

VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2016.

Consentimiento informado, evaluación clínica, asentimiento subjetivo: un estudio teórico empírico a partir de la ley de salud mental.

González, Florencia Paula y Salomone, Gabriela Z.

Cita:

González, Florencia Paula y Salomone, Gabriela Z (2016). *Consentimiento informado, evaluación clínica, asentimiento subjetivo: un estudio teórico empírico a partir de la ley de salud mental. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-044/24>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eATh/y8Z>

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>.

CONSENTIMIENTO INFORMADO, AVALUACIÓN CLÍNICA, ASENTIMIENTO SUBJETIVO: UN ESTUDIO TEÓRICO EMPÍRICO A PARTIR DE LA LEY DE SALUD MENTAL

González, Florencia Paula; Salomone, Gabriela Z.

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

Este artículo se propone analizar algunas de las vicisitudes de la implementación de la Ley de Salud Mental en lo referente al Consentimiento Informado, tanto en términos teóricos como empíricos. A partir de una investigación de campo, se ha podido constatar que existe una considerable diversidad de posturas y concepciones con respecto a esta pauta deontológico-jurídica, por lo que en la práctica profesional su aplicación se da de formas muy variadas introduciendo matices interesantes para la reflexión. El Consentimiento Informado, entendido en términos de derecho inalienable del paciente, se funda al mismo tiempo en cierta concepción del sujeto sobre el que dirigimos nuestra intervención, con incidencias en el aspecto subjetivo. Por lo tanto, se deberían considerar variantes propias de la perspectiva singular en distintos momentos de un proceso terapéutico y con características peculiares. Para abordar esta arista del problema nos valdremos de los términos Evaluación clínica y Asentimiento subjetivo, para reflexionar sobre las diferencias entre cumplimentar el procedimiento reglamentario de aceptar una intervención psicológica y el compromiso subjetivo para transitar esa experiencia.

Palabras clave

Consentimiento Informado, Autonomía, Evaluación clínica, Asentimiento subjetivo

ABSTRACT

INFORMED CONSENT, CLINICAL "AVALUACION", SUBJECTIVE ASSENT: A THEORETICAL-EMPIRICAL STUDY FROM THE MENTAL HEALTH LAW
This article analyzes some of the vicissitudes of the implementation of the Mental Health Law with regard to informed consent, both theoretical and empirical terms. There is a considerable diversity of positions and views regarding this ethical - legal pattern, so in practice the application of Informed Consent is given in a variety of ways by introducing interesting nuances to the reflection. Informed Consent, understood in terms of inalienable right of the patient, is founding at the same time a certain conception of the subject on which direct our intervention with incidents on the subjective side. Therefore, they should consider themselves unique perspective variants at different times of a therapeutic process and with peculiar characteristics. To address this edge of the problem we will use the terms clinical "avaluacion" and subjective assent to reflect on the differences between completing the regulatory process to accept a psychological intervention and subjective commitment to transit that experience.

Key words

Informed Consent, Autonomy, Clinical "Avaluacion", Subjective Assent

Introducción

El Consentimiento Informado es uno de los grandes pilares de la ética contemporánea. Se asienta en el principio de autonomía y vela por el derecho de las personas de someterse a un tratamiento o cualquier otra forma de intervención psicológica sólo bajo su aceptación libre y voluntaria. Hoy sabemos sin embargo que este enunciado general resulta insuficiente, ya que el problema del consentimiento no se agota en la promulgación de principios –ni en su formulación normativa– por más claros y documentados que éstos se presenten.^[i]

Al respecto es interesante cómo la Ley Nacional de Salud Mental, de reciente promulgación y reglamentación^[ii], aborda el tema, dedicándole varios pasajes^[iii], cada uno de los cuales busca problematizar aspectos diferentes de su implementación. En esa perspectiva se enfatiza la importancia del consentimiento en tanto constituye un derecho del paciente como también una obligación para el profesional. Como veremos a lo largo de este trabajo el Consentimiento Informado, entendido en términos de derecho inalienable del paciente, se funda al mismo tiempo en cierta concepción del sujeto al que dirigimos nuestra intervención, con incidencias en el aspecto subjetivo. Por lo tanto, se deberían considerar variantes propias de la perspectiva singular, en distintos momentos de un proceso terapéutico y con características peculiares, sujetas a la diversidad del padecimiento y de las estrategias clínicas para tratarlo.

Este artículo se propone analizar algunas de las vicisitudes de la implementación del Consentimiento Informado, tanto en términos teóricos como empíricos. A partir de una investigación de campo^[iv], se ha podido constatar que existe una considerable diversidad de posturas y concepciones con respecto a la pauta deontológico-jurídica del Consentimiento Informado, por lo que en la práctica su aplicación se da de formas muy variadas introduciendo, en algunos casos, matices interesantes para la reflexión.

La decisión de consentir

Tal como fue mencionado más arriba, subsidiaria del nuevo estatuto jurídico del sujeto con padecimiento mental, como sujeto de derecho, la pauta de Consentimiento Informado se fundamenta en el derecho de autonomía de las personas, con lo que resguarda el ejercicio de los derechos propios, contrario a las concepciones tutelares. Subrayamos que este aspecto es de gran relevancia, no solo en términos jurídicos y de derechos humanos, sino también subjetivo. No obstante, siendo el destinatario de nuestra práctica el sujeto del padecimiento psíquico, cabe preguntarse cómo se articula la pauta deontológico-jurídica con la dimensión clínica donde se despliega nuestra labor. Es decir, la pregunta apunta a reflexionar sobre las diferencias entre cumplimentar el procedimiento reglamentario de aceptar una intervención psicológica y el compromiso subjetivo para transitar esa experiencia.

¿Cuáles son entonces las vicisitudes del consentimiento en las

prácticas de la salud mental?

El vocablo *consentir*, del latín *sentire*, “percibir con los sentidos”, “darse cuenta”, data de la segunda mitad del siglo X y significa “estar de acuerdo”, “decidir de común acuerdo”. Interesa esta definición en tanto *consentir* supone, por lo tanto, un acto de *decisión*. Pero, ¿qué es una *decisión*?

En esta ocasión, tomaremos los desarrollos teóricos del historiador Ignacio Lewkowicz, quien sostiene que aquello que habitualmente llamamos “decisión” debería, en sentido estricto, desagregarse en tres operaciones diferentes, que él nombra como: “opción”, “elección” y “decisión” propiamente tal.

“*Opción* se aplica a los sistemas cuyos grados de libertad son limitados, como los que se desprenden de la lógica binaria. Siendo su paradigma el algoritmo computacional. *Elección*, supone sistemas abiertos, en los cuales existen diferentes caminos y el individuo debe, haciendo uso de su raciocinio y voluntad, sopesar la información disponible para obrar del mejor modo posible”. [v]

En tanto *decisión*, en el sentido fuerte, se reserva para aquellos actos en los que el conocimiento disponible resulta insuficiente para dar cuenta de la complejidad del caso, pero la situación impone puesta en marcha de una iniciativa. Será esa iniciativa, la que, a posteriori, se revele como una *singularidad de la situación*, la que termina fundando, retroactivamente, un nuevo conocimiento que reorganiza la situación misma. (Salomone, 2006)

Tomando estas herramientas conceptuales, vemos que las definiciones tradicionales de Consentimiento Informado, así como las formulaciones normativas, convocan al sujeto a una respuesta en términos de opción-elección.

A modo de ejemplo, tomemos en esta oportunidad la Ley de Salud Mental y su Decreto Reglamentario, aunque por sus similitudes podrían tenerse en cuenta otras leyes de incumbencia profesional [vi] o códigos de ética [vii] que regulan la práctica.

En el *Capítulo IV. Derechos de las personas con padecimiento mental: ARTÍCULO 7°* — El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

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

Sobre este mismo capítulo el Decreto Reglamentario N° 603/2013 agrega que:

1) La información sanitaria del paciente sólo podrá ser brindada a terceras personas con su consentimiento fehaciente. Si aquél fuera incapaz, el consentimiento será otorgado por su representante legal. m) Entiéndase por “consentimiento fehaciente” a la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del equipo interdisciplinario interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: su estado de salud; el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; los beneficios esperados del procedimiento; los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados. (El subrayado es nuestro)

En principio diremos que, con base en el derecho de autonomía, se convoca al sujeto a tomar posición, pero advertimos que en estas

referencias se ponen en juego las modalidades de *opción* y *elección*. Por un lado, el paciente puede *optar* entre aceptar o rechazar iniciar un tratamiento, cuestión que queda planteada en términos dicotómicos dentro de una lógica binaria. Por otro lado puede aceptar las condiciones en las que se llevará a cabo dicho tratamiento. Allí deberá *elegir* entre los diversos elementos que configuran las pautas para el establecimiento del encuadre, tal el caso de los honorarios, los límites de la confidencialidad, la involucración eventual de terceras partes (por ejemplo el supervisor del terapeuta), además de los elementos más tradicionales tales como la naturaleza, duración, objetivos, métodos, alternativas posibles y riesgos potenciales del tratamiento (Michel Fariña, Benyakar, Salomone, 2003). También dentro de las alternativas de tratamiento, el terapeuta ofrecerá no sólo el tipo de enfoque desde el cual llevará a cabo su estrategia clínica, sino también otras alternativas cuyo marco teórico puede ser bien distinto, en función de lo que considere más pertinente para ese caso, debiendo elegir el paciente entre dichas variantes. De esta manera se pone en juego la opción de aceptar o rechazar el tratamiento, a la vez que la elección sobre la modalidad del mismo. Si la cuestión se juega solo en la dimensión de la opción y la elección, entonces se trata solo de un acto administrativo, completamente ajeno a los procedimientos psicológicos que puedan llevarse a cabo.

La investigación de campo [viii] nos permitió constatar que no se trata solo de la formulación de las normas deontológicas y jurídicas, sino que también la propia implementación del Consentimiento Informado en las prácticas concretas puede ser tomada en estos términos. Veamos algunas de las respuestas que ilustran esta cuestión:

El consentimiento informado se solicita para el ingreso del paciente al hogar y también cuando se debe realizar algún tratamiento médico. (Protocolo 24)

Sí, se solicita al inicio del tratamiento. Firmado por el paciente y un familiar responsable, en la administración de determinada medicación o cuando interviene un acompañante terapéutico transitoriamente. (Protocolo 31)

En general no, sí en el caso de las jóvenes institucionalizadas o las menores de edad. Consiste en que aprueban que un determinado día, por ejemplo miércoles, en tal y tal horario la paciente tal se atenderá psicoterapéuticamente con las licenciadas respectivas y que ellos autorizan dicha asistencia. Y que están al tanto de todo, de la duración, del encuadre, siempre se les explica el encuadre. Y el consentimiento se le solicita una sola vez, al principio antes de la primera atención. (Protocolo 35) (El subrayado es nuestro).

En las respuestas se aprecia cómo el Consentimiento Informado queda homologado a un mero trámite administrativo necesario para el ingreso a la institución o comienzo del tratamiento, disociado del proceso terapéutico mismo. Lo que subyace es una concepción de salud como estado y no como proceso [ix]. Ello conlleva dos consecuencias diferentes. Por un lado, desentenderse de la concepción de salud que emana de la letra de la ley, la cual parte de la presunción de capacidad de todas las personas, entendiendo al sujeto del padecimiento psíquico como un sujeto de derecho. Y por el otro lado, afectando la posición del paciente en relación a su padecimiento, al cristalizarlo como objeto pasivo de prácticas clínicas, determinado por un diagnóstico de una vez y para siempre —retomaremos este punto a propósito de la lectura sobre la “evaluación clínica”. En este tipo de respuestas, es el sujeto quien queda “en déficit” respecto de su responsabilidad sobre su padecimiento.

Ahora bien, llegados a este punto se impone la siguiente pregunta: ¿cómo dar entrada a las situaciones que en términos de Lewkowicz

configuran el campo de una *decisión*, en el sentido fuerte del término? Se hace evidente que tal perspectiva supone una subversión de la lógica precedente, en tanto interpela el concepto de autonomía.

Del Consentimiento Informado a la Evaluación Clínica

El vocablo “aval” tiene origen incierto, pero se lo sitúa hacia el siglo X, derivado del francés antiguo *aval* (“abajo”) (Corominas, 1997, p. 73), seguramente en referencia a la ubicación de la rúbrica al pie de los documentos. Un aval es entonces una marca que rubrica un texto; ubicado al final, indica el acuerdo de la letra que lo antecede. “Evaluar”, por su parte, viene de la raíz “valer”, del latín *valére* (1.097) que significa “ser fuerte, vigoroso, potente” (Corominas, 1997, p. 596). De allí se derivan los vocablos modernos “evaluación” y el menos difundido “avaluación”, ambos datados en el siglo XIX.

Por su parte, el término contemporáneo “avaluación” o “valuación” supone, según el diccionario de la RAE, la acción de conocer, estimar o apreciar el valor o mérito de alguien o algo”.

Tenemos entonces que se reúnen en el término “avaluación” la fuerza del acuerdo, la valoración del acto y la letra que lo rubrica.

En su texto “Introducción al método Psicoanalítico” (2013), Jacques-Alain Miller propone el término de “avaluación” con valor de neologismo, forzando la lengua, de un modo que nos permite pensar suplementariamente la noción clásica de Consentimiento Informado: En psicoanálisis (...) la primera avaluación es hecha por el paciente, es él quien primero avala su síntoma. Él llega al analista en la posición de hacer una demanda basada en una auto-avaluación de sus síntomas, y pide un aval del analista sobre esa autoavaluación. Decimos que el acto analítico ya está presente en esa demanda de avalar, en el acto de autorizar la auto-avaluación de alguien que quiere ser un paciente. (Miller, p. 17, 1997).

Situados en las entrevistas preliminares, que en los dispositivos institucionales pueden desarrollarse bajo el título de “Admisión”, la avaluación clínica constituye el punto de partida de toda intervención, y la que implica el encuentro de la persona (aún no un sujeto analizable) y el analista (aún no *su* analista) para dar entrada a un tratamiento. En esta primera etapa, una de las cuestiones más importantes es la de poder arribar a un diagnóstico presuntivo, en función del cual se comenzará a pensar en la dirección del tratamiento. Éste, a diferencia del diagnóstico médico, no podrá ser pensado en términos objetivos, sino que para arribar a él la referencia al sujeto resultará ineludible (Miller, 2013). Diagnóstico y localización subjetiva quedarán anudados vía la palabra en su dimensión, no de enunciado, sino de enunciación.

Tomemos este fragmento de una de las entrevistas donde se juega de manera evidente la tensión entre una concepción reglamentarista del Consentimiento Informado y otra que hace lugar a la decisión del sujeto, lo que limita al *furor curandis*:

Entrevistado: *El consentimiento consiste en hacerle llenar una planilla al paciente, que ya está diagramada y donde vos tenés que explicitar por escrito: el diagnóstico del paciente, el tratamiento a seguir, si tiene que tomar medicación también está explicitada la medicación. Y el paciente lo tiene que firmar es si acepta el tratamiento y el tipo de intervención que vamos a realizar. En nuestro caso tenemos que fundamentar cómo va a ser la terapia, de cuántas veces semanales, la frecuencia.*

Entrevistador: *¿Se lo utiliza en todos los tipos de intervenciones?*

Entrevistado: *En el hospital sí, porque el consentimiento informado es obligatorio por ley. No es una cuestión opcional. Tiene que estar el consentimiento informado en la historia clínica. Es complicado a*

veces, cuando trabajas con pacientes psiquiátricos, es muy complicado, sobre todo cuando hay un montón de patologías, donde el paciente niega la patología que tiene, cuando lee el diagnóstico... se complica. Pero es obligatorio por ley. (Protocolo 30)

Resulta interesante que el profesional se encuentra interpelado por los alcances clínicos de la iniciativa de comunicar el diagnóstico, subrayando el impacto negativo que suele tener para determinados pacientes el hecho de saberse con tal enfermedad. Lo que queda puesto en cuestión es cómo la aplicación automática de la normativa respecto de los procedimientos para la firma del Consentimiento Informado (uno de los múltiples objetivos que se proponen en las normativas es que se informe al paciente sobre ese dato) barre y borra con toda buena intención legalista.

Nos preguntamos entonces ¿es esperable que el terapeuta comunique a todo paciente su diagnóstico desde el inicio? ¿Tal iniciativa podría resultar beneficiosa para el curso del tratamiento? ¿No sería conveniente esperar a que el vínculo entre paciente y terapeuta cobre otro valor para desde allí comunicárselo? O mejor, si el diagnóstico al que nos interesa arribar no puede ser pensado únicamente en términos objetivos, y si además tiene como referencia ineludible al *sujeto* ¿es posible concebirlo como un dato a priori, anterior a la emergencia del sujeto del padecimiento psíquico? ¿O por el contrario, se tratará de construir el diagnóstico bajo transferencia?

Demos un paso más. En su texto, Miller propone ir de los hechos del paciente, a sus dichos, y de éstos a su decir. En esta misma línea se podría pensar la secuencia Consentimiento Informado, avaluación clínica, asentimiento subjetivo, respectivamente. Y así avanzar desde la firma del Consentimiento Informado (un hecho que el profesional solicita a la persona) como punto de partida, a la localización del sujeto (a través de su dichos) y de esa localización al asentimiento subjetivo (dimensión del decir, en el sentido de que el sujeto toma una posición respecto de sus dichos).

Lo que nos interesa es poder ubicar una diferencia que permita ir más allá de las obligaciones deontológico-jurídicas del profesional que solicita el consentimiento informado, para luego rescatar el valor clínico, singular, que su inclusión en tanto estrategia clínica, podría suscitar. Se tratará de diferenciar entre la *persona* que está en condiciones de dar su consentimiento, el *paciente* que busca avalar su propio pedido de ayuda y el *sujeto* que asiente dirigirse a un analista al que le supone algún saber. De esta manera se buscará aplazar un comienzo del tratamiento. Ese aplazo será entonces el lugar a partir del cual, eventualmente se podrán generar condiciones de posibilidad para que el sujeto dividido *asiente decir allí* y por lo tanto, aparezca. Lo que no es sin un deseo decidido, como veremos a continuación.

Hacia el asentimiento subjetivo

Para situar este concepto, resulta de utilidad tomar en consideración la entrada en análisis en aquellos casos en que el paciente es un niño, ya que allí aparecen claramente desdobladas las nociones de consentimiento informado (aportado por los padres) y el “asentimiento subjetivo” (que se debe obtener del niño). Si bien haremos referencia a esta matriz, es imprescindible aclarar que ambas dimensiones, consentimiento informado y asentimiento subjetivo podrán aparecer no sólo cuando el paciente es un niño, sino en todo análisis, en tanto supone una dialéctica que articula la aceptación (aval) para iniciar un análisis y el deseo de analizarse. Tomando la mencionada matriz del tratamiento de niños, María Elena Domínguez introduce al respecto algunos interrogantes:

¿Puede concluirse que siguiendo estos parámetros estableci-

dos por los códigos nos situemos en el terreno del asentimiento subjetivo del niño para el inicio de un análisis? O, por el contrario ¿solamente nos ubicamos de un modo obediente en el estándar establecido por el código, desconociendo aquello que es imposible de prever y, por lo tanto, obstaculiza desde el vamos la posibilidad de ingreso al dispositivo de la cura? ¿No nos transformaremos acaso en ejecutantes de una técnica que prescribe y generaliza el accionar dando sentido a nuestras acciones y fosilizando el acto? O ¿debemos reconociendo en el espíritu que originó la prescripción, leer su fundamento ético y leer cada vez, en acto los signos de ese asentimiento subjetivo para poder situar una entrada en análisis? (Domínguez, p. 389, 2006).

Se tratará de sostener la tensión entre el Consentimiento Informado de los padres, que marca la entrada situacional, y el asentimiento subjetivo por parte del niño, que rubrica su decisión de análisis. Así, la salida situacional supondrá un movimiento por parte del paciente. Domínguez se pregunta qué es lo que se debe consentir, y toma como respuesta la formulación de Jaques-Alain Miller (2004): “autorizar el proceso analítico de ese paciente” y ello por la vía del acto. Un acto que ratifica el deseo decidido de ese sujeto. Como es evidente y tal como lo mencionamos más arriba, “la tensión existente entre el campo normativo y la dimensión de la experiencia analítica se expresa con mayor claridad en el caso de los análisis con niños dado que el consentimiento deontológico es otorgado por un tercero que habla en nombre de ellos” (Domínguez, p. 390, 2006). Pero como vemos, esta imposibilidad estructural para consentir se da en cualquier caso, expresado en lo que la autora afirma que no se puede prever: el acto. Efectivamente el consentimiento debe ser decidido por el sujeto en otra dimensión, distinta de la del sujeto autónomo indispensable para el derecho. Pero aun así esa exigencia planteada por la Ley de Salud Mental referida al Consentimiento Informado, aunque se dirige al sujeto autónomo del derecho, puede habilitar otro espacio para el asentimiento subjetivo.

NOTAS

- [i] Respecto de esta complejidad, ver Michel Fariña, J., Benyakar, M., Salomone, G. et al (2003): La nueva normativa ética sobre consentimiento informado en psicoterapia: los aportes del Programa IBIS. En *Perspectivas Bioéticas*, Año 8, número 15, 2003. En Actas de las X Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- [ii] Ley 26.657. *Ley Nacional de Derecho a la Protección de la Salud Mental*. Sancionada el 25 de noviembre 2010 y promulgada el 2 de diciembre del mismo año. Decreto Reglamentario 603/2013, aprobado el 28 de mayo de ese año.
- [iii] Capítulo IV *Derechos de las personas con padecimiento mental*: art. 7, puntos j y m. Capítulo V *Modalidad de abordaje*: art. 10. Capítulo VII *Internaciones*: Art.16, pto. C, Art. 18, Art. 19, Art. 23, Art. 26. Capítulo XIII *Derivaciones*: Art. 30 y Capítulo XIX *Autoridades de Aplicación*: Art. 35.
- [iv] Proyecto UBACyT *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*. (Dirección: Prof. Gabriela Z. Salomone. Programación científica 2014-2017. Secretaría de Ciencia y Técnica, Universidad de Buenos Aires).
- [v] Esta formulación fue presentada originalmente en Salomone, G. y Michel Fariña, J. “Sobre el acto de consentir”. Informe Final Proyecto UBACyT *Secreto profesional, explotación y conflicto de intereses en el ámbito clínico e institucional: estudio de valores en 400 psicoterapeutas* (TP 24) UBACyT Programación científica 2001-2004. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Director: Prof. Lic. J. J. Fariña. Los desarrollos conceptuales

de Ignacio Lewkowicz fueron presentados de forma oral (2001) en el marco del seminario interno de capacitación docente de la cátedra I Psicología, Ética y Derechos Humanos.

[vi] Se hace referencia a la Ley 26.529 (2009) *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*, sancionada con anterioridad a la de Salud Mental, y en la cual ésta última se inspira. Ver Capítulo III, Art. 5, donde define el Consentimiento Informado.

[vii] Se hace referencia al Código de Ética de La Federación de Psicólogos de la República Argentina. (FePRA). Ver Apartado 1.1 donde define el Consentimiento Informado.

[viii] En el marco del Proyecto de Investigación citado en la nota IV se ha diseñado un cuestionario para relevar aspectos dilemáticos de la práctica del psicólogo relacionados con la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental. Para la presente indagación se consideraron los datos de los 37 protocolos relevados durante la segunda mitad de 2015, tomando especialmente como eje de discusión la siguiente pregunta:

En la institución donde usted trabaja, ¿se solicita al consultante el consentimiento informado para procedimientos terapéuticos y otros modos de intervención? ¿En qué consiste? ¿Se lo solicita en todo tipo de intervención o solo en algunas? Especifique

[ix] La Ley de Salud Mental concibe la salud no como un estado si no como un proceso cambiante. Por lo mismo no alcanza con que el Consentimiento Informado sea solicitado al inicio del tratamiento exclusivamente, si no que debiera ser actualizado en función de la evolución del proceso terapéutico.

Encontramos en la Ley el Art. 16. pto. c. Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.

Y en el Art. 23. El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud (...) El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente.

BIBLIOGRAFÍA

- Corominas, J. (1973) Breve diccionario etimológico de la lengua. Barcelona: Gredos.
- Domínguez, M. E. (2006) “El consentimiento informado en la clínica con niños”. En *Paradigmas, Métodos y Técnicas*. En Memorias XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores de Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Tomo III. Pág. 388-391.
- Michel Fariña, J. J., Benyakar, M., Salomone, G. Z. et al (2003) “La nueva normativa ética sobre consentimiento informado en psicoterapia: los aportes del Programa IBIS”. En *Perspectivas Bioéticas*, Año 8, número 15, 2003. Pág. 17-26.
- Miller, J.A. (2013) *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Eolia-Paidós.
- Salomone, G. Z. (2003) “El consentimiento informado y la responsabilidad: un problema ético”. En *Salud, educación, justicia y trabajo. Aportes de la Investigación en Psicología*. En Memorias de las X Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Tomo III.
- 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. & Michel Fariña, J.J. “Sobre el acto de consentir”. Informe UBACyT Programación Científica 2001-2004. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Director: Prof. Lic. J. J. Michel Fariña. Inédito.