte tiene su propia responsabilidad moral. El enfermo actuará de acuerdo con su autonomía, y la sociedad y el estado de acuerdo con el principio de justicia. El médico se rige por el principio de beneficencia, pero a diferencia de la ética médica clásica, el médico ya no puede ni debe ejercer la beneficencia de un modo paternalista y absoluto. El médico debe entender que su criterio de beneficencia es “un” principio moral que deber articularse con las otras partes de la relación médico-paciente. (Gracia, 1989).

El “ethos” de una profesión como la del psicólogo es el conjunto de aquellas actitudes, normas éticas específicas, y maneras de juzgar las conductas morales, que la caracterizan como grupo sociológico. El “Ethos” de la profesión fomenta, tanto la adhesión de sus miembros a determinados valores éticos, como la conformación progresiva a una “tradicón valorativa” de las conductas profesionalmente correctas. En otras palabras: el “ethos” es, simultáneamente, el conjunto de las actitudes vividas por los profesionales y la “tradicón propia de

interpretación” de la cual es la forma “correcta” de comportarse en la relación profesional con las personas. En términos prácticos el ethos se traduce en una especie de estímulo mutuo entre los colegas, para que cada uno se mantenga fiel a su responsabilidad profesional, evitando toda posible desviación de los patrones usuales. Al conjunto de todos estos aspectos se ha dado en llamar Ética Profesional que es, a su vez, una rama especializada de la ética (Franca Tarragó, 1996)

### **13. Estudio empírico**

#### **a. Objetivo General**

- Detectar el conocimiento y conciencia acerca del consentimiento informado por parte de los estudiantes universitarios que hayan estado o estén actualmente en tratamiento psicológico, el cual debe ser respetado en la estructuración ética de la relación interpersonal que se establece en el ámbito clínico.

#### **b. Objetivos Particulares**

- Evaluar el conocimiento que tienen los estudiantes de la Universidad Nacional de Mar del Plata acerca del consentimiento informado en la práctica profesional del psicólogo en el ámbito clínico.
- Evaluar si los estudiantes de la Universidad Nacional de Mar del Plata reconociendo la existencia del consentimiento informado en la práctica clínica, consideran que es aplicado y respetado por el psicólogo.

## **14. Instrumento**

### **14.1 Diseño:**

La investigación presenta un diseño de tipo:

Exploratorio, puesto que el objetivo es examinar un tema o problema relativamente estudiado, poder obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre un contexto particular de la vida real, así como también establecer prioridades para investigaciones posteriores. Los estudios exploratorios en pocas ocasiones constituyen un fin en sí mismo, por lo general determinan tendencias, identifican relaciones potenciales entre variables, y establecen el tono de investigaciones posteriores más rigurosas.

Descriptivo, busca especificar “las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades, o cualquier otro fenómeno que se ha sometido a análisis”. (Sampieri 1991)

### **14.2 Técnicas de recolección de datos**

Como instrumento para recabar datos se utilizó una escala de tipo Likert diseñada para este estudio.

Nos pareció pertinente poder incluir dicha escala a nuestra investigación, para recabar datos a cerca de la opinión de diferentes sujetos sobre “el consentimiento informado”, porque es un cuestionario autoadministrable, es económico en tiempo ya que debe ser administrado a 100 sujetos para nuestra muestra.

A través de la Escala Likert se pueden estudiar las dimensiones de las actitudes a partir de un conjunto de enunciados, a los que se enfrentan los sujetos. También porque los individuos pueden situarse en la variable actitud, desde el punto de vista más favorable al más desfavorable. La valoración de los sujetos en

la variable actitud supone una posición favorable o desfavorable sobre el objeto estudiado.

Para Likert el término actitud significa disposición hacia la reacción manifiesta, y considera que una forma indirecta de medir esta disposición es a partir de las declaraciones verbales de opinión. Desde el punto de vista de la medición, la técnica de Likert asume un nivel ordinal. Los sujetos son ordenados en la escala, en función de su posición favorable o desfavorable respecto de la actitud medida. Se trata de una escala sumativa, ya que la puntuación obtenida por los sujetos en la escala es en función de los puntajes obtenidos en cada ítem.

Dicho instrumento consta de dos secciones:

- Se refiere a los datos demográficos (sexo, edad, carrera universitaria, y tiempo llevado o que lleva en terapia de la persona en cuestión).
- Consta de 10 afirmaciones a cerca del consentimiento informado, en las cuales el sujeto debe señalar su grado de acuerdo o desacuerdo teniendo en cuenta la escala propuesta.

Estas afirmaciones fueron extraídas de los textos:

- “El consentimiento informado en la práctica profesional del psicólogo” de Zanatta;
- “Responsabilidad profesional en la psicoterapia” de Velcoff y Verducci;
- “Mala praxis y secreto profesional. Responsabilidad y ética profesional”, de Hermsilla;
- Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A.).

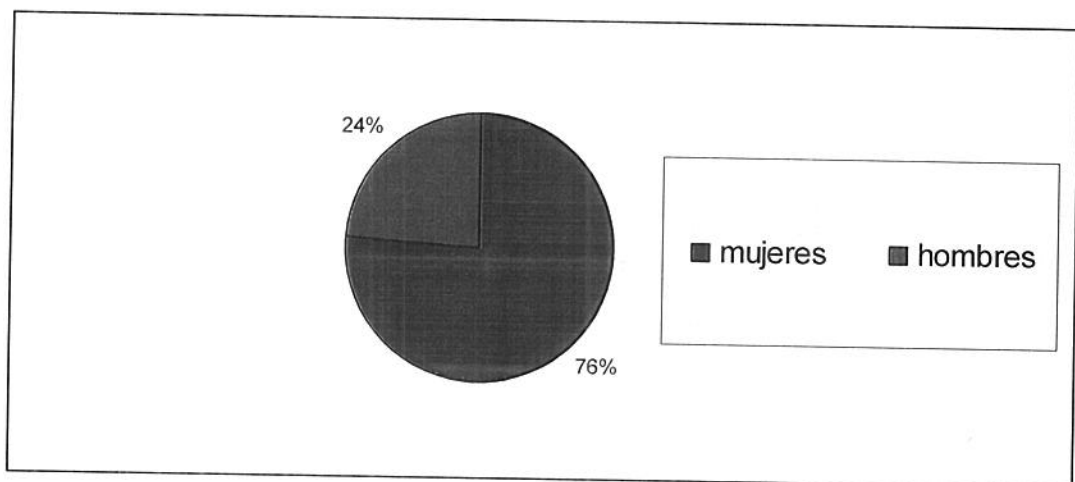
## 15. Muestra

La muestra, no probabilística por cuotas, se encuentra constituida por 100 sujetos que han realizado tratamiento psicológico por al menos 3 meses. La misma está compuesta por 73 representantes del sexo femenino y 27 del sexo masculino. Las edades oscilaron de 18 hasta 40 años.

La muestra se compuso de 100 estudiantes de la Universidad Nacional de Mar del Plata, que se dividieron por cuotas según formación académica. Las carreras seleccionadas son Licenciatura en Psicología, Contador Público, Abogacía e Ingeniería (dentro de esta última se incluyen las distintas orientaciones).

Esta muestra se representa en los siguientes gráficos.

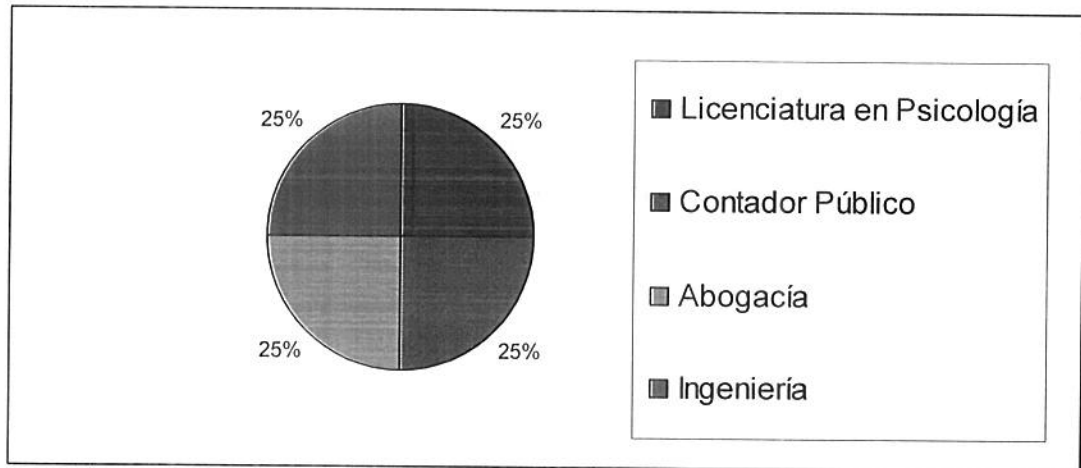
Este grafico representa los porcentajes de Hombres y Mujeres estudiantes de la Universidad Nacional de Mar del Plata que participaron en el presente estudio, notándose un predominio de estudiantes de sexo Femenino con un 76 % sobre un 24 % de estudiantes de sexo Masculino.



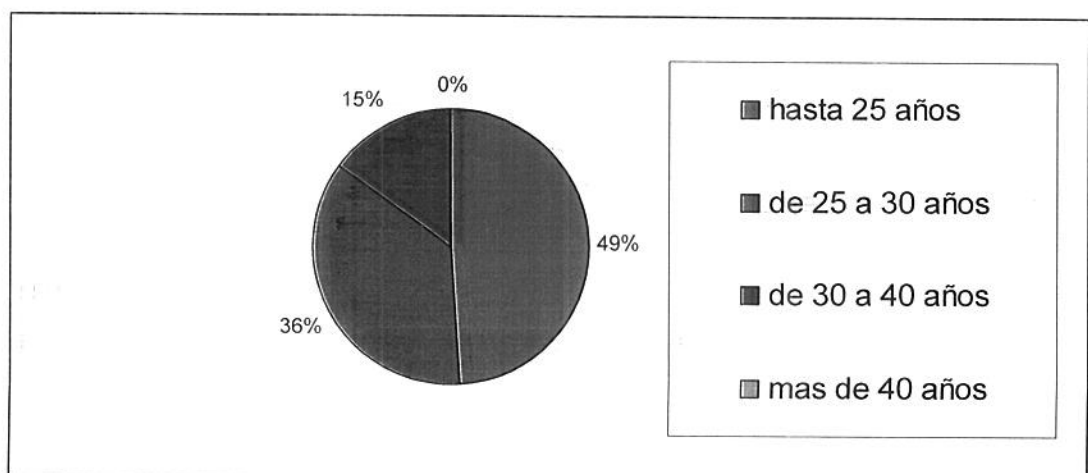
Este gráfico representa los porcentajes de los estudiantes de las carreras universitarias seleccionadas para el presente estudio, siendo el 25% de



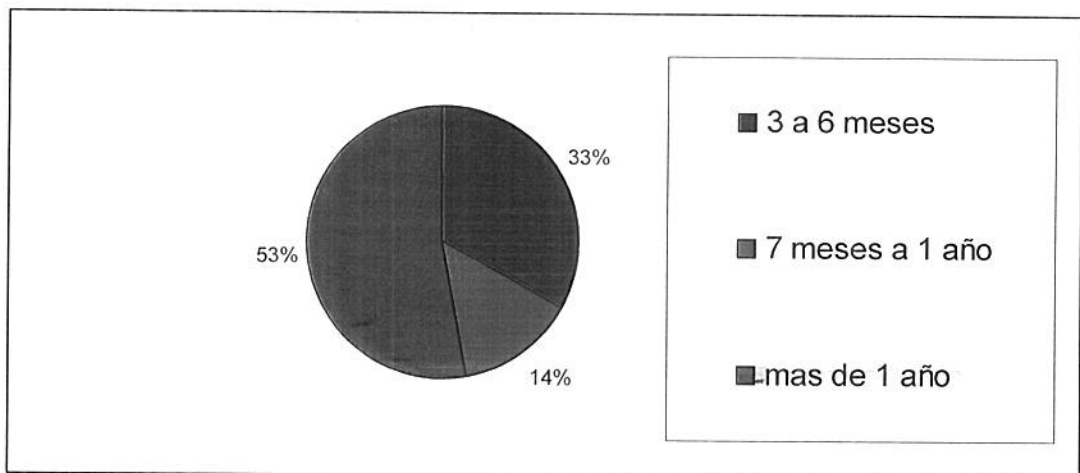
Psicología, el 25% de Abogacía, el 25% de Ingeniería y el 25% de Contador Público.



Este gráfico representa los porcentajes de las edades de los estudiantes seleccionados para la muestra, siendo el porcentaje hasta 25 años de 49, de 25 a 30 años de 36%, de 30 a 40 años de 15 % y de 40 años o más no fueron hallados en la muestra.



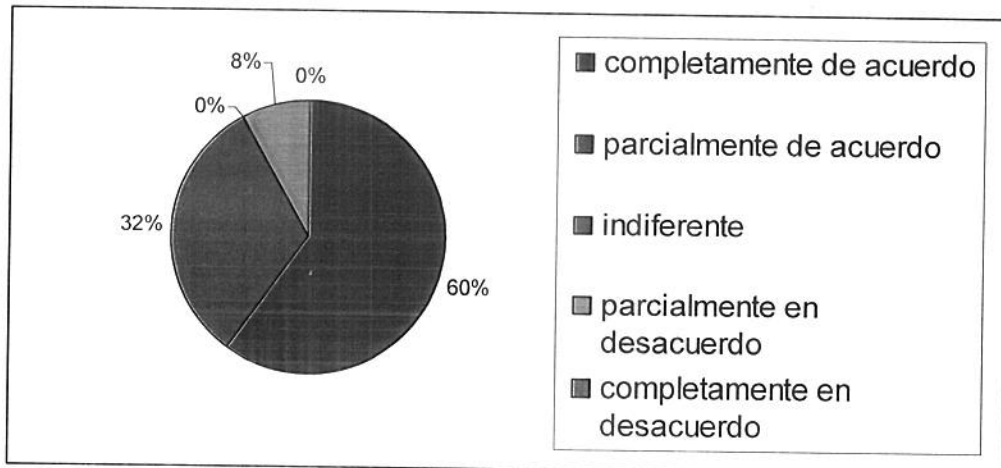
Este gráfico representa los porcentajes del tiempo llevado en terapia por los estudiantes seleccionados, siendo el porcentaje de 3 a 6 meses de 33, de 7 meses a 1 año, el 14% y más de 1 año el 53%.



A continuación se presentaran mediante gráficos los resultados obtenidos de los estudiantes de las distintas carreras seleccionadas.

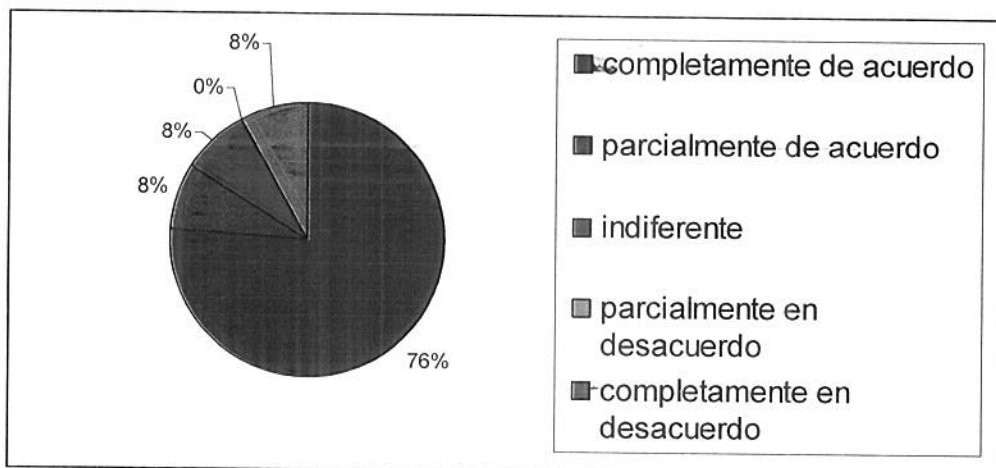
### **Licenciatura en Psicología**

Afirmación 1: "La figura del consentimiento informado representa el respeto por la autonomía de las personas".



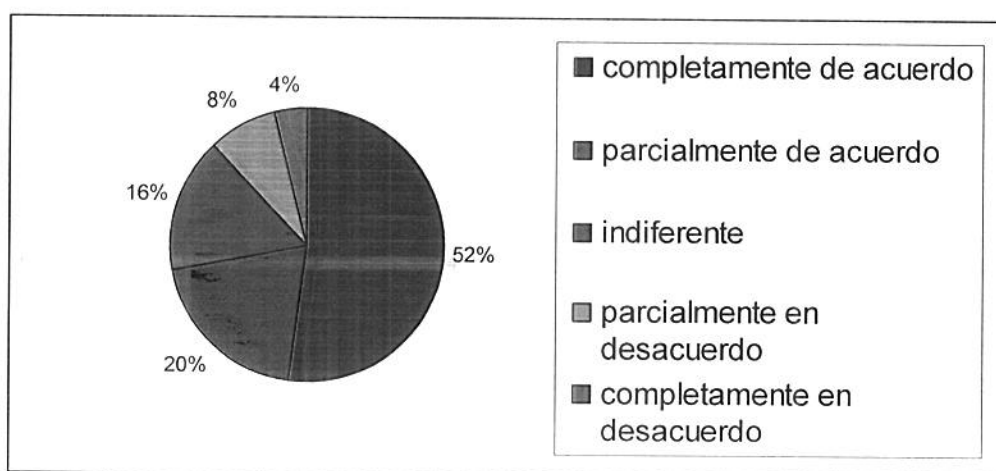
En este grafico puede verse como la gran mayoría de la población esta completamente de acuerdo (60%) y parcialmente de acuerdo (32%) con la afirmación presentada, siendo muy bajo el porcentajes de sujetos que están parcialmente en desacuerdo, (8%).

Afirmación 2: "La figura del consentimiento informado representa el respeto por la autonomía de las personas".



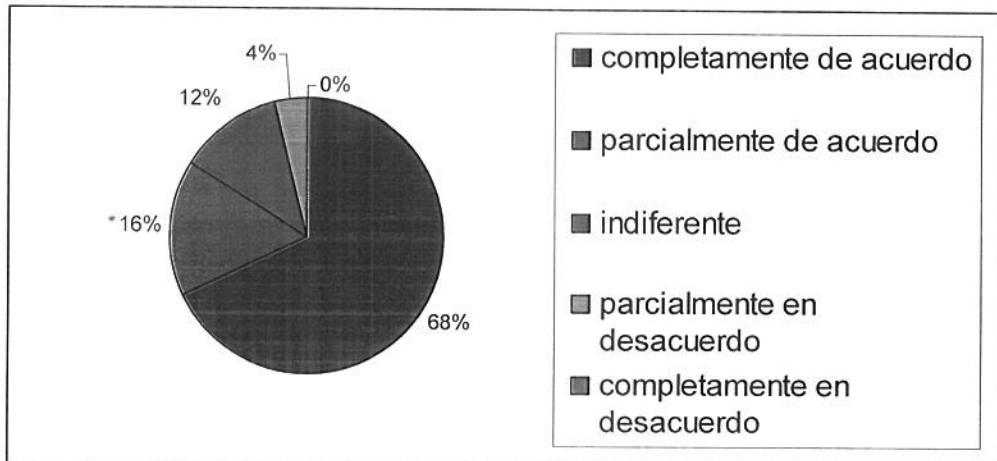
En este grafico puede verse como la gran mayoría de la muestra esta completamente de acuerdo (76%) y parcialmente de acuerdo con la afirmación propuesta, notándose una pequeña dispersión entre el las opciones indiferente (8%) y completamente en desacuerdo (8%).

Afirmación 3: "El consentimiento informado podrá ser retirado por el paciente si considera que media razones para hacerlo."



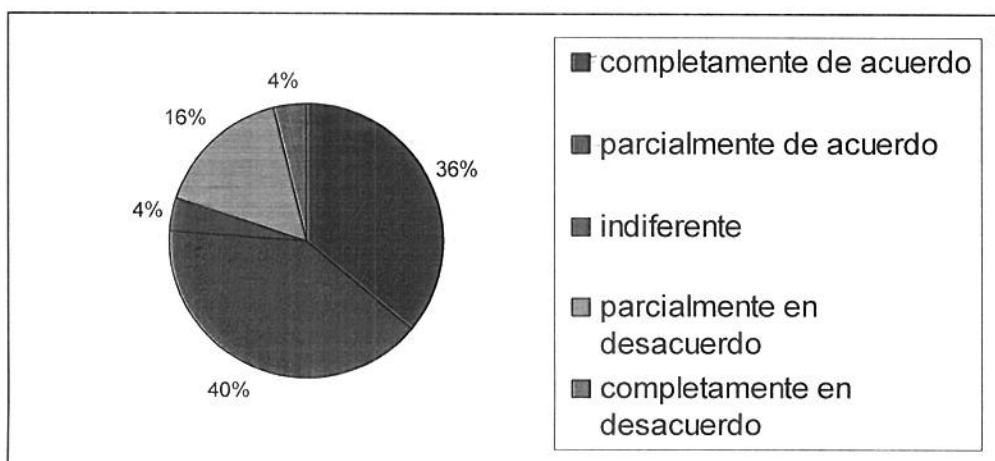
En este grafico puede verse que la gran mayoría de la población esta completamente de acuerdo (52%) y parcialmente de acuerdo (20%) con la afirmación propuesta, notándose una dispersión entre las opciones indiferente (16%), parcialmente en desacuerdo (8%) y un pequeño porcentaje en completamente en desacuerdo (4%).

Afirmación 4: "La obligación y responsabilidad de evaluar las condiciones en las cuales el paciente da su consentimiento incumben al psicólogo responsable de la práctica que se trate".



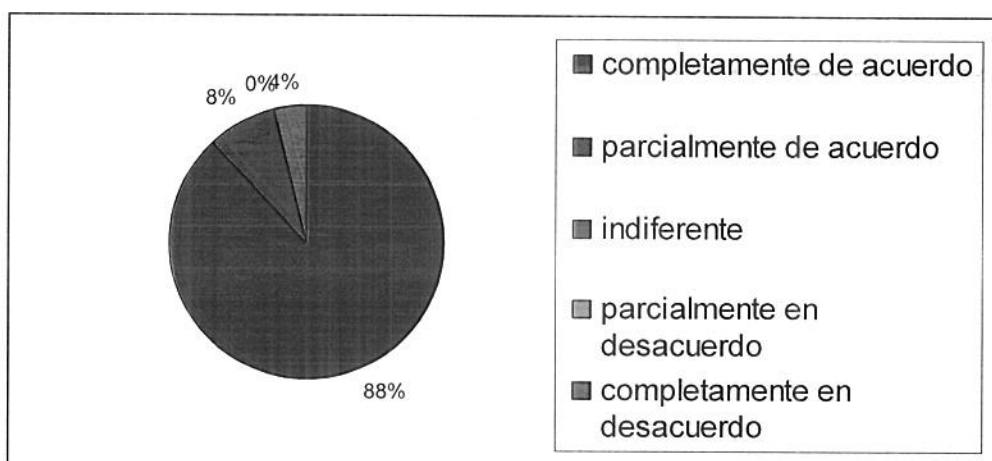
En este grafico puede verse que la gran mayoría de la población esta completamente de acuerdo (68%) y parcialmente de acuerdo (16%) con la afirmación propuesta, notándose que una pequeña parte de la población se ha mostrado indiferente (12%) y parcialmente en desacuerdo (4%).

Afirmación 5: “El paciente no siempre debe dar su consentimiento, hay razones que impiden hacerlo, ya sea por su condición legal, emocional e intelectual”.



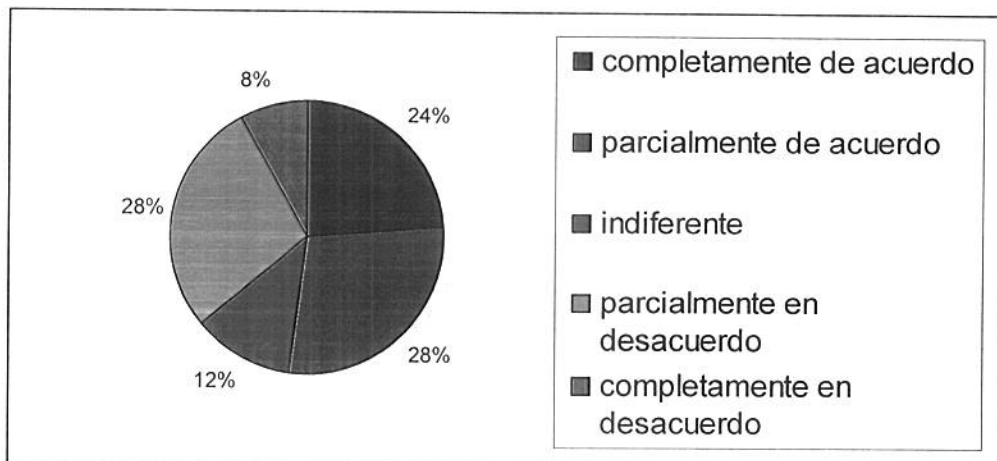
En este gráfico puede verse que la gran mayoría de la muestra está completamente de acuerdo (36%) y parcialmente de acuerdo (40%) en la afirmación propuesta, notándose que la minoría se distribuye en la opción de indiferente (4%), parcialmente en desacuerdo (16%) y completamente en desacuerdo (4%).

Afirmación 6: “Uno de los derechos de los pacientes es recibir información de las características y modalidades del tratamiento (variables de riesgo, beneficio, formas alternativas, etc)”.



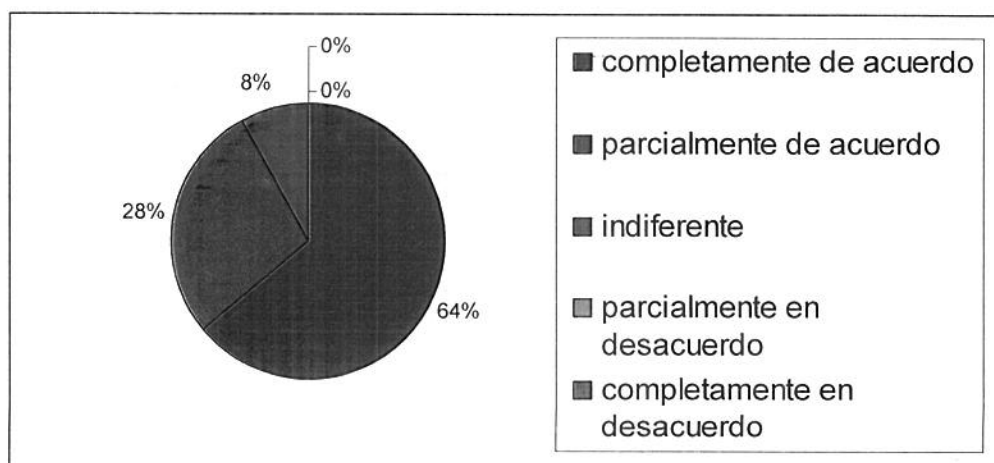
En este gráfico puede verse que casi la totalidad de la población está completamente de acuerdo (88%) con la afirmación propuesta, mientras que una pequeña parte está parcialmente en desacuerdo (8%) y completamente en desacuerdo (4%).

Afirmación 7: “Los pacientes reconocen el consentimiento informado como un derecho”.



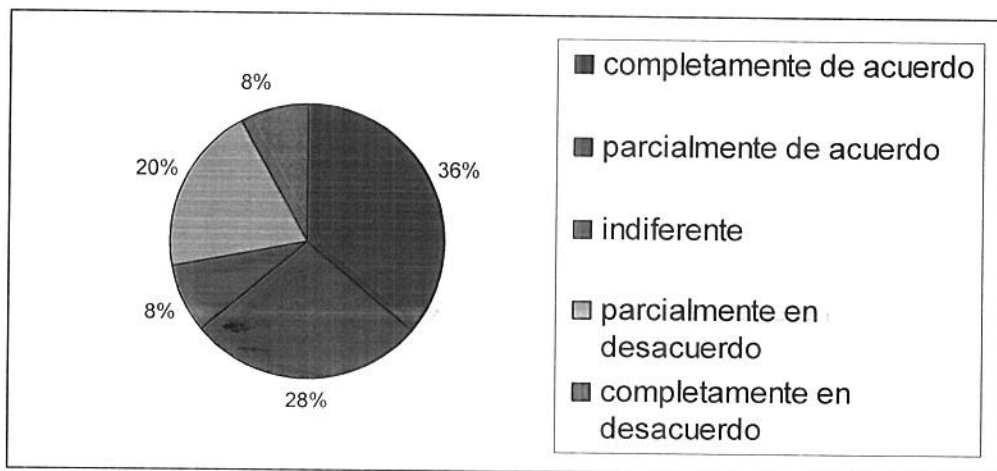
En este grafico puede verse que hay una mayor dispersión en cuanto a las opciones elegidas por la población, aunque puede distinguirse que los mayores porcentajes se encuentran en las opciones de completamente de acuerdo (24%) y parcialmente en desacuerdo (28). El resto se distribuye en la opción indiferente (12%), parcialmente en desacuerdo (28%) y completamente en desacuerdo (8%).

Afirmación 8: "El consentimiento informado puede ser uno de los aspectos involucrados frente a una denuncia por mala praxis".



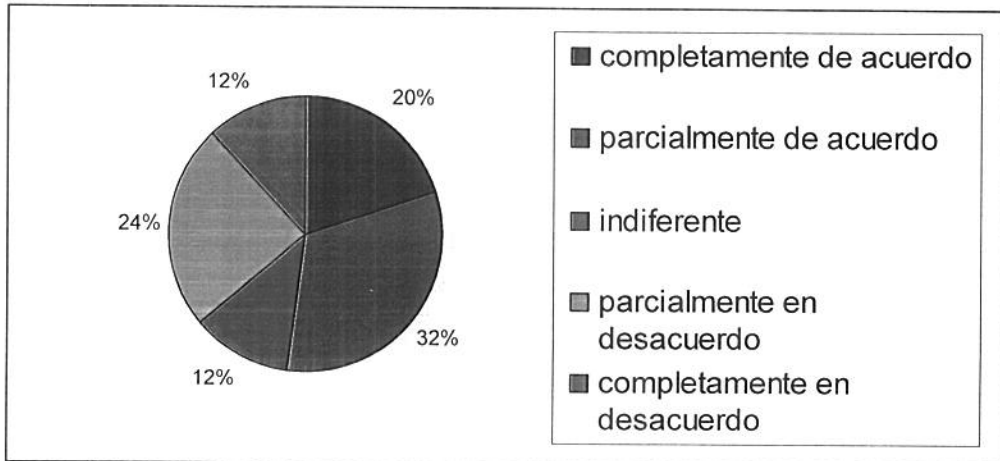
En este grafico puede verse como la casi totalidad de la población ha elegido la opción de completamente de acuerdo (64 %) y parcialmente de acuerdo (28%), mientras que el resto se ha mostrado indiferente (8%).

Afirmación 9: "El paciente reconoce el consentimiento informado como una de las normas que rige el quehacer del profesional psicólogo".



En este grafico se puede ver como la mayor parte de la población se ha mostrado completamente de acuerdo (36%) y parcialmente de acuerdo (28%) en la afirmación propuesta, mientras que puede verse que el resto de la muestra ha elegido la opción indiferente (8%), parcialmente en desacuerdo (20%) y completamente en desacuerdo (8%).

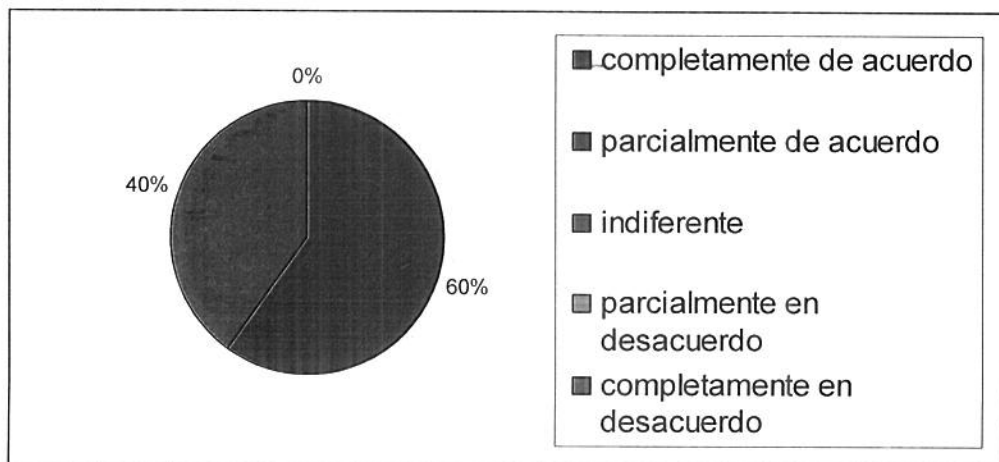
Afirmación 10: "El paciente considera que el consentimiento informado es aplicado y respetado por el psicólogo en la práctica clínica".



En este grafico puede notarse una mayor dispersión en cuanto a la opción elegida ante la afirmación propuesta. La población se divide en completamente de acuerdo (20%), parcialmente de acuerdo (32%), indiferente (12%), parcialmente en desacuerdo (24%) y completamente en desacuerdo (12%).

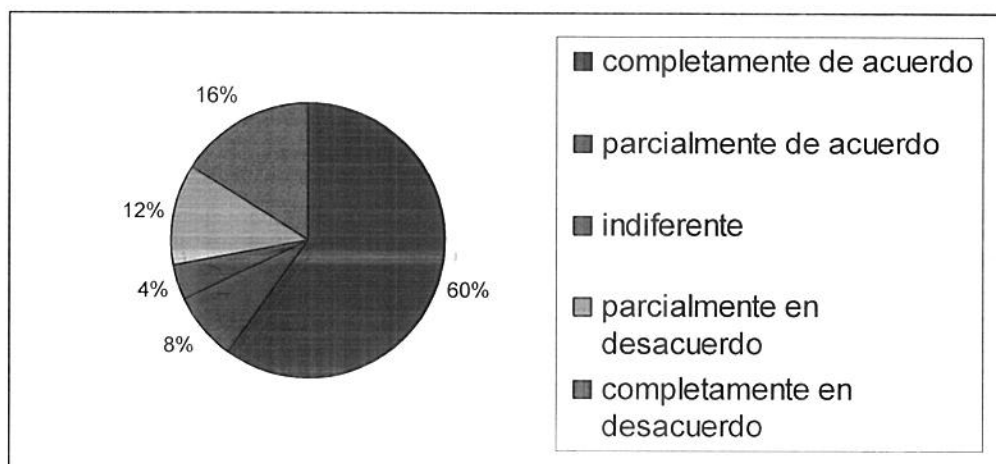
**Contador Público Nacional**

Afirmación 1: "La figura del consentimiento informado representa el respeto por la autonomía de las personas".



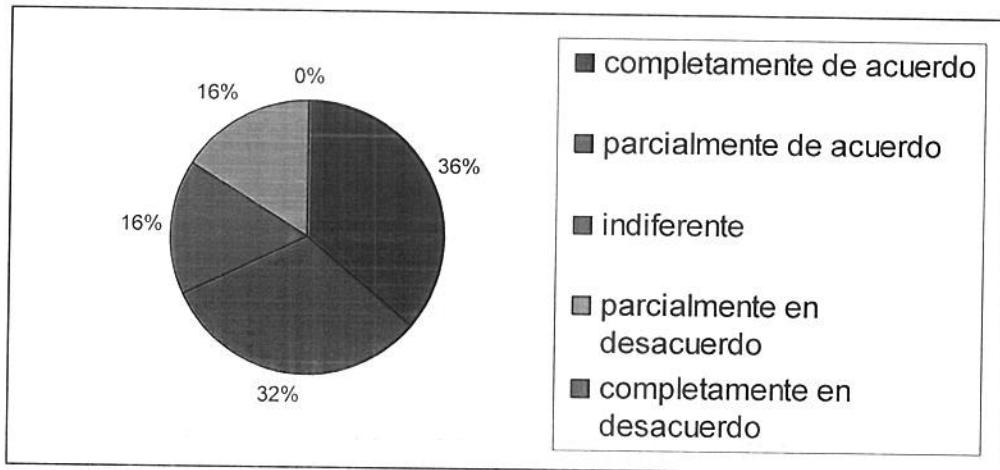
En este grafico puede notarse que toda la población ha estado completamente de acuerdo (60%) y parcialmente de acuerdo (40%) en la afirmación propuesta.

Afirmación 2: “El consentimiento informado establece el requisito de solicitar una autorización expresa antes de realizar una intervención por parte del psicólogo clínico”.



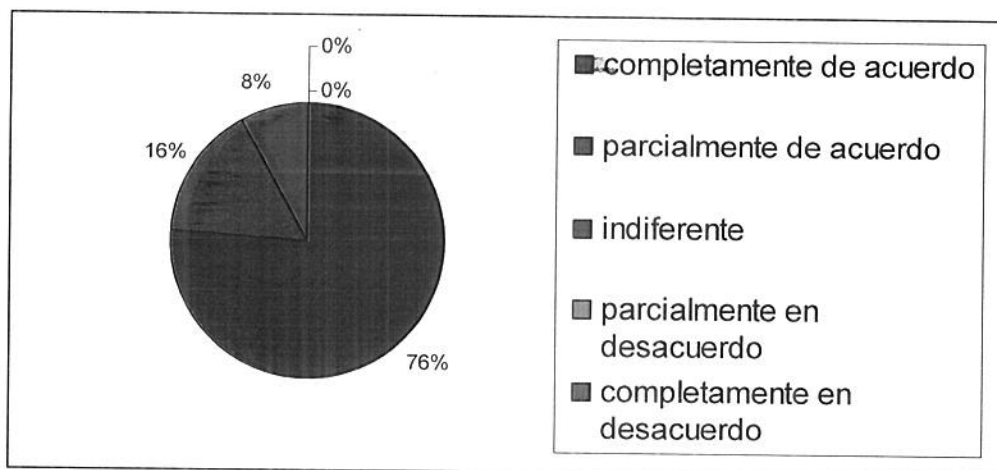
En este grafico puede verse que mas de la mitad de la población ha estado completamente de acuerdo (60%) en la afirmación propuesta, mientras que el resto ha optado por las opciones de parcialmente de acuerdo (8%), indiferente (4%), parcialmente en desacuerdo (12%) y completamente en desacuerdo (16%).

Afirmación 3: “El consentimiento informado podrá ser retirado por el paciente si considera que media razones para hacerlo”.



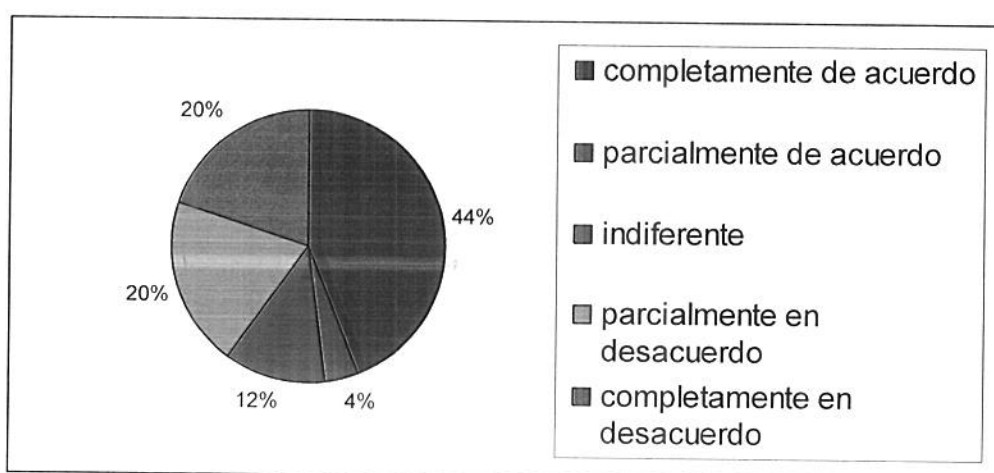
En este grafico puede verse que hay una mayor dispersión en cuanto a la opción elegida, notándose un predominio en las opciones completamente de acuerdo (36%) y parcialmente de acuerdo (32%), ubicándose el resto de la población en la opción indiferente (16%) y parcialmente de acuerdo (16%).

Afirmación 4: "La obligación y responsabilidad de evaluar las condiciones en las cuales el paciente da su consentimiento incumben al psicólogo responsable de la práctica que se trate".



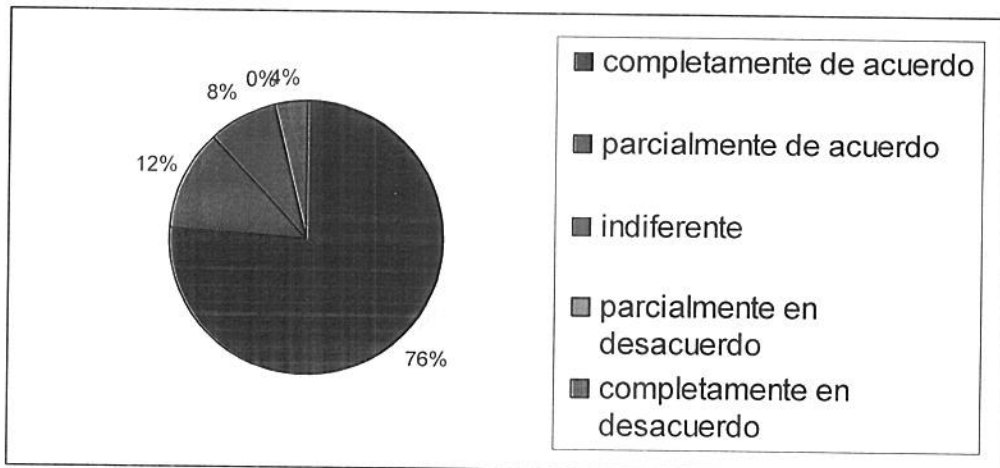
En este grafico puede verse que gran parte de la muestra ha elegido la opción completamente de acuerdo (76%) y el resto ha optado por parcialmente de acuerdo (16%) e indiferente (8%).

Afirmación 5: "El paciente no siempre debe dar su consentimiento, hay razones que impiden hacerlo, ya sea por su condición legal, emocional e intelectual".



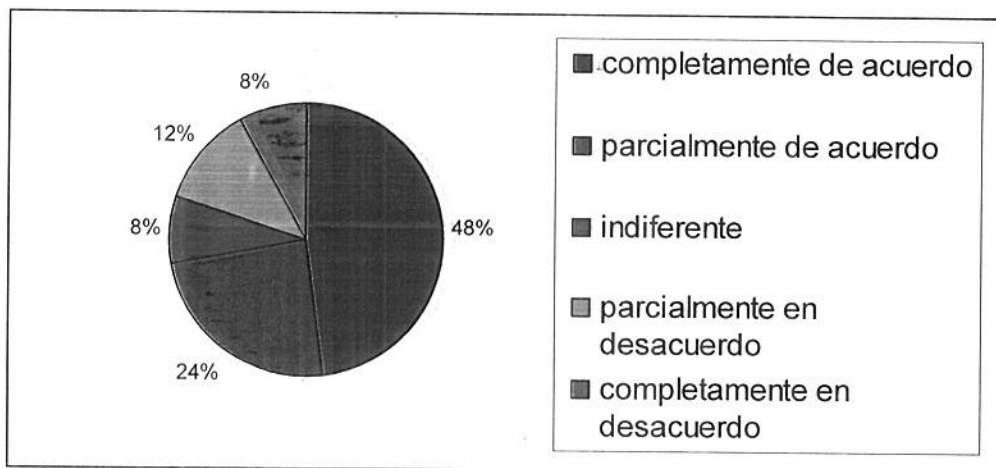
En este grafico puede notarse que del total de la muestra, poco menos de la mitad ha elegido la opción completamente de acuerdo (44%), mientras que el resto ha estado parcialmente de acuerdo (4%), indiferente (12%), parcialmente en desacuerdo (20%) y completamente en desacuerdo (20%) en la afirmación propuesta.

Afirmación 6: "Uno de los derechos de los pacientes es recibir información de las características y modalidades del tratamiento (variables de riesgo, beneficio, formas alternativas, etc)".



En este grafico puede verse que la mayor parte de la población ha optado por estar completamente de acuerdo (76%) en la afirmación propuesta, estando el resto parcialmente de acuerdo (12%), indiferente (8%) y completamente en desacuerdo (4%).

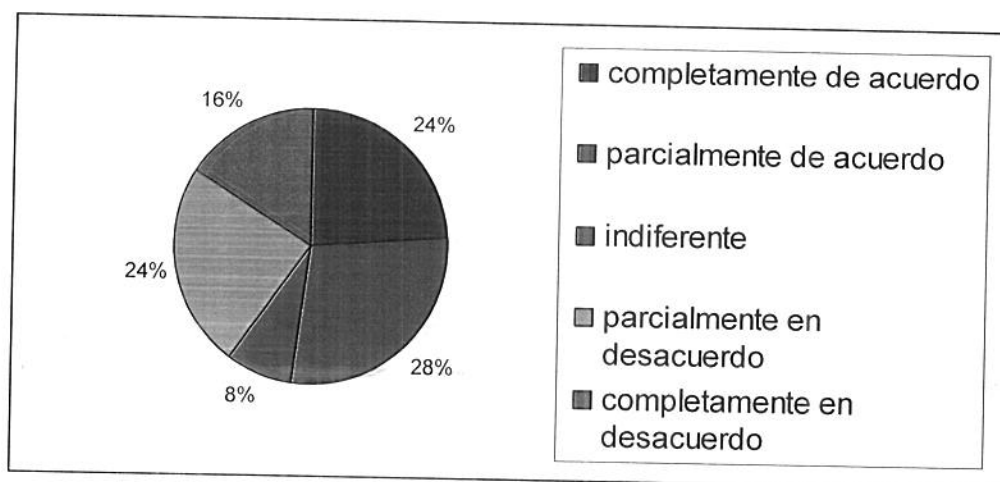
Afirmación 7: “Los pacientes reconocen el consentimiento informado como un derecho”.



En este grafico puede verse que hay un predominio de elección en las opciones completamente de acuerdo (48%) y parcialmente de acuerdo (24%), eligiendo el resto de la muestra las opciones indiferente (8%), parcialmente en

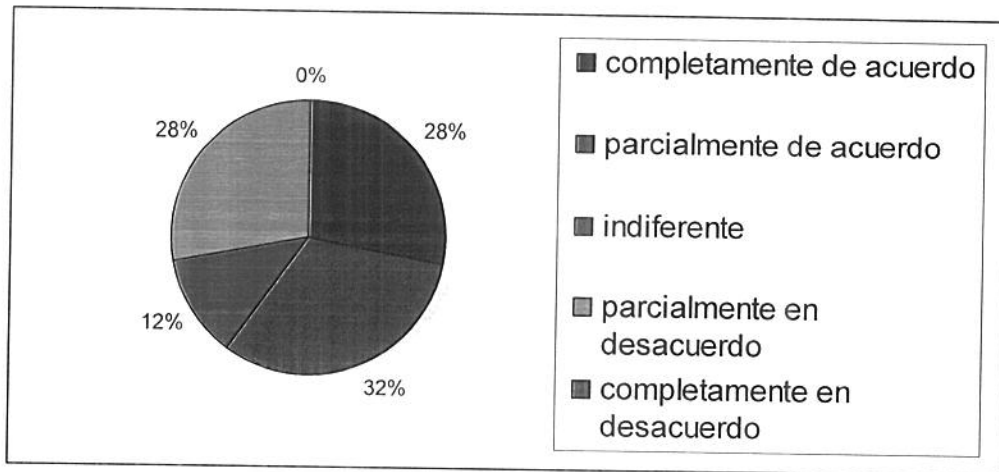
desacuerdo (12%) y completamente en desacuerdo (8%) en la afirmación propuesta.

Afirmación 8: "El consentimiento informado puede ser uno de los aspectos involucrados frente a una denuncia por mala praxis".



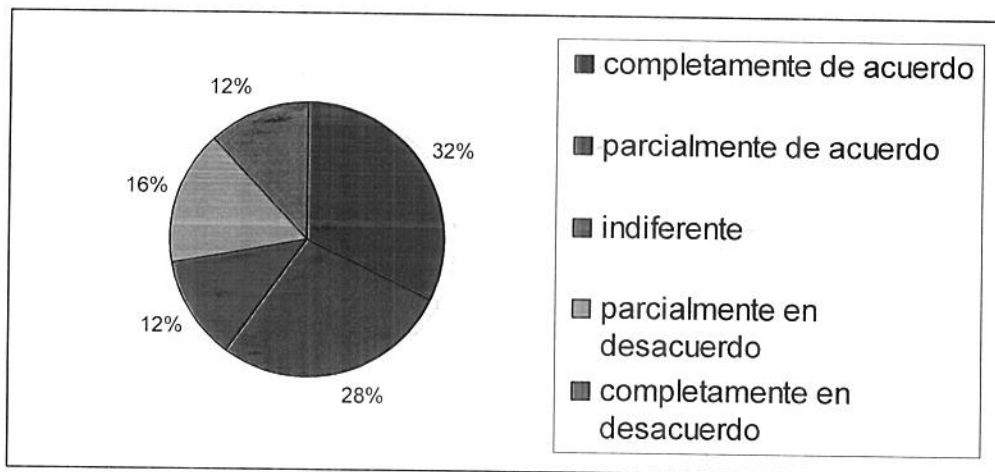
En este gráfico puede notarse que hay una mayor dispersión en cuanto a las opciones elegidas por la población, viéndose una proporción equivalente entre las opciones completamente de acuerdo (24%), parcialmente de acuerdo (28%) y parcialmente en desacuerdo (24%), completamente en desacuerdo (16%), siendo el resto de la muestra indiferente (8%) en la afirmación propuesta.

Afirmación 9: " El paciente reconoce el consentimiento informado como una de las normas que rige el quehacer del profesional psicólogo".



En este grafico puede notarse que la mayor parte de la población ha optado por la opción completamente de acuerdo (28%) y parcialmente de acuerdo (32%), una parte de la misma ha estado parcialmente en desacuerdo (28%) y el resto indiferente (12%) en la afirmación propuesta.

Afirmación 10: "El paciente considera que el consentimiento informado es aplicado y respetado por el psicólogo en la práctica clínica".

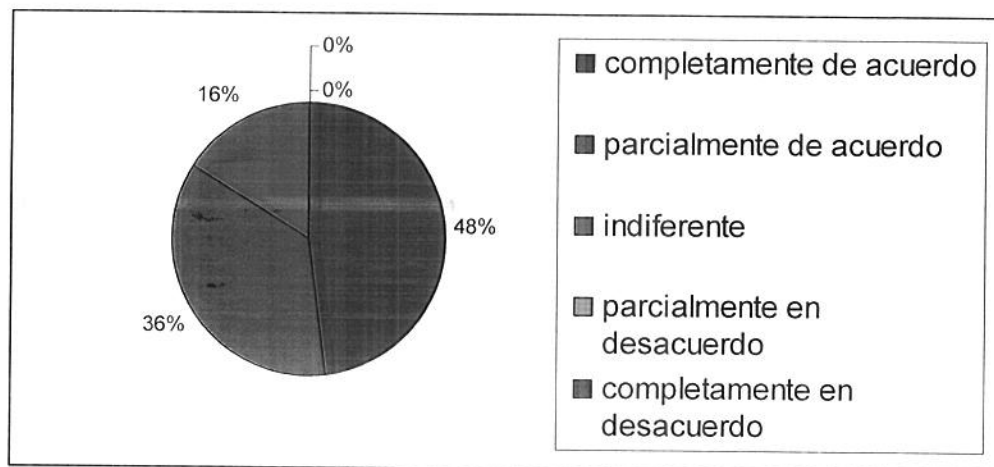


En este grafico puede notarse una dispersión en cuanto a la opción elegida, habiendo un predominio en las opciones completamente de acuerdo (32%) y parcialmente de acuerdo (28%), mientras que el resto se distribuye casi de

manera equitativa entre las opciones indiferente (12%), parcialmente en desacuerdo (16%) y completamente en desacuerdo (12%).

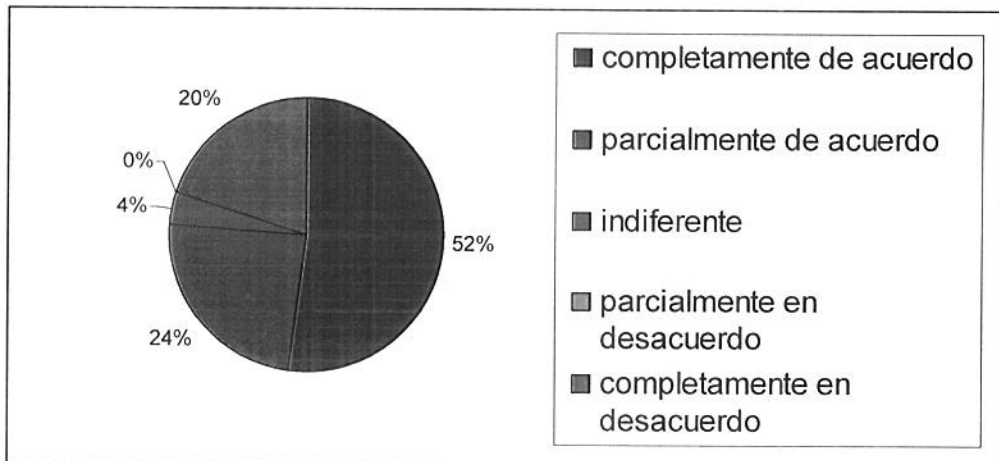
### **Abogacía**

Afirmación 1: “La figura del consentimiento informado representa el respeto por la autonomía de las personas”.



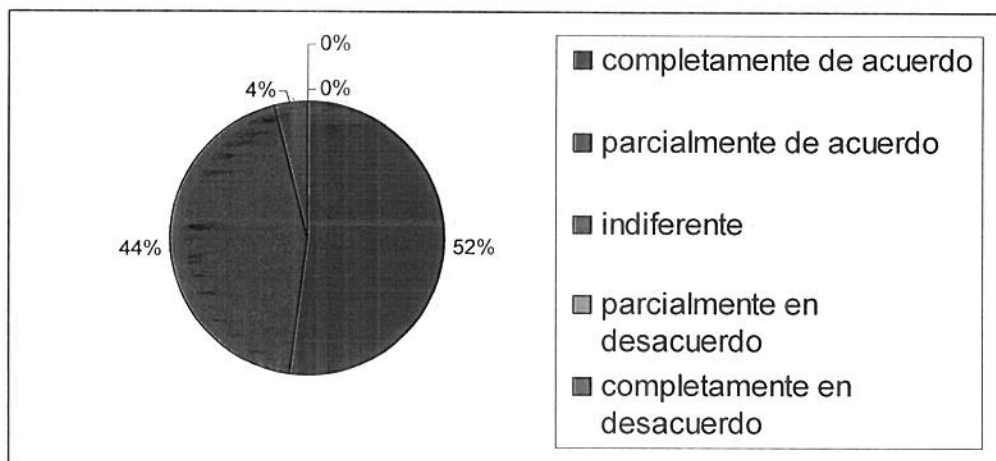
En este gráfico puede verse que la gran mayoría de la población está completamente de acuerdo (48%) y parcialmente de acuerdo (36%), mientras que el resto ha elegido la opción indiferente (16%) en la afirmación propuesta.

Afirmación 2: “El consentimiento informado establece el requisito de solicitar una autorización expresa antes de realizar una intervención por parte del psicólogo clínico”.



En este grafico puede notarse que más de la mitad de la muestra ha estado completamente de acuerdo (52%) y parcialmente de acuerdo (24%), mientras que una pequeña parte se muestra indiferente (4%) y el resto completamente en desacuerdo (20%) en la afirmación propuesta.

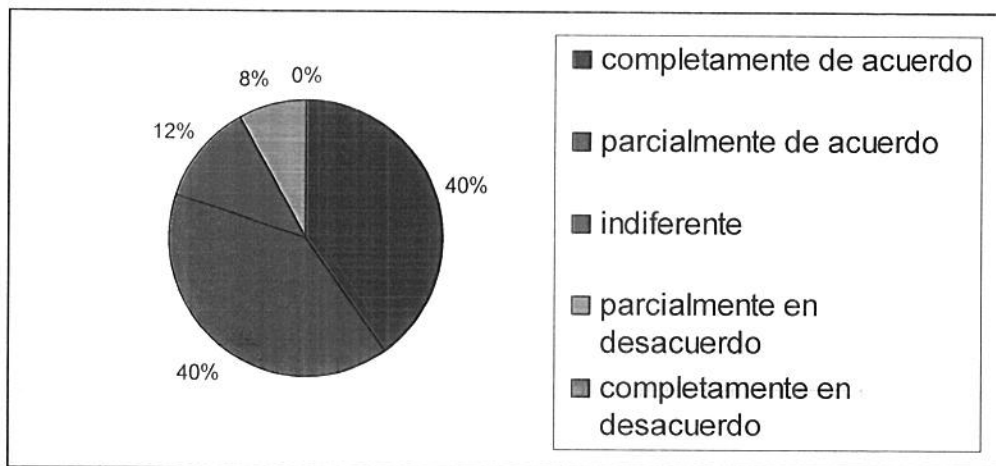
Afirmación 3: “El consentimiento informado podrá ser retirado por el paciente si considera que media razones para hacerlo”.



En este grafico puede notarse que la casi totalidad de la población se concentra en las opciones completamente de acuerdo (52%) y parcialmente de

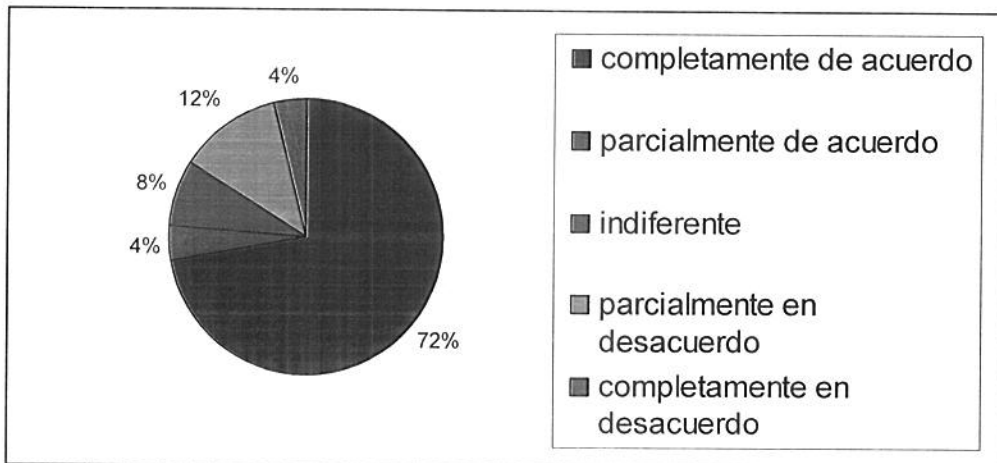
acuerdo (44%), mientras que una pequeña fracción se ubica en la opción indiferente (4%) en la afirmación propuesta.

Afirmación 4: “La obligación y responsabilidad de evaluar las condiciones en las cuales el paciente da su consentimiento incumben al psicólogo responsable de la práctica que se trate”.



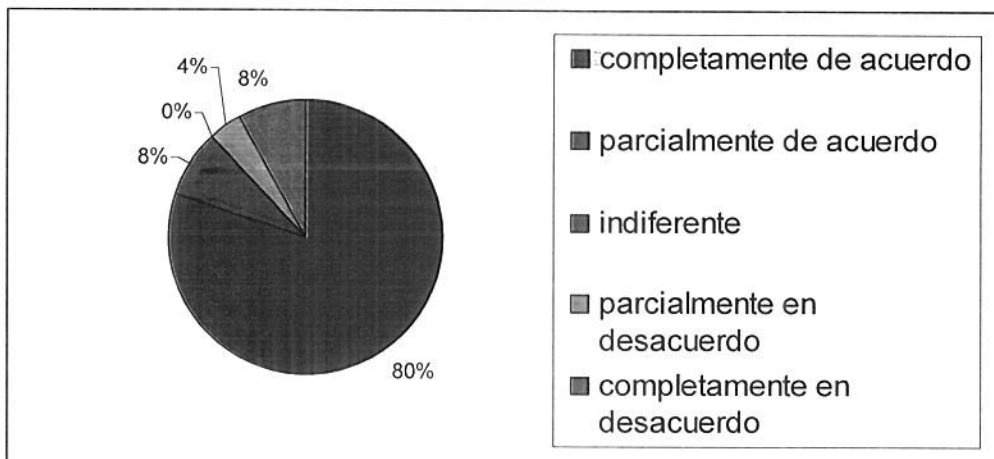
En este gráfico puede verse que la gran mayoría de la población ha elegido las opciones completamente de acuerdo (40%) y parcialmente de acuerdo (40%), mientras que el resto se muestra indiferente (12%) y parcialmente de acuerdo (8%) en la afirmación propuesta.

Afirmación 5: “El paciente no siempre debe dar su consentimiento, hay razones que impiden hacerlo, ya sea por su condición legal, emocional e intelectual”.



En este grafico puede verse que la gran parte de la población esta completamente de acuerdo (72%) en la afirmación propuesta, notándose una dispersión en las otras opciones; parcialmente de acuerdo (4%), indiferente (8%), parcialmente en desacuerdo (12%) y completamente en desacuerdo (4%).

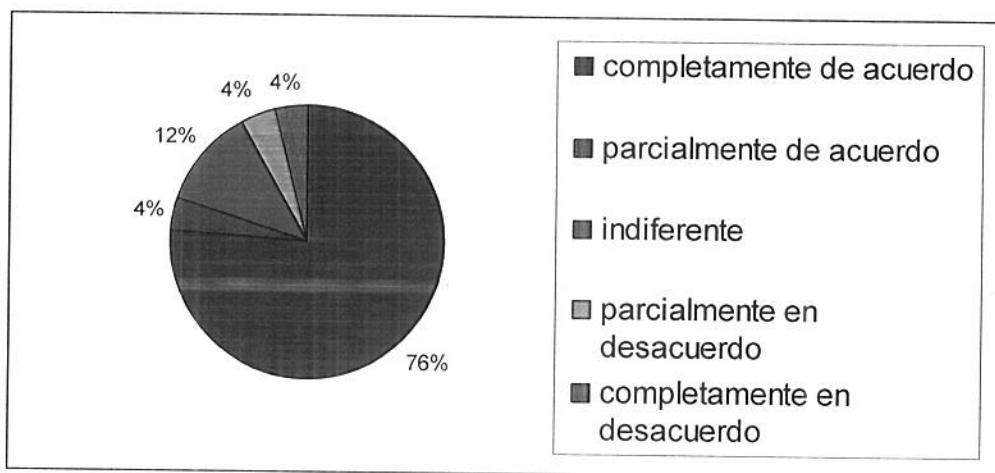
Afirmación 6: “Uno de los derechos de los pacientes es recibir información de las características y modalidades del tratamiento (variables de riesgo, beneficio, formas alternativas, etc)”.



En este grafico puede verse que una gran parte de la población ha optado por estar completamente de acuerdo (80%) en la afirmación propuesta, mientras

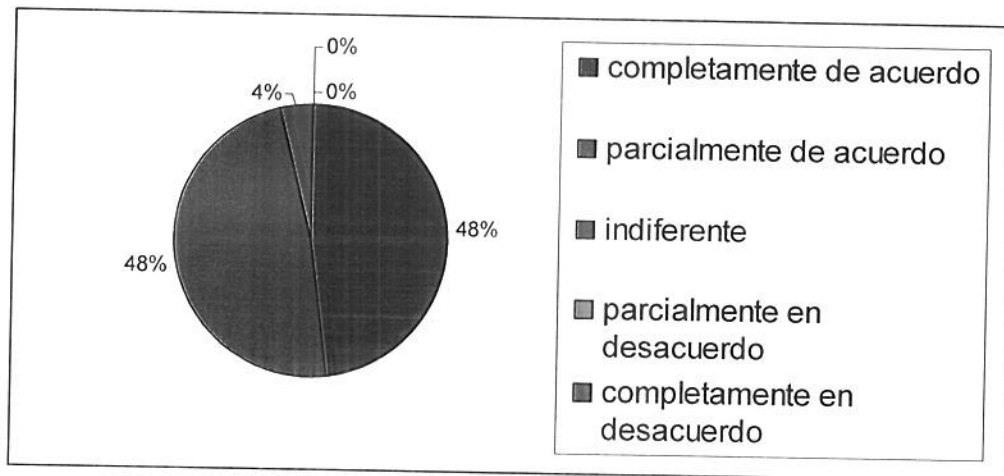
que el resto se distribuye en las opciones parcialmente de acuerdo (8%), parcialmente en desacuerdo (4%) y completamente en desacuerdo (8%).

Afirmación 7: “Los pacientes reconocen el consentimiento informado como un derecho”.



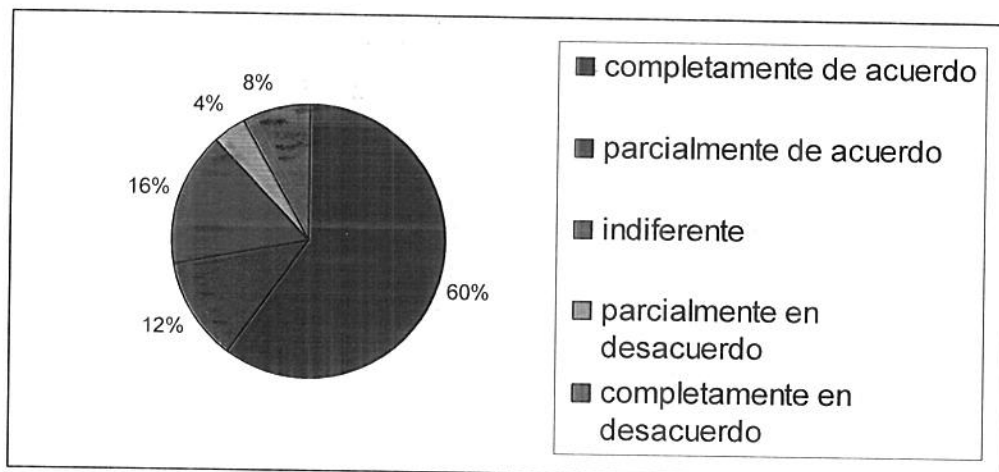
En este gráfico puede verse que la mayor parte de la población está completamente de acuerdo (76%) en la afirmación propuesta, mientras que puede notarse una dispersión en relación a las otras opciones; parcialmente de acuerdo (4%), indiferente (12%), parcialmente en desacuerdo (4%) y completamente en desacuerdo (4%).

Afirmación 8: “El consentimiento informado puede ser uno de los aspectos involucrados frente a una denuncia por mala praxis”.



En este grafico puede verse que la población se distribuye en partes iguales en la opción completamente de acuerdo (48%) y parcialmente de acuerdo (48%), mientras que una pequeña parte se muestra indiferente (4%) en la afirmación propuesta.

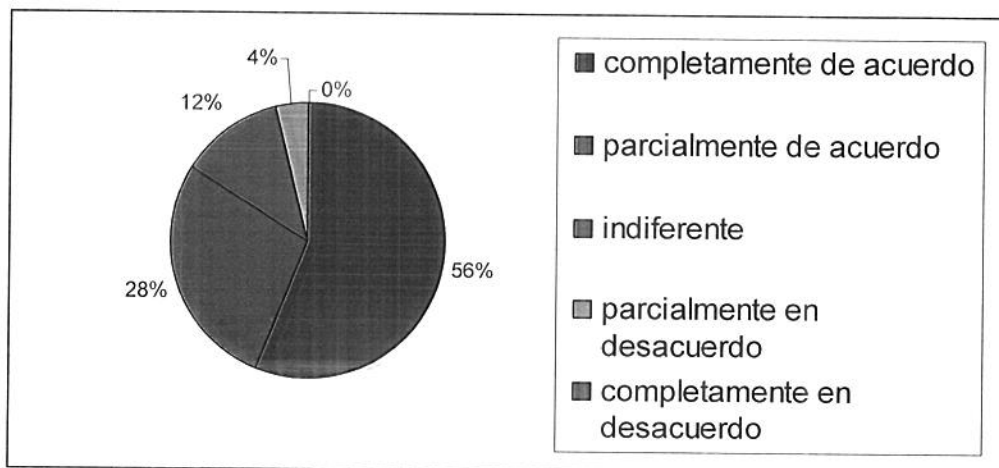
Afirmación 9: "El paciente reconoce el consentimiento informado como una de las normas que rige el quehacer del profesional psicólogo".



En este grafico puede ver que mas de la mitad de la población se muestra completamente de acuerdo (60%), notándose una dispersión en las otras opciones,

parcialmente de acuerdo (12%), indiferente (16%), parcialmente en desacuerdo (4%) y completamente en desacuerdo (8%) en la afirmación propuesta.

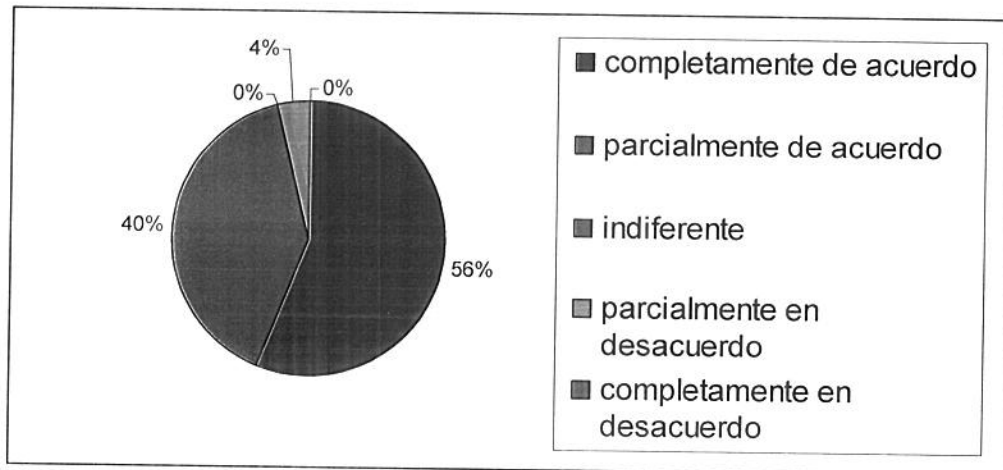
Afirmación 10: "El paciente considera que el consentimiento informado es aplicado y respetado por el psicólogo en la práctica clínica".



En este gráfico puede notarse que más de la mitad de la población ha optado por estar completamente de acuerdo (56%) y parcialmente de acuerdo (28%), mientras que el resto se muestra indiferente (12%) y parcialmente en desacuerdo (4%) en la afirmación propuesta.

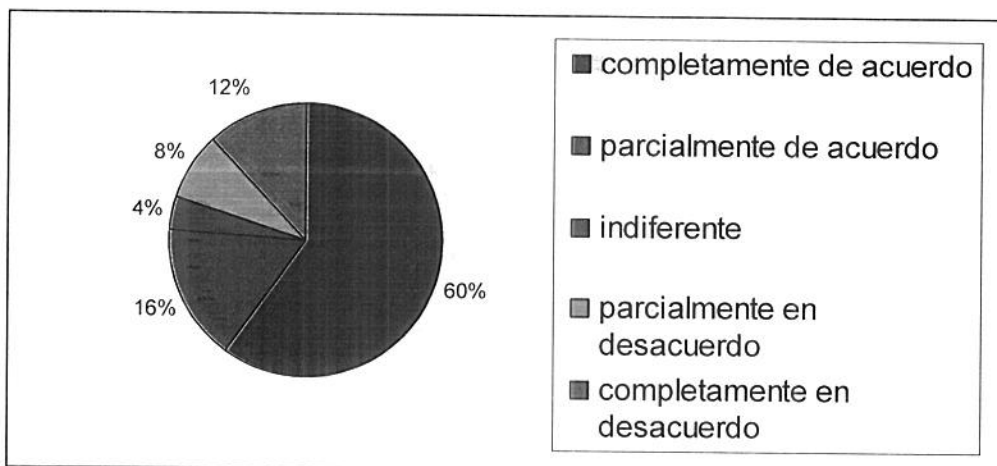
## **Ingeniería**

Afirmación 1: "La figura del consentimiento informado representa el respeto por la autonomía de las personas".



En este grafico puede notarse que la casi totalidad de la población se muestra completamente de acuerdo (56%) y parcialmente de acuerdo (40%) en la afirmación propuesta, mientras que una pequeña parte se muestra parcialmente en desacuerdo (4%).

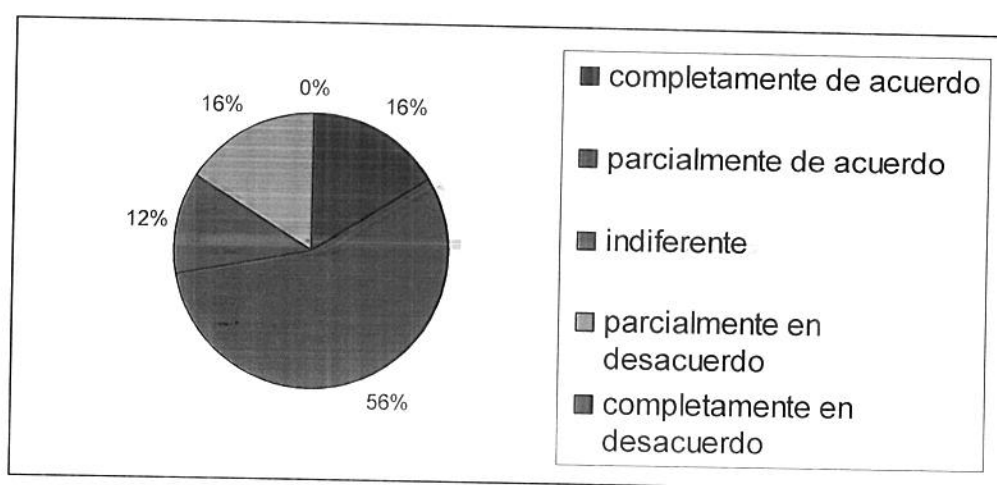
Afirmación 2: "El consentimiento informado establece el requisito de solicitar una autorización expresa antes de realizar una intervención por parte del psicólogo clínico".



En este grafico puede notarse que mas de la mitad de la población ha optado por estar completamente de acuerdo (60%) en la afirmación propuesta,

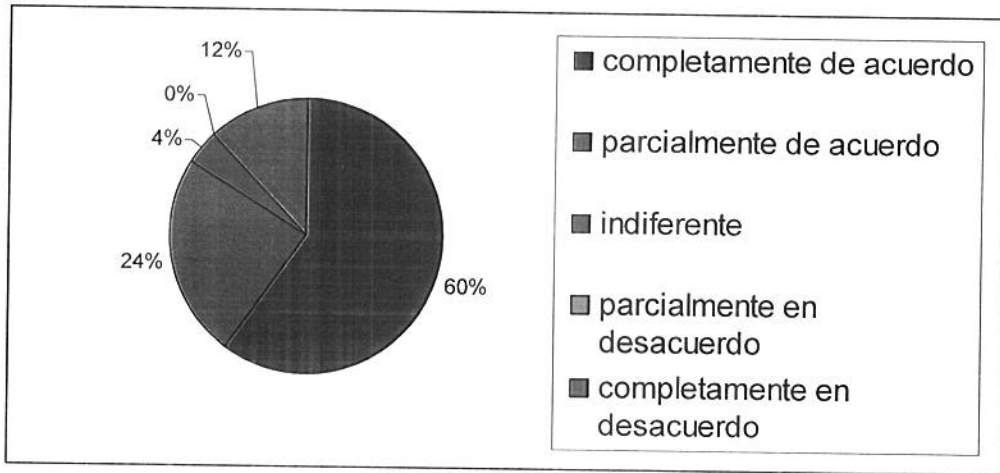
viéndose una dispersión en las otras opciones, parcialmente de acuerdo (16%), indiferente (4%), parcialmente en desacuerdo (8%) y completamente en desacuerdo (12%).

Afirmación 3: "El consentimiento informado podrá ser retirado por el paciente si considera que media razones para hacerlo".



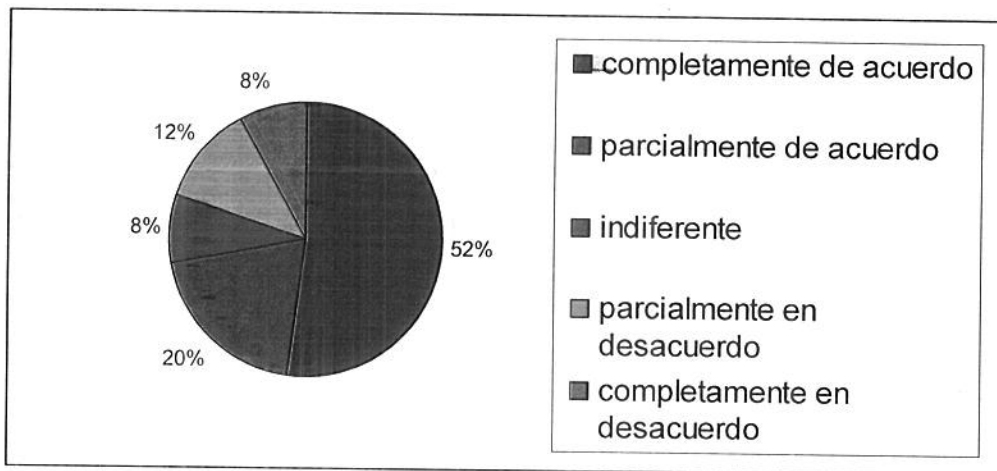
En este gráfico podemos ver un poco más de la mitad de la población está parcialmente de acuerdo (56%) y el resto se distribuye en las opciones completamente de acuerdo (16%), indiferente (12%) y parcialmente en desacuerdo (16%) en la afirmación propuesta.

Afirmación 4: "La obligación y responsabilidad de evaluar las condiciones en las cuales el paciente da su consentimiento incumben al psicólogo responsable de la práctica que se trate".



En este grafico podemos notar que la mayor parte de la muestra ha estado completamente de acuerdo (60%) y parcialmente de acuerdo (24%) en la afirmación propuesta, mientras que una pequeña fracción ha estado completamente en desacuerdo (12%) e indiferente (4%).

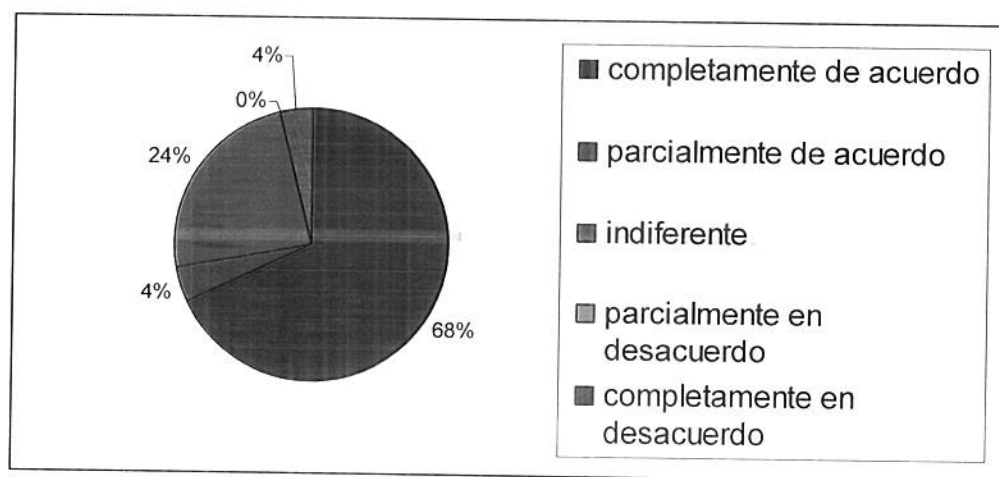
Afirmación 5: "El paciente no siempre debe dar su consentimiento, hay razones que impiden hacerlo, ya sea por su condición legal, emocional e intelectual".



En este grafico puede notarse que poco mas de la mitad de la población ha estado completamente de acuerdo (52%) y parcialmente de acuerdo (20%) en la

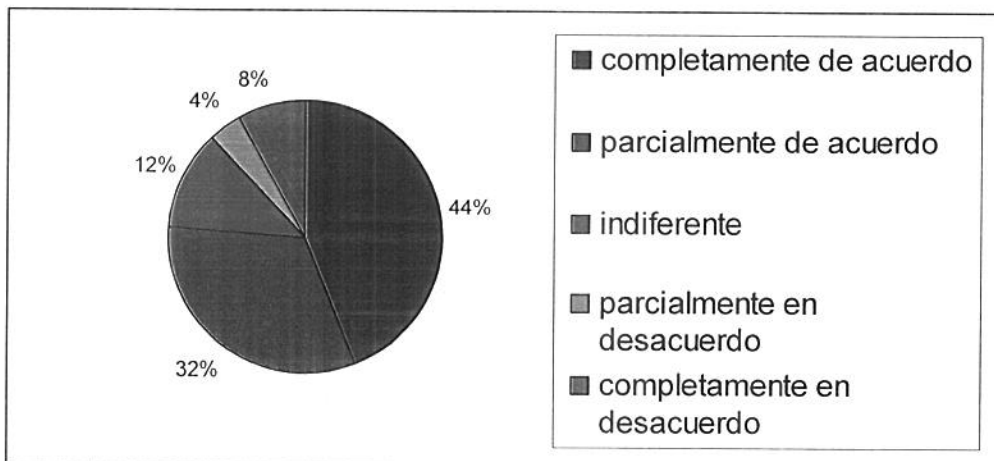
afirmación propuesta, mientras que el resto se distribuye en indiferente (8%), parcialmente en desacuerdo (12%) y completamente en desacuerdo (8%).

Afirmación 6: "Uno de los derechos de los pacientes es recibir información de las características y modalidades del tratamiento (variables de riesgo, beneficio, formas alternativas, etc)".



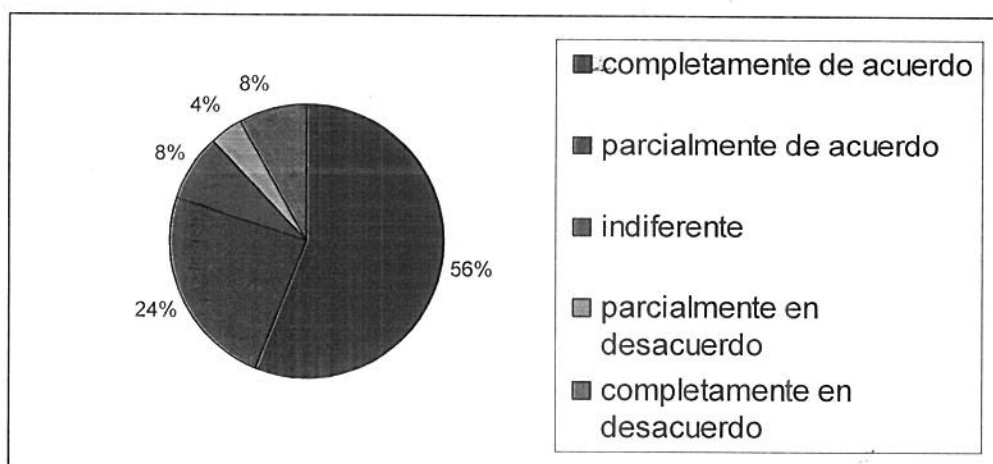
En este gráfico podemos notar que la mayor parte de la población ha estado completamente de acuerdo (68%), mientras que un sector de la misma se ha mostrado indiferente (24%) y están parcialmente de acuerdo y completamente en desacuerdo la misma fracción de la muestra seleccionada (4%).

Afirmación 7: "Los pacientes reconocen el consentimiento informado como un derecho".



En este grafico puede verse que gran parte de la población ha estado completamente de acuerdo (44%) y parcialmente de acuerdo (32%) en la afirmación propuesta, mientras que una parte de la muestra se ha mostrado indiferente (12%), parcialmente en desacuerdo (4%) y completamente en desacuerdo (8%).

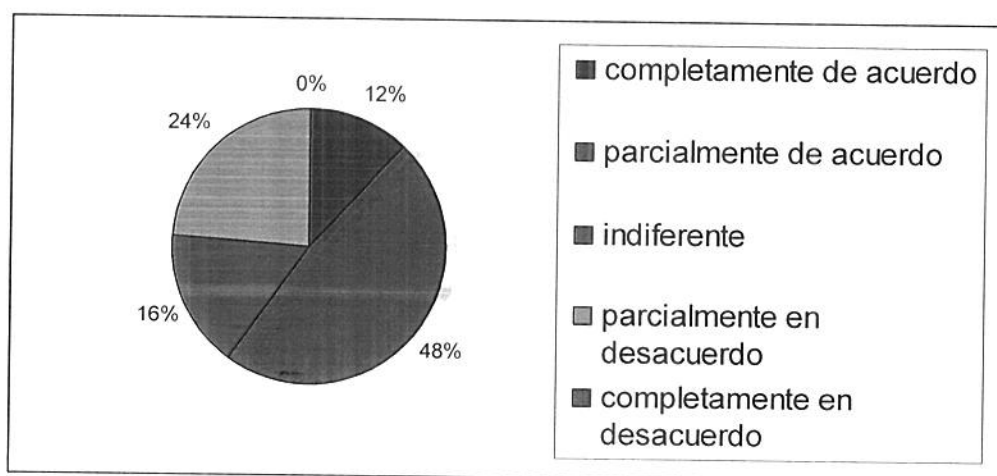
Afirmación 8: "El consentimiento informado puede ser uno de los aspectos involucrados frente a una denuncia por mala praxis".



En este grafico puede notarse que mas de la mitad de la población se muestra completamente de acuerdo (56%) y parcialmente de acuerdo (24%) en la

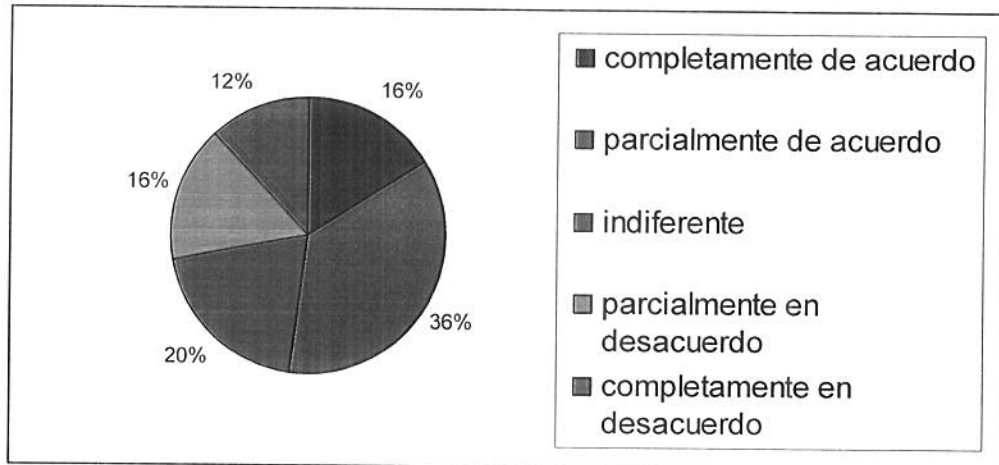
afirmación propuesta, mientras que un pequeño sector se muestra indiferente (8%), parcialmente en desacuerdo (4%) y completamente en desacuerdo (8%).

Afirmación 9: "El paciente reconoce el consentimiento informado como una de las normas que rige el quehacer del profesional psicólogo".



En este gráfico puede notarse una mayor dispersión en cuanto a la opción elegida aunque puede verse un predominio de la opción parcialmente de acuerdo (48%), mientras que el resto se distribuye en completamente de acuerdo (12%), indiferente (16%) y parcialmente en desacuerdo (24%) en la afirmación propuesta.

Afirmación 10: "El paciente considera que el consentimiento informado es aplicado y respetado por el psicólogo en la práctica clínica".



En este grafico puede verse una mayor dispersión en cuanto a las opciones elegidas por la población, notándose un predominio en la opción parcialmente de acuerdo (36%), y el resto se distribuye en las opciones completamente de acuerdo (16%), indiferente (20%), parcialmente en desacuerdo (16%) y completamente en desacuerdo (12%) en la afirmación propuesta.

## 16. Conclusiones y propuestas

Es importante recordar que la presente investigación ha tenido como objetivo indagar si los estudiantes de la Universidad Nacional de Mar del Plata, tienen conocimientos acerca del consentimiento informado en el quehacer profesional del psicólogo. Para llevar a cabo este objetivo realizamos una investigación de tipo exploratoria descriptiva, en la cual optamos por una escala de tipo Lickert con diez afirmaciones en las cuales los sujetos debían responder según su grado de acuerdo o desacuerdo. La hipótesis formulada es que los estudiantes de la Universidad Nacional de Mar del Plata que han sido asistidos o estén recibiendo tratamiento psicológico, no poseen la adecuada y suficiente información que deberían tener acerca del consentimiento informado.

Las personas que han participado en esta investigación corresponden a las carreras de Licenciatura en Psicología, Abogacía, Contador Público e Ingeniera (se incluyen los estudiantes de las distintas especialidades de Ingeniera). Con respecto a la muestra de los estudiantes de Psicología se han seleccionado aquellos sujetos que ya han cursado la materia Deontología Psicológica que se dicta en el primer cuatrimestre de cuarto año de la carrera, y en la cual se aborda el tema del consentimiento informado. Hemos escogido como requisito indispensable para participar en la investigación, el haber trascurrido en terapia como mínimo dos meses.

Hemos elegido tomar dentro de toda la población universitaria, aquellas que consideramos la más tradicionales y porque creemos que puede resultar enriquecedor la comparación entre estas cuatro formaciones teniendo en cuenta los objetivos de esta investigación.

El trabajo empírico llevado a cabo nos permite arribar a las siguientes conclusiones:

Del total de la muestra se comprobó que la mayoría de los sujetos encuestados han estado de acuerdo o parcialmente de acuerdo con las afirmaciones planteadas en relación al consentimiento Informado.

También podemos observar en relación a las cuatro carreras, que hay una consistencia en las afirmaciones 1, 7 y 8. Esto podría fundamentarse en el hecho de que el gran porcentaje de la muestra consideró que el consentimiento informado representa el respeto por la autonomía y que puede ser uno de los aspectos involucrados frente a una denuncia por mala praxis lo que nos llevaría a pensar es que los sujetos encuestados lo reconocen como un derecho.

La misma consistencia puede notarse en las afirmaciones 2 y 6, ya que el gran porcentaje de la muestra consideró que el consentimiento es un requisito de solicitar una autorización expresa antes de realizar una intervención por parte del

psicólogo clínico, reconociendo, de esta manera, su derecho como pacientes de recibir información acerca de las características y modalidades del tratamiento.

Si bien hay una tendencia de la mayor parte de la muestra en cuanto a considerar al consentimiento informado como una de las normas que rigen el quehacer del profesional, puede notarse una mayor dispersión en los grados de acuerdo y desacuerdo propuestos por el instrumento, en relación a que el consentimiento informado sea aplicado y respetado por el psicólogo en la práctica clínica.

A partir de los resultados arrojados por la investigación podría pensarse que la gran mayoría de la población tiene conocimiento de los aspectos involucrados del consentimiento informado, aunque parece no haber un consenso en cuanto a su aplicación en la práctica por parte del psicólogo. Esto nos lleva a poner en evidencia que si bien algunos autores plantean que el modelo de medicina paternalista (basada esencialmente en el beneficio de beneficencia, en donde era solamente la persona del médico quien decidía la actitud terapéutica adecuada para cada paciente); ya no ejerce influencia sobre los profesionales psicólogos de nuestros tiempos, los resultados obtenidos a partir de la investigación, demostrarían que aun no se adoptaría un modelo democrático horizontal en lo que se refiere al consentimiento informado.

Nos parece importante destacar que no hemos notado diferencias significativas entre el conocimiento que tienen la muestra de psicología y el resto de la población, teniendo en cuenta que del total de los estudiantes de Psicología de la facultad se seleccionaron aquellos que ya habían cursado la materia de Deontología Psicológica.

A modo de cierre queremos destacar que nuestra hipótesis de trabajo planteada en el comienzo de nuestra investigación, “los estudiantes de la Universidad Nacional de Mar del Plata que han sido asistidos o estén recibiendo tratamiento psicológico, no poseen la adecuada y suficiente información que deberían tener acerca del consentimiento informado” queda refutada por los

resultados obtenidos a lo largo de la investigación. Si bien podemos establecer que la mayoría de los sujetos encuestados conocen el consentimiento informado, pero no creen que este sea aplicado y respetado por el psicólogo en la práctica clínica, por la experiencia que han obtenido en sus terapias.

Por esto consideramos que es necesario que el consentimiento informado sea un derecho que todos los alumnos deberían conocer desde el inicio de la carrera de Psicología, y que pueda ser transmitido el día de mañana a sus propios pacientes.

Pensamos que sería conveniente incluir en un futuro no muy lejano el tema del consentimiento informado desde el inicio de la carrera y poder conocerlo en sus diferentes aspectos para poder ser aplicado en las diferentes situaciones que se presenten en el ejercicio cotidiano del psicólogo y no considerarlo únicamente como un tema más dentro de una cátedra como la de Deontología Psicológica.

También creemos que debería tenerse en cuenta el tema del consentimiento informado a la hora de realizar las diferentes actividades propuestas por la facultad de psicología, como pasantías, trabajos de investigación, residencias, seminarios, etc. Sería pertinente fomentar la difusión y la puesta en práctica del consentimiento en dichas actividades curriculares para que los estudiantes logren interiorizar paulatinamente esta normativa y pueda ser aplicada adecuadamente a lo largo de su carrera profesional.

A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación en relación a que los estudiantes de las distintas carreras sí tienen conocimiento de lo que implica el consentimiento informado, pero que este no es respetado por sus psicólogos, sería adecuado que los profesionales actualmente en ejercicio puedan transmitir adecuadamente la norma del consentimiento a sus pacientes para que ellos sientan respetados sus derechos. Esta recomendación podría llevarse a cabo a través de su difusión en revistas de psicología, charlas, seminarios, congresos, programas de capacitación, y en cualquier otra actividad desarrollada desde el colegio de psicólogos. De esta forma se podría lograr la actualización permanente

de los conocimientos, no solo en relación al consentimiento sino también en otros temas afines a la psicología.

Nos parece interesante la idea de poder estandarizar un instrumento en el cual queden pactados los diferentes aspectos del tratamiento, sus ventajas, sus riesgos y las posibles alternativas, para que sea el paciente el que logre tomar la decisión de iniciar o continuar una terapia con la ayuda del profesional.

De esta manera estaríamos fomentando el establecimiento de un vínculo basado más en la confianza y la veracidad entre el psicólogo y su paciente, para que este pueda tomar sus decisiones de manera autónoma.

# ANEXO



UNIVERSIDAD NACIONAL  
DE MAR DEL PLATA

.....

---

**Instrumento de la “evaluación del conocimiento por parte de la población universitaria de la Universidad Nacional de Mar del Plata acerca del consentimiento informado en el ejercicio profesional del psicólogo”.**

Exclusivamente para uso de investigación

Facultad de Psicología (UNMDP)

---

El presente instrumento tiene por objeto recoger información para llevar a cabo una investigación (en la formación de grado) respecto a detectar el conocimiento y conciencia acerca del consentimiento informado por parte de los estudiantes universitarios que hayan estado o estén actualmente en tratamiento psicológico, el cual debe ser respetado en la estructuración ética de la relación interpersonal que se establece en el ámbito clínico.

Los datos serán recogidos en forma anónima y solo serán usados con los fines enunciados.

**I. Por favor complete los siguientes datos:**

**Sexo:**

Femenino ...../Masculino.....

**Edad:**

Hasta 25 años.....

25 a 30 años.....

30 a 40 años.....

40 o mas.....

**Carrera:**

.....

**Tiempo llevado o que llevo, en la terapia:**

.....

II. A continuación se presentan una serie de afirmaciones referidas a la responsabilidad profesional. Le solicitamos señale su grado de acuerdo o desacuerdo con las mismas teniendo en cuenta la siguiente escala:

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



|   |                   |
|---|-------------------|
| 1. La figura del consentimiento informado representa el respeto por la autonomía de las personas.   | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 2. El consentimiento informado establece el requisito de solicitar una autorización expresa antes de realizar una intervención por parte del psicólogo clínico.                 | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 3. El consentimiento informado podrá ser retirado por el paciente si considera que media razones para hacerlo.  | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 4. La obligación y responsabilidad de evaluar las condiciones en las cuales el paciente da su consentimiento incumben al psicólogo responsable de la práctica que se trate.     | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 5. El paciente no siempre debe dar su consentimiento, hay razones que impiden hacerlo, ya sea por su condición legal, emocional e intelectual.                                  | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 6. Uno de los derechos de los pacientes es recibir información de las características y modalidades del tratamiento (variables de riesgo, beneficio, formas alternativas, etc). | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 7. Los pacientes reconocen el consentimiento informado como un derecho.   | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |

|  |                   |
|--|-------------------|
| 8. El consentimiento informado puede ser uno de los aspectos involucrados frente a una denuncia por mala praxis.           | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 9. El paciente reconoce el consentimiento informado como una de las normas que rige el quehacer del profesional psicólogo. | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |
| 10. El paciente considera que el consentimiento informado es aplicado y respetado por el psicólogo en la práctica clínica. | 1 - 2 - 3 - 4 - 5 |

## Referencias Bibliográficas

- Beauchamp, Tom; Childress, James (1999). Principios de Ética Biomédica. Mason, S.A.
- Calo, Orlando. (2001) La interacción del profesional con los códigos, o no tomar las cosas al pie de la letra. Ponencia realizada en el XXVIII Congreso Interamericano de Psicología: "Hacia una psicología para el bienestar humano". Santiago de Chile.
- Cecchetto, Sergio (2001). Teoría y Práctica del Consentimiento Informado en el área neonatal. Ediciones Suarez.
- Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina. (Fe.P.R.A.)
- Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires
- Cuadernos de Bioética. Consentimiento Informado. Revista trimestral de cuestiones de actualidad. Vol. IX n° 33, 1° 1998. La problemática del consentimiento informado. María del Carmen Vidal Caseros.
- Di doménico, Cristina; Vilanova Alberto. (1999). Formación de Psicólogos en el Mercosur. Impreso en Departamento de Servicios Gráficos de la Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Diez, Pedro A. (1999). "Psicología, Universidad y Política en Argentina 1950-1990. Impreso en Departamento de Servicios Gráficos de la Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Fariña, Juan Jorge. (1992). Ética Profesional. Dossiers Bibliográficos en Salud Mental y Derechos Humanos. Buenos Aires.
- Franca-Tarragó Omar (1992). Psicoética. Los dilemas éticos de la práctica de psicología y psiquiatría". Revista relaciones.

- Franca-Tarragó Omar (1996). Ética para psicólogos. Introducción a la psicótica. Segunda edición. Editorial Desclée de Brouwer S.A.
- Fraraccio, Jose A.V. (2008) Praxis Médica. Aspectos médicos legales. Ediciones Argentina.
- Gracia, D (1990). La bioética medica. Boletín de la O.P.S. vol 108. Nos. 5 y 6 Washington.
- Hermsilla, Ana María (2002). Intervención presentada en la Mesa debate: "Mala praxis y secreto profesional. Responsabilidad y Ética profesional", en las Primeras Jornadas Nacionales de Psicología Jurídica: "sujetos, instituciones y leyes".
- Hoof, Pedro Federico (1999). Bioética y Derechos Humanos. Temas y casos. Ediciones Depalma. Buenos Aires.
- Kieffer, G.H. (1983) Bioética. Madrid: Alhambra
- Lavallo, Hector Mario. (1998) Defensa Medica II. Prevención de juicios de mala praxis. Ediciones A.G.A.
- Meeroff, Marcos. Algunos consejos útiles respecto al establecimiento de una buena relación médico-paciente. Revista "Comahue Médico". Ed.CM.
- Nuria Cortada de Kohan. (2004). Teoría y Métodos para la construcción de escalas de actitudes. Lugar Editorial S.A.
- Revista Nexos. Año 14/Nexos 24 Cuestiones Eticas en la relación de la salud-usuario: del paternalismo a la autonomía. Zanatta, Anahi. Julio 2007.
- Sampieri, Roberto Hernández; Fernández Collado Carlos; Baptista, Lucio Pilar (1991). Metodología de la Investigación. McGraw-Hill Interamericana de México, S.A de C.V.
- Sanders, Julio; Fodaro, Julio; y Bernabé J. Corellano. Relación medico paciente en Medicina familiar. Revista "Comahue Medico" Ed. CM.

- Sproviero, Juan H.(1994). Mala praxis. Protección jurídica del médico. Abeledo-Perrot. Buenos aires.
- Velcoff y Verducci. La responsabilidad profesional en psicoterapia. En línea disponible en: Vidal Casero, María del Carmen. La problemática del Consentimiento Informado.
- Zanatta, Anahi (2004). Actitudes de profesionales de la salud hacia el paternalismo, la autonomía de los usuarios y la deliberación moral. Tesis de doctorado.
- Zanatta, Anahi (2004). El consentimiento informado en la práctica profesional de los psicólogos.” Trabajo presentado en el Pre-congreso Marplatense de Psicología, Facultad de Psicología.

Páginas de internet:

- [http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol46\\_1\\_09/est07109.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol46_1_09/est07109.htm)
- <http://www.aap.org.ar/publicaciones/forense/index-forense.htm>