

Concepciones éticas sobre el consentimiento informado. Algunas reflexiones a partir de un estudio de campo.

Salomone, Gabriela Z. y Calderone, María Julia.

Cita:

Salomone, Gabriela Z. y Calderone, María Julia (2020). *Concepciones éticas sobre el consentimiento informado. Algunas reflexiones a partir de un estudio de campo. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-007/107>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/etdS/1zQ>

CONCEPCIONES ÉTICAS SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO. ALGUNAS REFLEXIONES A PARTIR DE UN ESTUDIO DE CAMPO

Salomone, Gabriela Z.; Calderone, María Julia
Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Este trabajo presenta algunas reflexiones sobre el Consentimiento informado en la práctica psicológica, a partir de los resultados preliminares de una investigación de campo, en el marco del proyecto de investigación UBACyT “Ética y normas: la relación del psicólogo con el campo deontológico, jurídico e institucional en las prácticas con niños, niñas y adolescentes. Estudio exploratorio descriptivo a partir de una investigación cuali-cuantitativa” (2018-2020). Se indagan las concepciones éticas de los psicólogos respecto de esta pauta deontológico-jurídica, a partir del análisis de su implementación en las diferentes prácticas, en particular en las prácticas con niños; a partir de las peculiaridades de su aplicación respecto del recurso terapéutico de la internación y de la posición de los profesionales frente al derecho del paciente a rechazar la intervención psicológica y a revocar el consentimiento. Se analiza la relación de los entrevistados con el campo normativo que regula la práctica, así como la disposición a articularlo con la intervención psicológica propiamente dicha.

Palabras clave

Consentimiento informado - Internación - Revocación responsabilidad - Campo normativo ética

ABSTRACT

ETHICAL CONCEPTIONS ABOUT INFORMED CONSENT.
SOME REFLECTIONS FROM A FIELD INVESTIGATION

This work presents some reflections on the implementation of the Informed Consent in the psychological practice, based on the preliminary results of a field study, within the UBACyT research project “Ethics and Norms: the relation of psychologists with the deontological, legal and institutional field in the practices with children and adolescents. Descriptive exploratory study on the basis of qualitative and quantitative research” (2018-2020). The ethical conceptions of psychologists regarding this deontological-legal guideline are investigated, based on the analysis of its implementation in different practices, particularly in practices with children; based on the peculiarities of its application regarding the therapeutic resource of hospitalization and the position of professionals regarding the patient’s right to reject psychological intervention and to withdraw consent. The relationship

of the interviewees with the normative field that regulates their practice is analyzed, as well as the willingness to articulate it with the psychological intervention itself.

Keywords

Informed consent - Ethics - Hospitalization - Withdraw consent Rules and Standards

Este trabajo presenta algunas reflexiones sobre el Consentimiento informado en la práctica psicológica, a partir de los resultados preliminares de una investigación de campo, en el marco del proyecto de investigación UBACyT “Ética y normas: la relación del psicólogo con el campo deontológico, jurídico e institucional en las prácticas con niños, niñas y adolescentes. Estudio exploratorio descriptivo a partir de una investigación cuali-cuantitativa” (2018-2020)[i].

El estudio de campo se realizó sobre una muestra constituida por 56 casos, donde profesionales de la Salud Mental respondieron acerca de la pauta del Consentimiento Informado en el marco de la práctica profesional[ii]. Además de conocer el grado y las particularidades de la implementación de esta normativa deontológica, nos interesó saber en qué medida los profesionales estaban al tanto de las disposiciones normativas, deontológico-jurídicas, que lo indican. Por tal motivo, se dedicaron tres preguntas al tema, que apuntan cada una de ellas a relevar cuestiones diferentes.

En la institución donde usted trabaja, ¿se solicita al consultante el consentimiento informado para iniciar procedimientos terapéuticos y otros modos de intervención? ¿En qué casos? ¿Bajo qué modalidad se solicita? Especifique.

La primera pregunta indaga sobre la implementación del consentimiento informado, tanto en procedimientos terapéuticos como en otros modos de intervención, contemplando la variedad de actividades que los psicólogos realizan en su práctica. Al respecto, el 67,85% del total de respuestas afirma que solicita el consentimiento antes de iniciar algún tipo de intervención, mientras que el 32,15% no lo hace. Respecto de este último porcentaje, cabe señalar que se trata de un número considerable si se tiene en cuenta que la normativa deontológica y jurídica actual indica la obligación de solicitar el consentimiento para iniciar una práctica psicológica.

Un aspecto a hacer notar, que hemos observado también en

muestras anteriores, es cierta particularidad en los modos de implementación del consentimiento, que llevan a interrogaciones éticas.

Es común que el CI sea requerido en la primera entrevista, en la que se les informa a los pacientes cuestiones referidas al encuadre. En principio, este accionar es coincidente con lo planteado normativamente, puesto que son esas las informaciones que hay que brindar^[iii]. Sin embargo, dada la complejidad que nuestra práctica introduce en tanto el sujeto no interviene solo como sujeto de derecho (Salomone, 2006), nos preguntamos si es ese el único valor que puede adquirir el consentimiento informado; aplicado de esa manera pareciera quedar restringido solo a un trámite informativo.

Al ser requerido en el primer contacto, el sujeto debería consentir sobre algo de lo que, en realidad, nada sabe. Aun cuando se le brinda información acerca del tratamiento, hay algo que solo podrá ser transmitido y consentido en la experiencia singular de cada quien.

Una respuesta que da cuenta de este aspecto problemático:

“Se solicita en todos los casos junto con la apertura de la historia clínica..., en la historia clínica viene un formulario con el consentimiento informado en el cual el paciente se da cuenta de que se está por empezar un tratamiento. A veces es difícil completar un consentimiento informado porque plantea algunas cosas relativas a la práctica que van a realizar que todavía no están definidas”. (protocolo 14)

Este aspecto muestra que, en términos de derechos, la pauta del CI tiene un gran valor en tanto se fundamenta en el respeto de la autonomía del sujeto^[iv], sin embargo, la particularidad de la práctica psicológica hace que la cuestión no quede saldada con la información que pueda brindarse inicialmente.

Además de establecer los requisitos para la validez del consentimiento, todos referidos a la condición de autonomía del sujeto, el punto 1.1 establece que: “La implementación del consentimiento informado, considerado aquí como un proceso, implica su construcción y revisión permanente *en función de las características cambiantes y dinámicas* de la relación profesional-consultante” (el subrayado es nuestro). Este planteo muestra la necesidad de comprender la pauta del CI en articulación con la práctica misma, con la plasticidad necesaria para acompañar el proceso que se desarrolla entre el profesional y el destinatario de su práctica. Coincidimos en este punto con un análisis realizado anteriormente, sobre una muestra de 2015, en que se destacó la homologación del CI a un trámite administrativo al ser planteado al inicio de la intervención, de modo definitivo y, por lo tanto, disociado del proceso terapéutico (González Plá y Salomone, 2016). En estos términos, ni el consentimiento informado ni la concepción de salud que subyace son entendidos como procesos, sino más bien como estados inmodificables. Retomaremos este asunto con la próxima pregunta.

Otro aspecto a considerar es que, más allá de lo indagado puntualmente, las respuestas a esta pregunta permitieron detectar

algunas ideas ya presentes en muestras anteriores, referidas a prácticas, ámbitos y/o problemáticas en las que se estaría eximido de la obligación de solicitar el consentimiento informado.

En una investigación de campo realizada en 2017^[v], una parte de los entrevistados declaró no haber modificado ningún aspecto de su práctica en función de la Ley de Salud Mental -eje central de la pregunta- alegando que esa Ley no aplica para los ámbitos en el que se desempeñan o la actividad que realizan. Particularmente, aquellas respuestas -como varias de la muestra actual- mencionaban el área de educación y los centros educativos terapéuticos.

En una línea similar, en la presente muestra, dentro del 32,15% que dice no solicitar el CI pudimos observar que el ámbito educativo aparece como excepción, y también ciertas prácticas, en otros ámbitos, que son tomadas como excepción por no constituir un tratamiento terapéutico, por lo que se supone que no sería necesaria la solicitud del consentimiento.

A modo de ejemplo tomaremos dos de las respuestas obtenidas: “No, no solicitamos consentimiento informado en las entrevistas que realizamos. De todas maneras, nosotros no hacemos tratamiento terapéutico. Lo sugerimos siempre que lo consideramos necesario y hacemos las correspondientes derivaciones”. (protocolo 4)

“Yo trabajo en una institución de educación, no hay tratamientos psicoterapéuticos”. (protocolo 31)

¿De dónde surge la idea de que la pauta del consentimiento informado aplica solo para la práctica psicoterapéutica? En principio, señalemos que el código de ética de la Federación de psicólogos de la República Argentina (Fepra, 2013) plantea la obligación de solicitar el CI para todo tipo de intervención:

“Los psicólogos deben obtener consentimiento informado de aquellas personas con las que trabajan en su práctica profesional” (1.1.)

Entre las prácticas no consideradas terapéuticas están las prácticas en instituciones escolares que, como ya lo adelantamos, suelen pensarse por fuera de la pauta de CI.

Una de las respuestas en este sentido:

“En las instituciones educativas no se realizan tratamientos terapéuticos. En las asistenciales sí se les hace firmar el consentimiento informado. En lo que a mí respecta los padres firmaban la autorización de tratamiento”. (protocolo 18)

Al respecto, hemos notado un dato curioso. Por una parte, se constata la creencia de que en instituciones escolares no existe la obligación de solicitar el consentimiento, en principio, por no tratarse de intervenciones terapéuticas y por existir otros procedimientos institucionales que lo reemplazan. No obstante, por otra parte, hemos comprobado que un gran número de respuestas afirmativas respecto de la solicitud del consentimiento se refieren a prácticas con niños/as (fuera del ámbito escolar), aceptando la obligatoriedad de obtenerlo en todos los casos en que se trabaje con menores de edad.

Respecto de esto último, en primera instancia, podemos con-

jeturar cierta convicción respecto del derecho de autonomía de niños, niñas y adolescentes, considerando fundamental su participación activa en su tratamiento, aún con la intervención de los adultos responsables, según los parámetros de la noción de autonomía progresiva que establece la legislación actual[vi]. Nos preguntamos por qué se trastoca esta idea respecto de las prácticas del psicólogo en el ámbito educativo; cuánto incidirán las pautas institucionales en las modalidades de intervención y en la definición del rol que allí se desempeña. Este último punto cobra fuerza en nuestras hipótesis. Veremos que algo similar sucede en el ámbito jurídico.

También los contextos judiciales suelen presentarse como excepción a la pauta del CI, por lo que es muy poco habitual que se solicite para la realización de algún tipo de intervención. En las respuestas se argumenta que hay una “obligación” por parte del sujeto involucrado a participar del proceso, por lo cual no ven necesaria la solicitud del consentimiento.

Por ejemplo:

“No se brinda consentimiento informado porque la actividad nuestra no es asistencial, es en el marco de una causa penal (...). Con lo cual no es una práctica el tema del consentimiento informado, solamente se hace firmar una planilla, una constancia de primera entrevista (...).” (protocolo 48)

Tal lo mencionado más arriba, el código de Fepra plantea la obligación de solicitar el CI para todo tipo de intervención. No obstante, como es habitual en las codificaciones, se plantean también excepciones a la regla general, para que sea posible contemplar situaciones particulares. En este punto, es importante analizar una modificación introducida en el código a partir de la revisión realizada en 2013. En su primera versión, vigente desde su promulgación en 1999 hasta 2012, se contemplaban como casos de excepción a la obligación de solicitar el consentimiento las intervenciones periciales y las internaciones compulsivas[vii].

La versión 2013 del código modifica esta indicación:

1.6. Los psicólogos podrán intervenir sin el consentimiento del o los consultantes en casos de catástrofes, urgencia y/o situaciones de riesgo. (Fepra, 2013)

Como se ve, la excepción relativa a las prácticas en ámbitos judiciales ya no está mencionada, así como tampoco las internaciones involuntarias. No obstante, hemos constatado que aún persiste esta concepción. Por ejemplo:

“No se le solicita el CI, porque está totalmente obligado. Pueden decir que no igual, te pueden decir “no, no quiero hablar” y bueno, listo, se respeta. Tratas de promover, por supuesto, la palabra por todas las vías posibles (...) Si después no quiere, quizá lo volvés a intentar más tarde” (protocolo 42).

Esta respuesta muestra la complejidad de la cuestión. Por una parte, la entrevistada aduce no solicitar el CI porque institucionalmente se establece una obligación. Pero, al mismo tiempo reconoce que el sujeto a quien va dirigida la intervención puede negarse a hablar. Es decir, si bien no se le solicita su consenti-

miento porque se supone que está obligado a participar, a su vez se sabe que ese sujeto puede negarse a hacerse presente allí a través de sus dichos.

Respecto del ámbito jurídico, Puhl, Izcurdia y Varela (2013) plantean: “Explicar la finalidad del proceso pericial, y su carácter a la persona que será examinada, para que esta pueda decidir someterse o no al examen, es una exigencia que atiene a todo Perito en la demostración concreta del respeto al sujeto que se presta a su presencia” (p.38). Dicen también que: “Los sujetos que serán evaluados, si bien prestan su consentimiento a tal fin, no se someten a la evaluación de modo voluntario (entendiendo por ésta a la libre elección)” (p. 60).

Por su parte, en una línea similar, el Código de Ética de la Asociación de Psicólogos Forenses de la República Argentina, en el acápite II referido al Consentimiento informado, plantea que: “El psicólogo jurídico debe informar a las personas a entrevistar cuál es su rol, quién ordena el estudio, cuáles son las características del mismo y su obligación de efectuar un informe a la autoridad competente, a los fines de salvaguardar la autonomía de las personas para brindar la información que crean conveniente o si así lo consideran, negarse a la realización del estudio”.

Incluso, el código de Fepra también plantea que, en caso de que se deba obtener el CI de los responsables legales de una persona que no se encuentre en condiciones de brindarlo (1.4), de todos modos, “... los psicólogos procurarán el acuerdo que las personas involucradas puedan dar, dentro de los márgenes que su capacidad legal, intelectual o emocional permita, y cuidarán que su intervención profesional respete al máximo posible el derecho a la intimidad” (1.5). En otros términos, el respeto por el derecho de autonomía, en términos deontológico-jurídicos, y el resguardo de la autonomía en términos subjetivos, no se circunscribe al acto administrativo de la firma del formulario, que toma relevancia tanto en el ámbito judicial como en los usos y costumbres del ámbito escolar.

Con relación a estos dos ámbitos de trabajo (educativo y jurídico) y en función a los deberes profesionales y los principios éticos que los sustentan, debemos preguntarnos cómo juega entonces el derecho de autonomía y el ejercicio de la autonomía del sujeto si se exige la obligación de solicitar el consentimiento informado.

La discusión tal vez sea más compleja, pero en principio hacemos notar que estas posiciones van acompañadas con la idea de que la institución en la que trabajan (educativa, jurídica u otras) establece las normas que regulan la práctica psicológica, sustituyendo todas las referencias propias (principios éticos, normas deontológicas y jurídicas, etc.). Esta dinámica lleva incluso a la puesta en cuestión del propio criterio profesional.

Otro aspecto indagado se refiere a la pauta del CI frente a las internaciones involuntarias y a la posibilidad de revocación del consentimiento, tal como también lo plantea la Ley Nacional de Salud Mental (2010).

Según las normas y disposiciones de la institución donde usted

trabaja, si un paciente no aceptara la indicación de internación o si, habiendo aceptado e ingresado, tomara luego la decisión de abandonar la internación, ¿en general cómo se procede?

Si bien esta pregunta reúne dos temas distintos, en términos generales se indaga sobre la posición de los profesionales frente a la negativa de los pacientes, es decir, cuando el sujeto rechaza la intervención psicológica. Puede tratarse de la negativa al inicio de la intervención, en particular la pregunta indaga sobre la internación, o bien la negativa a continuar un tratamiento al que se ha consentido en primera instancia, lo que se conoce como la revocación del CI.

Respecto de las internaciones, recordemos que la versión 1999-2012 del código de Fepra establecía las internaciones compulsivas como una excepción a la pauta de consentimiento informado. Sobre la supresión de esta causa, en la versión 2013 del código, Hermosilla, Cataldo y Bogetti (2015) plantean: “Este inciso se modifica fundamentalmente en función de los cambios introducidos por la Ley de Salud Mental en materia de internaciones, dejando estas de ser potestad de la justicia y pasando a estar determinadas por profesionales de la salud, y a la restricción en cuanto a internaciones compulsivas, consideradas recursos excepcionales y sujetos a revisión periódicamente”.

Esta concepción que el código retoma pone el acento en la garantía de los derechos fundamentales de las personas con padecimiento mental, aún en casos de internaciones involuntarias[viii]. Por lo que, en principio, se promueve que las internaciones sean voluntarias o que se reconozca y acepte la negativa del sujeto. En referencia a las internaciones involuntarias, se ha podido observar que el 23,21% de las respuestas refieren la necesidad de hacer intervenir a la familia en aquellos casos en los que hubiera riesgo para sí o para terceros, especialmente cuando el paciente se negara a una internación; solo en última instancia se evalúa la posibilidad de la intervención judicial. En las explicaciones que los entrevistados plantean, está muy presente la alusión a la letra de la ley en lo referente a respetar la autonomía del paciente[ix].

En cuanto a la negativa o abandono de una internación, las respuestas muestran que se suele solicitar una constancia por escrito y firmada, en la que se responsabiliza al paciente o a un familiar sobre lo que pueda suceder luego.

Si bien la solicitud de ese documento escrito ante la negativa de un paciente a cumplir con una indicación está prevista dentro del correcto accionar profesional, ¿cuál es el fundamento que subyace a este pedido? ¿Se trata solo de cumplir con la ley o con el protocolo de una institución? Sería interesante además analizar el efecto clínico de esta intervención propia del campo normativo institucional (Calderone, 2011).

En algunos casos, se llega a interrumpir todo vínculo profesional como consecuencia de la negativa o rechazo. Por ejemplo:

“Se lo convoca a una interconsulta y en caso que no quiera aceptar la recomendación que se le ofrece, se lo da de alta y se hace una bajada en su historia clínica (protocolo 19)

“Si un paciente no acepta la derivación a una interconsulta con psiquiatría, se lo notifica que, habiendo firmado el consentimiento, debe aceptar lo propuesto por la institución. En caso de no querer hacerlo se indica que no puede continuar en la misma (protocolo 24)

La posibilidad de revocación muestra que el CI debe comprenderse en articulación con el proceso terapéutico, y no como algo que sucede solo antes de iniciarlo. Al mismo tiempo, se fundamenta en una concepción de salud entendida como proceso y no como estado, lo que implica modificaciones, evoluciones y retrocesos que es preciso considerar. Se ve la importancia de su articulación con el aspecto clínico de la práctica y no solo su aspecto reglamentario.

Por último, hemos introducido una pregunta para indagar el conocimiento de los profesionales sobre las referencias jurídicas de su práctica:

¿Tiene conocimiento de la o las leyes que regulan situaciones como las mencionadas en las preguntas anteriores? ¿Conoce el año de su promulgación? Consígnelo. ¿Conoce alguno/s de sus lineamientos? ¿Cuáles?

El 55,35% de los entrevistados dijo conocer alguna ley que establece la pauta del consentimiento informado e hizo referencia a la misma. En la mayoría de los casos la ley mencionada fue la Ley Nacional de Salud Mental 26.657; en menor porcentaje se mencionaron otras referencias tales como: la ley 10.306 sobre el ejercicio profesional del psicólogo (provincia de Buenos Aires), la ley 26.529 sobre los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud y el Código de ética de Fepra.

A su vez, el 28,57% dijo no conocer la normativa, y un 3,57% dijo no conocerla, pero al explayarse ubicó cuestiones presentes en la letra de la ley. Mientras que el 12,5% restante dijo conocer la ley, pero no pudo mencionarla con certeza.

Con respecto a aquellos que dijeron conocer la ley y se refirieron específicamente a la Ley Nacional de Salud Mental, un poco más de la mitad pudo mencionar correctamente el año de su promulgación mientras que el resto no mencionó ese dato. Los lineamientos a los que se refirió la mayoría de los entrevistados fueron los relacionados con el CI, las internaciones y el trabajo interdisciplinario.

Comentarios finales

Las cuestiones referidas al CI en el marco de nuestra práctica nos convocan a analizar la complejidad que reviste en el campo de la salud mental. Hemos planteado algunas reflexiones e interrogantes a medida que fuimos presentando los resultados de la investigación de campo, siempre con el foco en el análisis de la relación de los entrevistados con el campo normativo que regula la práctica. La cuestión central, que nos propusimos plantear a través de este trabajo, es cómo articular las pautas regulatorias del ejercicio profesional -en este caso, la obligación de solicitar el consentimiento informado- con la intervención psicológica

propriadamente dicha, en cualquiera de sus modalidades y ámbitos. Se trata de la articulación entre el campo normativo y la dimensión clínica de la práctica, que convoca al profesional a posicionarse desde los principios éticos de su quehacer.

NOTAS

[i] Proyecto UBACyT 2018-2020: “Ética y normas: la relación del psicólogo con el campo deontológico, jurídico e institucional en las prácticas con niños, niñas y adolescentes. Estudio exploratorio descriptivo a partir de una investigación cuali-cuantitativa”. Dir: Gabriela Z. Salomone.

[ii] Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario, que se diseñó y administró inicialmente en 2014, en el marco del Proyecto UBACyT 2014-2017. Nuevas concepciones en Salud mental: dilemas éticos frente a las recientes modificaciones del marco jurídico e institucional y de los dispositivos de atención. Estudio exploratorio descriptivo a partir de una investigación cuali-cuantitativa (Dir. Gabriela Z. Salomone). La muestra actual estuvo conformada por psicólogos, cuya práctica se desarrolla en vinculación a algún contexto institucional público y/o privado de la ciudad de Buenos Aires y/o el conurbano bonaerense, ya sea como miembro de la institución o bien como prestador externo.

[iii] El código de ética nacional, de la Federación de Psicólogos de la República Argentina, plantea la cuestión en los siguientes términos: 1.2. La obtención del consentimiento informado implica para el profesional psicólogo, brindar información sobre los alcances de la intervención para la cual es solicitado en relación con: a) el propósito y naturaleza de la actividad profesional, b) responsabilidades mutuas, c) protección de la confidencialidad y limitaciones de la misma consignadas en el presente código, d) probables beneficios y riesgos, e) alternativas posibles, f) opción de rehusar o retractarse en cualquier momento.

[iv] 1.1. Los psicólogos deben obtener consentimiento informado de aquellas personas con las que trabajan en su práctica profesional. Esta obligación se sustenta en el respeto por la autonomía, entendiendo que es válido cuando la persona que lo brinda lo hace voluntariamente, y con capacidad para comprender los alcances de su acto. Ello supone capacidad legal para consentir, libertad de decisión e información suficiente y significativa sobre la práctica de la que participa. La implementación del consentimiento informado, considerado aquí como un proceso, implica su construcción y revisión permanente en función de las características cambiantes y dinámicas de la relación profesional-consultante. (Fepra, 2013).

[v] Proyecto UBACyT 2014-2017 (nota 2).

[vi] Fundamentalmente, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989) y Ley 26061 de Protección Integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes (Argentina, 2005).

[vii] Fepra (1999) - 1.5.- *En los casos en los que la práctica profesional deba ser efectuada sin el consentimiento de la persona involucrada, como puede ser el caso de algunas intervenciones periciales o internaciones compulsivas, los psicólogos se asegurarán de obtener la autorización legal pertinente y restringirán la información al mínimo necesario.*

[viii] La Ley de Salud Mental se expide de la siguiente manera:

Art.20: “La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles

los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar: a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra; b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento; c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera”.

[ix] Este dato reviste especial importancia ya que muestra que las concepciones que introduce la Ley de Salud Mental tienen una eficacia desigual respecto de distintas temáticas y prácticas.

BIBLIOGRAFÍA

- Calderone, M. J. (2011). Tiempos institucionales y lógica del sujeto. En Salomone, G. Z. (comp): *Discursos institucionales, lecturas clínicas: Dilemas éticos de la Psicología en el ámbito jurídico y otros contextos institucionales*. Buenos Aires: Editorial Dynamo.
- Calderone, M. J. (2017). Autonomía progresiva y Alienación-Separación. Intersecciones discursivas en un caso de transexualismo en la infancia. En *Discursos institucionales, lecturas clínicas Vol. II. Cuestiones éticas de las prácticas con niños en el campo de la interdiscursividad*. Buenos Aires: Editorial Letra Viva.
- Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA, 2013).
- González Plá, F., Salomone, G. Z. (2016). El consentimiento informado en el campo de la salud mental. De la pauta deontológico-jurídica a la dimensión clínica. *Anuario de Investigaciones, Volumen XXIII*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. pp. 219-225.
- Hermosilla, A. M., Cataldo, R., Bogetti, C. (2015). La actualización del Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina: fundamentos y modificaciones. *Perspectivas en Psicología*, 12(3), 78-85. Recuperado de <http://200.0.183.216/revista/index.php/pep/article/view/215>
- Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010)
- Puhl, S., Izcurdia, M., Varela, O. (2013). *La actividad pericial en psicología jurídica*. Buenos Aires: Ecu
- Salomone, G. Z. (2006). Consideraciones sobre la Ética profesional: dimensión clínica y campo deontológico-jurídico. En Salomone, G. Z., Domínguez, M. E. (2006). *La transmisión de la ética. Clínica y deontología. Vol. I: Fundamentos*. Buenos Aires: Letra Viva
- Salomone, G. Z. (2011). Discursos institucionales, lecturas clínicas. En Salomone, G. Z. (comp): *Discursos institucionales, lecturas clínicas: Dilemas éticos de la Psicología en el ámbito jurídico y otros contextos institucionales*. Buenos Aires: Editorial Dynamo.
- Vegh Weis, V. (2015). Salud y Cárcel: el derecho a la salud en ámbitos de encierro. En *Revista Institucional de la Defensa Pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Año 5, Número 7 (p.57-94). Buenos Aires, Argentina.