

II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2010.

El derecho a la información en usuarios de un servicio de salud mental.

Comes, Yamila, Garbus, Pamela y Solitario, Romina.

Cita:

Comes, Yamila, Garbus, Pamela y Solitario, Romina (2010). *El derecho a la información en usuarios de un servicio de salud mental. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-031/10>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eWpa/DGK>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

EL DERECHO A LA INFORMACIÓN EN USUARIOS DE UN SERVICIO DE SALUD MENTAL

Comes, Yamila; Garbus, Pamela; Solitario, Romina
UBACyT, Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

Este estudio se enmarca en el proyecto UBACyT P040 Dir. Alicia Stolkiner. Objetivo: describir el grado de cumplimiento del derecho a la información sobre el tratamiento de usuarios de un servicio de salud mental. La estrategia metodológica es esencialmente cualitativa, se han realizado 17 entrevistas y se ha utilizado el análisis de contenido. Principales Resultados: En la Argentina existe legislación que garantiza el acceso a la información de usuarios de servicios de salud/salud mental y el consentimiento informado es una herramienta útil para garantizar este derecho. Un problema observado es que en la conceptualización del consentimiento no tiene en cuenta ni el contexto social ni la noción de subjetividad. A veces se torna en un acto administrativo que colabora más con el "deber ser" de la ética médica que con el derecho a comprender y decidir. Esta situación se complejiza debido a las construcciones sociales sobre la locura que sostienen profesionales y usuarios. Las personas entrevistadas responden al derecho a la información desde el modelo médico hegemónico naturalizando la modalidad en que se lleva a cabo. Resulta poco frecuente la pregunta por sus derechos. La objetivación de los procesos de internación psiquiátrica podría tener un rol fundamental en esto.

Palabras clave

Derecho Información Salud Mental

ABSTRACT

THE RIGHT TO TREATMENT INFORMATION IN MENTAL HEALTH SERVICES USERS

This paper is part of the research led by A. Stolkiner UBACyT P040 Stolkiner. The aim is to describe the degree of fulfillment of the right to information about the treatment of users of mental health service. The methodological strategy is essentially qualitative, we have made 17 interviews and has been used content analysis. Main Results: In Argentina there is legislation that guarantees access to information for users of health services / mental health and informed consent is a useful tool to ensure this right. One problem observed in the conceptualization of consent root in that does not take into account either the social or the notion of subjectivity. Sometimes it becomes an administrative act that professionals make. This situation becomes more complex due to the social construction of insanity that support professionals and users. The interviewees responded to the right to information from the medical model naturalizing hegemonic mode that is performed. Its unusual the query for their own rights. The processes of psychiatric hospital objectification could have a role in this situation.

Key words

Right Information Mental Health

Este trabajo se enmarca en el Proyecto UBACyT P044 denominado "Accesibilidad y dignidad en la atención en servicios de salud mental de Ciudad de Buenos Aires y conurbano bonaerense en el periodo 2002 -2010: Subjetividad, representaciones de derechos y sistemas de atención" que dirige la Profesora Alicia Stolkiner. En el mismo se ha analizado la dignidad y accesibilidad de usuarios de salud mental en los servicios de salud. Es en este marco donde surge el recorte que presentamos a continuación. Se trata de analizar el grado de cumplimiento del derecho a la información sobre el tratamiento en un servicio de salud estatal que garantiza la atención de usuarios externados de una institución psiquiátrica dependiente del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.

Para tal objetivo se ha utilizado una estrategia metodológica cualitativa. Se han realizado 17 entrevistas estructuradas a usuarios del servicio, externados de una institución psiquiátrica provincial, indagando el grado de cumplimiento de dicho derecho. Se han analizado los relatos en base a un criterio de análisis de contenido, teniendo en cuenta la confidencialidad de los datos filiatorios de los entrevistados. Este estudio ha sido posible gracias a la colaboración de los alumnos de la Práctica de Investigación 791 que han cursado durante el segundo cuatrimestre de 2009.[i]

EL DERECHO A LA INFORMACIÓN EN LA LEY 26.529.

En octubre de 2009 se sancionó en Argentina la Ley 26.529: "Salud pública. Derechos de los pacientes en su relación con los profesionales e instituciones de la salud" en ella se plasmaron algunos principios que regulan la atención sanitaria. La información es un elemento clave para la toma de decisiones que favorece el ejercicio por parte de los pacientes. de un rol activo en la toma de decisiones sobre sus cuerpos. La sanción de esta ley posibilita que conductas hasta ahora regidas por normas éticas, adquieran carácter coercitivo. (Aizenberg & Roitman, 2009)[ii].

El proceso de información y toma de decisión fue denominado en la ley como "Consentimiento Informado" y se define al mismo como: "... la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: a) Su estado de salud; b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; c) Los beneficios esperados del procedimiento; d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto" (Cap. II Art.5°). En los Art. 6° y 8° se impone como obligatoria la obtención del consentimiento informado en forma previa a toda intervención profesional médica para todos los subsectores de salud. Interesa destacar que la ley sanciona que se requiere brindar adecuada información como parte del proceso de atención, en el que el paciente debería tener una activa participación.

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado se ha instalado en la escena sanitaria en los últimos años, complejizándose cada vez más en su aplicación. El desarrollo de la tecnología médica y el debate sobre el ejercicio de los derechos de las personas que progresivamente ha cobrado mayor importancia teórica y política, configuran el escenario de su expansión. (Garbus, P; Solitario, R Stolkiner, A; 2009)[iii] Específicamente en el campo de la investigación, la atención hacia estos temas surge a partir de los informes de abusos cometidos hacia personas en experimentos biomédicos, llevados a cabo especialmente durante la segunda guerra mundial (Informe Belmont, 1978)[iv].

Existen diferentes definiciones de Consentimiento Informado. Una de las más aceptadas señala que el consentimiento informado es un contrato médico-jurídico en el que mediante un proceso de información-comunicación, el sujeto recibe la información integral de su problema y, por su autonomía, lo acepta o lo rechaza, sin vicios de consentimiento para su validación y tomando en cuenta el riesgo-beneficio (Larracilla Alegre, J; 2003)[v].

Es el acto mediante el cual se informa detalladamente al paciente sobre el padecimiento, los diversos procedimientos diagnósticos, terapéuticos, posibles complicaciones, secuelas o riesgos inhe-

rentes a ellos, a efecto de que decida o autorice los procedimientos médicos en forma consciente, libre y responsable (Kuthy, P. 1997: 95-97)[vi]. Es el derecho que le asiste al enfermo a que se le informe sobre las características de su enfermedad en un lenguaje comprensible y que no lesione su dignidad, ni despierte preocupación innecesaria, dándole la oportunidad para que decida participar en su tratamiento y otorgue su consentimiento (Velasco Suárez, M., 1997: 225).

El proceso de consentimiento informado se fundamenta en el reconocimiento del paciente como un sujeto moral racional con autonomía para gobernar su propia vida y muerte. Su esencia no es otra cosa que considerar que las decisiones en salud, para ser moralmente aceptables, deben ser decisiones autónomas tomadas por los afectados por ellas.

La noción de consentimiento informado no se reduce a la mera aceptación "*Consentir es una toma de posición ante algo que se escoge y no la aceptación de una práctica de manera obligada o coaccionada, por no existir otras opciones. Es decir, si no existe la posibilidad real de haber disentido, el consentimiento informado, deja de ser tal*" (Figuerola Perea, J.G; 1998)[vii].

LOS PROCESOS DE "TOMA DE POSICIÓN" DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SUBJETIVIDAD

Si bien desde una perspectiva médico jurídica, el consentimiento parte de la base de un "*sujeto racional, autónomo y libre para tomar decisiones*."; se sabe que la posibilidad de elegir está teñida por las vivencias de un sujeto al mismo tiempo que por el contexto histórico social en el que se encuentra inmerso. De esta manera, fortalezas y fragilidades propias y del contexto serán factores determinantes en el modo de libre elección.

En el caso de usuarios con un diagnóstico médico de enfermedad mental, las representaciones sociales hegemónicas sobre la locura, tanto de ellos mismos como los profesionales y trabajadores tratantes, se podrán transformar fácilmente en un obstáculo para el proceso de toma de decisiones en tanto justamente para la psiquiatría es loco "*quien ha perdido la razón*" (Galende, E; 1990) [viii]

Es necesario tener en cuenta para el análisis de la autonomía para la toma de decisiones, los procesos de "*objetivación*" que operan en los manicomios y al que los sujetos se exponen en cada internación y las secuelas que va dejando en la subjetividad. Otro factor interviniente en el rango de posibilidades de elección de un tratamiento lo constituye el modelo médico hegemónico (Menéndez, E; 1985)[ix] que ofrece como terapéutica para la recuperación y el bienestar de los usuarios, los dispositivos médicos legitimados para tal fin (psiquiatría y psicofármacos) "*Mientras las personas experimentan la enfermedad en el contexto de sus "cuerpos vividos", la intervención médica lo construye como su objeto en términos de un cuerpo atomizado, medicalizado, ahistórico y desocializado* (Good, B; 1994[x])(Cortes, B; 1993)[xi] En la experiencia de vivir con este padecimiento también se entremezclan procesos de estigmatización y discriminación, los problemas de accesibilidad a la atención médica, las dificultades económicas, la discriminación laboral, etc. (Margulies Et. Al; 2004)[xii]

Por lo expresado previamente se podría argumentar que en los principios de consentimiento informado se parte de una supuesta "*retórica de la igualdad y del universalismo donde se propone la noción de sujeto moral autónomo*". y se supone además que no interviene el "*anclaje social y político de las experiencias* de las personas (Margulies, S; 2006)[xiii]

EXPERIENCIAS SOBRE LA ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO

Se presenta a continuación un análisis de las 17 entrevistas donde los sujetos relatan experiencias de acceso a la información sobre su propio tratamiento. Se aclara que cuando se refieren a este tema, hacen expresa alusión al tratamiento médico/farmacológico ya que es el único que garantiza esta institución psiquiátrica al paciente externado.

Es interesante observar en las respuestas de los entrevistados que cuando se refieren al inicio del tratamiento se lo ubica en el hospital psiquiátrico como tal, tomándolo como dispositivo terapéutico en sí mismo, mas allá de la terapia farmacológica.

La mayoría de los entrevistados lo definen como la ingesta de "*medicación*" "*pastillas*" o "*remedios*". Un entrevistado agrega que además habla con el psiquiatra sobre su situación como si fuera un acto por fuera del contrato establecido. "*.. además hablo con P (psiquiatra) de lo que me pasa..*" (Pedro). Estos relatos denotan la "*natural aceptación*" del modelo médico hegemónico (Menéndez, E; 1985) que sostiene este tipo de prácticas. Al decir de Galende, estos sujetos "*al entregarse al saber y al poder del especialista, establecidos en el imaginario social como dominio médico del malestar, pueden abandonar los esfuerzos por hacer inteligible su malestar y enfrentar las contradicciones de su vida*" (Galende, 2008)[xiv]

La solicitud para realizar el tratamiento, es un acto que se debería recontractar en cada consulta de salud mental. Algunos de ellos expresan que no les pidieron autorización mientras que otros relatan que se la pidieron a un familiar o que confiaron a un familiar o un juez su situación de crisis y por lo tanto uno u otro debe haber intervenido. "*Tomó intervención el juez..(Ariel)*" "*Si, no me dijeron, pero mi papá o mi mamá, alguno de los dos*". (Bernardo). Lo que llama la atención es que no se lo plantean como un problema o preocupación y de esta manera, no lo exigen al profesional tratante.

A la mayoría de los entrevistados no le explicaron en que consistía el tratamiento. Muchos aluden a que llegaron en crisis o en mal estado al hospital psiquiátrico y que por ese motivo no se acuerdan "*...no lo tenía muy claro porque estaba muy mal..*". (Leonardo.) Ricardo es el único que se queja, con un argumento basado en derechos, ante la falta de explicación "*Nada, y es lo que quiero saber por que ahora me administran un sedante, yo antes dormía siete horas y ahora diez, pero no sé porque me lo administran. Yo siento que violan un derecho que es el de saber que tengo y porque tomo esa medicación... En el hospital XX nadie te dice nada*". Casi todos los entrevistados comentan que se sienten bien con el tratamiento. Al preguntarles sobre cambios algunos de ellos expresan que lo han solicitado. Ellos saben que a veces están mal y hay que "*augmentar la dosis*" y que a veces están bien y "*hay que bajarla*". También saben cuando les hace mal y refieren pedir el cambio para sentirse mejor. "*Ahora me quedé con los que yo quiero. Antes lo iba a buscar a XX (hospital psiquiátrico) me estaban dando cualquier cosa.*" Ariel relata una experiencia extrema que fue un factor decisor en el cambio de estrategia terapéutica, situación que pone en evidencia el escaso grado de autonomía que en definitiva muchos de ellos tienen a la hora de tomar decisiones sobre su tratamiento "*En realidad mi familia tomó conciencia de que yo estaba mal cuando me clavé un cuchillo dos veces...Hasta ese momento tenía que aguantarme la medicación del psiquiatra y el loco era yo. Después cuando vio mi familia que yo tenía un problema fue distinto. Mientras el tratamiento farmacológico reduce la mirada a un cuerpo biológico, Ariel puso en riesgo su vida para mostrar a sus familiares la necesidad de integrar lo biológico en lo subjetivo. Relata Beatriz Cortés que este es el modo habitual de intervención profesional "*a partir de la disociación de la enfermedad -del proceso biológico- y el sujeto, agudizando la separación de éste con respecto al cuerpo*" (Cortes, B; 1993)*

CONCLUSIONES

En términos generales, se podría expresar que en la Argentina existe legislación que garantiza el acceso a la información de usuarios de servicios de salud/salud mental y el consentimiento informado es una herramienta útil para garantizar este derecho. Un problema no resuelto aún radica en que, en la conceptualización del consentimiento, se parte de un supuesto sujeto moral y autónomo para la toma de decisiones y no tiene en cuenta ni el contexto social ni la noción de subjetividad. A veces este acto se torna administrativo y sin la importancia que le compete. En este sentido colabora más con el "*deber ser*" de la ética médica que con el derecho a comprender y decidir de los pacientes/usuarios de servicios de salud mental. (Garbus, Solitario et al; 2009)[xv] Esta situación, se complejiza debido, por un lado, a las construcciones sociales sobre la locura que sostienen profesionales y usuarios y que interviene en la objetivación del saber y proceder del psiquiatra. En particular, las personas, sujeto de esta investigación, responden al derecho a la información naturalizando la

modalidad en que se lleva a cabo y les resulta poco frecuente la pregunta por sus derechos. El Modelo médico hegemónico pareciera ser la base de los fundamentos racionales de las intervenciones que se les practican y esto pareciera ser la norma para ellos. La producción de subjetividad dentro de la institución manicomial podría tener un rol fundamental en la posición pasiva frente a este derecho.

NOTAS

- [i] Alumnas: Carla Pierri, Luisa Pozzetti y Victoria Olcese.
- [ii] AIZENBERG, M.; ROITMAN, A. (2009): "Los derechos de los pacientes y su reconocimiento a nivel nacional" Suplemento Diario de la Ley, Facultad de Derecho, UBA. 29/12/2009.
- [iii] GARBUS, P; SOLITARIO, R; STOLKINER (2009). Aspectos éticos en investigaciones no clínicas en el campo de la salud. Algunas consideraciones acerca del consentimiento informado en personas declaradas incapaces. Anuario de Investigaciones. Volumen XVI Tomo I.2009. UBA Facultad de Psicología Secretaría de Investigaciones.
- [iv] INFORME BELMONT (1978): Principios y Guías Éticas para la protección de sujetos humanos de investigación.
- [v] LARRACILLA ALEGRE, J. (2003) El consentimiento informado en Investigación. Generalidades. Act Med Gpo Ang 2003; 1 (3): 167-171.
- [vi] KUTHY, P. (1997): Introducción a la Bioética .Editado por Kuthy Porter, Villalobos Pérez, Tarasco Micheli, Yamamoto Cortés. Méndez Editores.
- [vii] FIGUEROA PERA, J.G (1999): "El significado de Consentimiento Informado dentro de los procesos de investigación social sobre reproducción". Perinatol Reprod Hum. Vol.13 N°1; Enero-Marzo. 21-43.
- [viii] GALENDE, E (1990): Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica - Paidós - Buenos aires.
- [ix] MENENDEZ, E (1985): Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina - Rev. Nueva antropología Vol VII - Nro. 28 - México.
- [x] GOOD, B (1994): Medicine, Rationality, and Experience. An anthropological perspective. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- [xi] CORTÉS B (1997): Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura. Nueva Antropología, México, Vol. XVI, n. 52 - agosto de 1997
- [xii] MARGULIES, Et. Al (2006) "VIH-SIDA y "adherencia" al tratamiento. Enfoques y perspectivas"- en la Revista Antípoda - Revista de Antropología y Arqueología - Julio -diciembre, Nro. 003 - Universidad de los Andes - Bogotá - Colombia.
- [xiii] MARGULIES, S (2006): "Problemas de la investigación antropológico-social en servicios de salud. Sobre la autorización institucional y la definición e implementación de protocolos de consentimiento informado en el curso del trabajo etnográfico en hospitales" Ponencia presentada a las IV Jornadas de Investigación en Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras, UBA - Buenos Aires 2 al 4 de agosto de 2006.
- [xiv] GALENDE, E; (2008): Psicofármacos y Salud Mental: La ilusión de no ser - Lugar Editorial - Buenos Aires.
- [xv] GARBUS, P; SOLITARIO, R; STOLKINER (2009) op cit.

EL SUJETO DE LA EJECUCIÓN PENAL: APORTES DE LA PSICOLOGÍA A LAS MEDIDAS ALTERNATIVAS A LA PRIVACIÓN DE LA LIBERTAD

Corach, Irene; Rodriguez, Mauro Andres
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
- Universidad de Buenos Aires - COPOLIS, Universidad de
Barcelona. Argentina - España

RESUMEN

Se presenta brevemente la actuación de los psicólogos en los Juzgados de Ejecución Penal, resaltando las diferencias de la inserción laboral al momento de trabajar con personas encarceladas y con aquellas que preservan la vida en libertad. A continuación se realiza una síntesis de la situación carcelaria en cuanto las últimas estadísticas a nivel nacional y del Servicio Penitenciario Bonaerense. Así mismo, se produce una reflexión acerca de las condiciones de hacinamiento, malos tratos y torturas que se observan en los centros de privación de la libertad, según datos aportados por un informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). A este respecto, es que se pone en consideración la utilización de la prisión preventiva en el ámbito de la Justicia y su impacto en la subjetividad. Finalmente se resalta la importancia de las Medidas Alternativas a la Privación de la Libertad (MAPL), y en particular la Suspensión de Juicio a Prueba (Probation), no sólo para una mejor administración de justicia sino además para poner en consideración los beneficios para las personas que atraviesan estas medidas en términos de ganancias subjetivas.

Palabras clave

Ejecución penal Medidas alternativas Probation Subjetividad

ABSTRACT

THE SUBJECT OF CRIMINAL EXECUTION: CONTRIBUTIONS FROM PSYCHOLOGY TO ALTERNATIVE MEASURES TO DEPRIVATION OF LIBERTY

The paper briefly presents the action of the psychologists in the Courts of Penal Execution, highlighting the differences of the labor insertion to the moment to work with imprisoned persons and with those that preserve the life at liberty. Later there is realized a synthesis of the prison situation based on the statistics Penitentiary Federal Service and of the Penitentiary Buenos Aires Service. Likewise, a reflection takes place brings over of the conditions of accumulation, ill-treatment and tortures that are observed in the centers of privation of the freedom, according to information contributed by a report of the Inter-American Commission of Human Rights (ICHR). In this regard, it is that it puts in consideration on the utilization of the preventive detention in to the area of the Justice and its impact in the subjectivity. Finally there is highlighted the importance of the Alternative Measures to the Privation of the Freedom (AMPF), and especially the Suspension of Judgment to Test (Probation), not only for a better administration of justice but in addition to put in consideration the benefits for the persons who cross these measures in terms of subjective earnings.

Key words

Criminal execution Alternative measures Probation Subjectivity