



Revista Brasileira de Bioética

María Marta Mainetti

Facultad de Psicología y Escuela Superior de Medicina, Universidad Nacional de Mar del Plata.
Mar del Plata, Argentina.
mmmmainetti@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-5740-635X>

Susana La Rocca

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.
Mar del Plata, Argentina.
laroccausana@yahoo.com.ar
<https://orcid.org/0000-0002-0507-4987>

Julieta Echeverría

Facultad de Psicología y Escuela Superior de Medicina, Universidad Nacional de Mar del Plata.
Mar del Plata, Argentina.
echeverriajulieta@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-5041-0831>

Desaprendizaje ético y autonomía: desafíos bioéticos en la práctica profesional del psicólogo en relación a los cambios legales con respecto a la salud en Argentina.

Ethical unlearning and autonomy: bioethical challenges in health professionals' practice related to the legal changes in Argentina.

Resumen: Las transformaciones culturales y legales, y la complejización de las prácticas de salud producidas en las últimas décadas en la realidad latinoamericana, evidencian la importancia de repensar el concepto de autonomía, uno de los principios fundamentales de la Bioética. En este marco, el objetivo del estudio es indagar el nivel de información de psicólogos que trabajan en instituciones de salud respecto a cuatro leyes sancionadas en Argentina: de Salud mental, de Muerte digna, de Identidad de género y de Fertilización asistida, y analizar cómo es el posicionamiento profesional frente a la autonomía de los pacientes en este marco legal y social. Se realizó un estudio exploratorio con un abordaje metodológico cualitativo, utilizando una entrevista semi-estructurada. Los resultados permiten observar un nivel de información medio y algunas tensiones en relación al concepto de autonomía. Se discute en función del concepto de autonomía en contexto y de desaprendizaje ético, como un proceso consciente, dinámico y dialógico, que implica resignificar conceptos, valores.

Palabras clave: Bioética. Autonomía. Desaprendizaje ético. Leyes. Salud. Psicólogos.

Abstract: Cultural and legal transformations as well as the increasing complexity and inequality of health practices in the Latin-American context, require new contributions and positions regarding the principle of autonomy. As one of the main principles in Bioethics and considering a human rights perspective that recognizes the relation between autonomy and vulnerability, the objective of the paper is to explore and analyze the level of information that health professionals of the public health field have about the new health legislations and how they stand regarding the patients autonomy in this context. Through a qualitative methodology, the tensions observed in the perspectives of the professionals make evident the need for an ethical unlearning process regarding autonomy and vulnerability in health practices.

Keywords: Bioethics. Autonomy. Ethical unlearning. Laws. Health. Psychologists.

Proyecto aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.

Introdução

Las transformaciones culturales y legales producidas en las últimas décadas en relación al género, la concepción, la muerte y los derechos de los pacientes, así como la complejización de las prácticas de atención de la salud producto de los avances tecnológicos y las transformaciones referidas, y la particular realidad latinoamericana caracterizada por grandes desigualdades sociales, evidencian la importancia de repensar el concepto de autonomía, que constituye uno de los principios fundamentales de la Bioética y que refiere al derecho de las personas a decidir responsablemente sobre su salud y bienestar.

Aportes filosóficos como los de la ética de la comunicación de Apel (1992, 1998), la ética de la liberación de Dussel (1974, 1988, 1997, 1998, 2000) y la idea de fraternidad de Levinas (1977, 2006), posibilitaron que comience a problematizarse el concepto de autonomía. En esta línea, el concepto de desaprendizaje ético es entendido como un proceso consciente, dinámico y dialógico que obliga a resignificar conceptos y valores (Andrade, 2005). Así, contribuye a repensar la autonomía en este nuevo contexto, al buscar visibilizar y modificar una perspectiva naturalizada y acrítica, al incluir la perspectiva del otro en una búsqueda constante de conocimiento y mayor equidad y justicia.

En este marco social e intelectual se puede pensar en una autonomía *en contexto*, que tiene en cuenta ciertas cuestiones en pro de garantizar su ejercicio pleno; cuestiones como las condiciones de vulnerabilidad y las asimetrías que implican algunas relaciones humanas.

Desde la ética discursiva se han implementado estrategias destinadas a paliar las condiciones de vulnerabilidad de poblaciones particularmente vulnerables, pero se advierten también significativas limitaciones. Las argumentaciones racionales, herramienta esencial de la ética discursiva, resultan insuficientes para incluir como *interlocutores válidos* a quienes no pueden expresar realmente sus intereses porque son vulnerables socialmente y han aceptado el carácter *natural* de esa designación. Esto es así a pesar de que firmen o convaliden el consentimiento informado requerido formalmente para garantizar el ejercicio de la autonomía. Asimismo, las argumentaciones racionales resultan insuficientes para develar el simbolismo que surge del lenguaje y que atraviesa todas las relaciones humanas, incluyendo tanto las prácticas médicas como las investigaciones biomédicas. Todo esto no ha favorecido

el desarrollo de la autonomía, contribuyendo en algunos casos más al disciplinamiento que a la liberación de los sujetos involucrados.

Otra dimensión que debe tenerse en cuenta a la hora de garantizar el ejercicio de la autonomía, es la referida a las asimetrías que caracterizan las relaciones humanas. El consentimiento informado es utilizado como herramienta para compensarlas. Sin embargo la validez moral del mismo requiere ser resignificada desde un discurso que contemple y compense las situaciones de desigualdad de poder entre los profesionales de la salud y los pacientes. Las asimetrías pueden permanecer ocultas para quienes dialogan a causa del fenómeno simbólico del lenguaje. A través de este se pueden construir mandatos sociales, vínculos y discursos que si no son revisados pasan a constituir parte del imaginario social aceptado. Así, las asimetrías no se advierten y no puede realizarse el juego moral que requiere la igualdad de quienes dialogan en su acepción de interlocutores válidos.

En ese sentido, Dussel desarrolla una propuesta superadora a ciertas limitaciones de la ética discursiva, al reconocer la existencia de una racionalidad diferencial y universal resultante de reconocer y emancipar la diferencia. La cuestión no sería entonces diferencia o universalidad sino universalidad en la diferencia. Es necesario afirmar éticamente al otro, quien puede esgrimir razones nuevas que obliguen a reconsiderar los acuerdos y consensos ya tomados. Éstos pierden efectividad en tanto garantes de justicia, si la comprensión del mundo que le sirve de marco se postula como una proyección globalizada cuando en realidad es una particular comprensión del mundo.

Así, además de reconocer la vulnerabilidad intrínseca de todo ser humano, es preciso reconocer la vulnerabilidad como situacional (Mussi, 2018). Esto es, la vulnerabilidad social que generan las relaciones sociales de desigualdad. Como señalan Machado y Garrafa (2018), la concientización de los tipos de vulnerabilidad es necesaria para poder promover una cierta igualdad y equidad. O sea, es necesario visibilizar la relación de desigualdad entre quienes dialogan y afirmar éticamente al otro para hacerlo un interlocutor válido.

El desaprendizaje ético como proceso elucidatorio, entonces, puede contribuir a este proceso de desnaturalización de esas formas de vulnerabilidad con el fin de generar condiciones para que todos los involucrados puedan considerarse interlocutores válidos en el proceso de toma de decisiones, y de esta manera hacer ejercicio de su autonomía.

Finalmente, Lévinas otorga una importancia fundamental a la ética, entendiéndola como sabiduría que nace del amor, más que como amor a la sabiduría. Sostiene el argumento de la alteridad desde el concepto de fraternidad universal, considerándolo anterior a todo presente; la responsabilidad con el prójimo es anterior a la propia libertad en un pasado inmemorial, más antiguo que toda conciencia. (Lévinas, 2006). Puesto que para Lévinas los sentidos y las significaciones anteceden a las palabras, lo que define al ser humano no es el *ser* sino la *diferencia*, que estructura originariamente a lo humano y a la humanidad. Esta diferencia es la que se nombra con el par mismidad-alteridad.

En la experiencia de la alteridad se cuestiona el mutuo reconocimiento personal en base a su inherente deficiencia. Desde la egoidad, no se puede dialogar. Por eso es necesario un replanteamiento de la propia ética y de su idea social directriz de justicia (Jaren, 2006). Se propone así, un humanismo de un ser humano que se responsabiliza y responde por el otro: *“desde el momento en que el otro me mira, yo soy responsable de él sin ni siquiera tener que tomar responsabilidades en relación con él; su responsabilidad me incumbe”* (Lévinas, 1977, p 207). La relación con el otro no se establece para conocerlo, por tanto, no es una relación cognoscitiva, sino una relación de tipo ético, en el sentido de que el otro me afecta y me importa, por lo que me exige que me encargue de él, incluso antes de que yo lo elija. El rostro del otro es la expresión de su vulnerabilidad, que remite a la propia vulnerabilidad del yo y lo hermana desde la proximidad. Este encuentro no puede estar ausente en las prácticas sociales y menos aún en las del ámbito de la salud, dónde el otro en la figura del paciente que sufre, exhibe un rostro vulnerado y concreto.

Desde las perspectivas señaladas, la autonomía en contexto demanda la existencia y el reconocimiento de interlocutores válidos, capaces de manifestar y hacer valer sus intereses coincidentes o disidentes; la obligación social de generar mundos de vida donde esos interlocutores válidos puedan liberarse de las hegemonías que los han excluido y la convicción que valora la otredad como elemento constitutivo de las autonomías individuales.

Esta concepción de la autonomía demanda una desconstrucción de las nociones de autonomía solipcistas, restrictivas e individualistas. El desaprendizaje ético, como procedimiento elucidatorio, contribuye a repensar la autonomía en contexto y propone una coexistencia dialógica con la alteridad, en la medida que mismidad y alteridad sean reconocidas por el mutuo respeto. En este sentido, este proceso

elucidatorio es ético y habilita a pensar en contexto el concepto y la práctica de la autonomía.

Transformaciones legislativas en Argentina y nuevos desafíos

En relación a las transformaciones culturales en torno al género, a la concepción de salud-enfermedad y a los derechos de los pacientes, particularmente en Argentina se han sancionado en la última década una serie de leyes dirigidas a garantizar nuevos derechos. Derechos en términos de salud mental, de atención en salud, de muerte digna, de identidad de género y fertilización asistida, entre otros.

Las cuatro leyes que regulan estas cuestiones son: Ley Nacional 26.657 de Salud mental (2010), Ley Nacional 26.742 de Muerte digna, modificación de la ley 26.742 (2012), Ley Nacional 26.743 de Identidad de género (2012), Ley Nacional 26.862 de Fertilización asistida (2013). Se presenta a continuación algunos aspectos que cada una de las leyes establecen con respecto a la autonomía de los pacientes.

Según la ley de salud mental: “El paciente tiene 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” (art 7, inc j).

En la ley de muerte digna, en relación a la llamada “autonomía de la voluntad”, la ley reconoce que el paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de voluntad (art 1, inc e). “El paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital. También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable” (Art 1, inc e). Sobre las directivas anticipadas establece que “toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanasias, las que se tendrán como inexistentes” (art 11).

La ley de identidad de género establece que toda persona podrá solicitar la rectificación registral del sexo, y el cambio de nombre de pila e imagen, cuando no coincidan con su identidad de género autopercebida. Debe acreditar la edad mínima de dieciocho (18) años de edad (art 3). Con relación a las personas menores de dieciocho (18) años de edad la solicitud del trámite deberá ser efectuada a través de sus representantes legales y con expresa conformidad del menor, teniendo en cuenta los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño/a de acuerdo con lo estipulado en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley 26.061 de Protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Asimismo, la persona menor de edad deberá contar con la asistencia del abogado del niño prevista en el artículo 27 de la Ley 26.061 (art 5). Todas las personas mayores de dieciocho (18) años de edad podrán, conforme al artículo 1° de la presente ley y a fin de garantizar el goce de su salud integral, acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercebida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa (art 11). Se requerirá, únicamente, el consentimiento informado de la persona (art 11).

Con respecto a la ley de Fertilización asistida, toda persona capaz, mayor de edad, puede someterse al uso de Técnicas de Reproducción Humana Asistida, habiendo previamente prestado su consentimiento informado (art 2). El aporte de gametos para terceros reviste carácter anónimo y confidencial. Los Centros Médicos autorizados deberán elaborar un legajo con los datos de identidad del o la aportante, incluyendo la información de carácter médico que surja del estudio clínico a que refiere el artículo 6, dejando constancia de los antecedentes clínicos familiares que, bajo el modo de declaración jurada, informe el o la aportante (art 10).

Este contexto de transformaciones sociales y normativas puede generar nuevos desafíos para las prácticas profesionales en instituciones de salud, interpelando el ejercicio profesional, así como la formación. Cabe preguntarse qué nivel de conocimientos disponen los profesionales de la salud respecto de estas leyes y cómo es su posicionamiento respecto de la autonomía de los pacientes en este contexto. Por ello, el objetivo de este estudio exploratorio fue indagar el nivel de información sobre estas leyes de profesionales del área de psicología que trabajan en instituciones de salud, y analizar cómo es el posicionamiento profesional frente a la cuestión de la autonomía de los pacientes en este nuevo marco legal y social.

En esta línea, se han realizado investigaciones locales respecto de la opinión de psicólogos sobre la ley de salud mental específicamente, así como de su incorporación en la formación y los nuevos desafíos que genera (Hermosilla & Cataldo, 2014). También se han realizado estudios sobre el consentimiento informado en el ámbito de la práctica clínica en psicología (Hermosilla et al., 2013; Salandro 2011). No obstante, no se cuenta con estudios que exploren el conjunto de leyes desde una perspectiva bioética y del desaprendizaje ético; cuestiones que cada vez adquieren más relevancia en el campo de la salud. Por ello se torna necesario pensar en los aportes que puede ofrecer esta perspectiva bioética para el campo profesional de la psicología y para la formación de grado en esta disciplina.

Método

Diseño: Se realizó un estudio exploratorio-descriptivo con un abordaje metodológico cualitativo. En consonancia con investigaciones recientes en las ciencias sociales y humanas, se adopta una postura metodológica que valora la perspectiva subjetiva de los actores. Es así que el análisis se centra en lo que informan los psicólogos pertenecientes a instituciones de atención de la salud, y las reflexiones aquí propuestas se realizan a partir de dicha información.

Muestra: Los participantes han sido 20 profesionales psicólogos/as de instituciones de atención de la salud de la ciudad de Mar del Plata (Argentina), seleccionados por un muestreo intencional. Con respecto a las consideraciones éticas, cada entrevistado/a participó voluntariamente garantizándose el carácter confidencial de la información que brindarían mediante la codificación de las entrevistas. Firmaron un consentimiento informado escrito luego de un proceso dialógico en el que se les explicó verbalmente y se confirmó que comprendían en qué consistía la participación, los beneficios que podría significarles, el tiempo que les insumiría, y en el que se aclaró que podían abandonar su participación en la investigación en cualquier momento y sin que hubiera ninguna consecuencia negativa por ello.

Instrumento: Se utilizó una entrevista con preguntas abiertas y cerradas específicamente diseñada para esta investigación, para la cual se realizó una revisión por expertos y una prueba piloto previa a la administración. Se indagó acerca de su conocimiento y posicionamiento profesional con respecto a cuatro leyes: Ley Nacional 26.657 de Salud mental (2010), Ley Nacional 26.742 de Muerte digna (2012), Ley Nacional 26.743 de Identidad de género (2012), Ley Nacional 26.862 de Fertilización

asistida (2013). Con respecto a los ejes de exploración, se preguntó sobre su conocimiento de estas leyes, y en referencia a la presencia de estas leyes en las prácticas cotidianas, se les preguntó específicamente por cuál piensa que sería la función del psicólogo en los casos que se ven atravesados por cuestiones relativas a estas leyes -como por ejemplo, casos de muerte digna, fertilización asistida, cambio de género-, así como cuál es su opinión respecto del tema de la autonomía del paciente en dichas situaciones y sobre el consentimiento informado.

Resultados

A continuación se presentan los resultados del análisis de cada pregunta de las entrevistas categorizados por Ley.

Ley Nacional 26.657 de Salud Mental (2010)

Con respecto a esta ley, el 95% de los entrevistados manifestó conocer la ley, mientras que el 5% parcialmente. En referencia a qué piensan los profesionales sobre la reformulación que la ley hace del concepto de autonomía de los pacientes en salud mental: un 15% no responde, tomando la posibilidad dada de abstenerse en la respuesta, y un 70% lo considera adecuado o positivo en tanto que garantiza un derecho. No obstante, más de un profesional señala algunos obstáculos de sus pacientes para poder ejercer dicha capacidad: *“es positivo porque supone la capacidad del paciente de tomar decisiones, aunque la mayoría de los pacientes con los que trabajamos no tienen esa capacidad”* (E.2). En este sentido, otro profesional argumenta que *“la autonomía es un derecho pero la mayoría de los pacientes no están en condiciones”* (E.5). Otros señalan que significa *“un avance en los derechos del paciente”* y que *“sustrae poder unidireccional a la decisión del médico sobre la internación, dándosele al paciente y sus familiares”* (E.13). Un 15% de la muestra lo considera problemático de alguna manera, ya que la ley no contempla ciertas particularidades. Un entrevistado señala: *“es problemático en algunos casos como cuando hay abandono de tratamiento, negativa a realizarlo o internación”* (E.17). También mencionaron que la autonomía *“no se visualiza porque en la mayoría de los casos se interna contra su voluntad”* (E.6) y que el concepto de autonomía en estos pacientes es muy complejo porque *“justamente es lo que mayormente está afectado. Sin embargo, la reformulación es muy importante a la hora de priorizar la misma y dejar de considerarlo “objeto de tratamiento de internación, de prueba”* (E.12).

Con respecto a si las normas del consentimiento informado deben ser válidas para todos o no, el 60% responde que sí y el 20% considera que sólo para algunos, exceptuando pacientes psicóticos, mayores de edad, riesgo cierto e inminente. Un 20% optó por no responder.

Ley Nacional 26.742 de Muerte digna (2012)

Con respecto a esta ley, el 50% de los entrevistados manifestó conocerla, el 35% conocerla parcialmente y el 15% declaró desconocerla. En lo que refiere a la participación del psicólogo en una situación de rechazo a tratamiento por enfermedad incurable y/o terminal, el 70% valora positivamente que el psicólogo participe, mientras que un 30% declara una posición más neutra. Según los profesionales entrevistados, las funciones que cumpliría al estar interviniendo en estos casos, son: *“acompañamiento en la toma de decisión”, “acompañamiento en la valoración de las implicancias de su decisión”, “ayudar a clarificar ideas”, “contención de angustias, miedo y ansiedad”, “escuchar”, “orientar a los familiares”, “evaluar el por qué de la decisión, si fue tomada a conciencia y si comprendió las consecuencias”, “determinar el estado psíquico del paciente al momento de tomar la decisión”, “repasar la historia de la enfermedad, evaluar si la toma de decisión es autónoma, si no está deprimido”, “siempre que la persona lo requiera y lo solicite expresamente, ofrecer un espacio en que pueda expresar sus padecer, dudas, miedos”.*

Con respecto a la pregunta sobre si cree que debe respetarse la llamada “autonomía de la voluntad” y el consentimiento informado, un 10% responde que en todos los casos, el 65% en algunos casos, exceptuando menores, personas con padecimiento mental y ancianos. El resto de los participantes se abstuvo de dar respuesta.

En lo que refiere a las dificultades consideradas por los profesionales para la puesta en práctica de esta ley, un 20% considera que puede haber contradicciones entre el respeto a la autonomía del paciente y la obligación del profesional en términos del principio de beneficencia; un 20% lo atribuye a la hegemonía médica; un 15% dice no tener contacto con estos casos; un 10% expresa que los psicólogos no son consultados en estas situaciones; un 10% considera que la dificultad aparece cuando la familia no está de acuerdo con la decisión del paciente; un 10% no opina porque dice desconocer la ley. El resto de los participantes se abstuvo de dar respuesta.

Ley Nacional 26.743 de Identidad de género (2012)

Con respecto a esta ley, los resultados manifiestan que es conocida parcialmente por el 80% de los entrevistados y en su totalidad por un 20%. En lo que refiere a la participación del psicólogo en esos casos y qué lugar considera que ocupa el acompañamiento psicológico, el 80% lo considera fundamental o muy importante, debido a la implicancia que tiene la decisión en la vida de la persona. Plantean los entrevistados: *“muy importante debido a la decisión trascendental en cuanto a su proyecto de vida”, “muy importante sobre todo en las intervenciones quirúrgicas”, “muy importante en el proceso de toma de decisiones del menor y su familia”, “acompañamiento y contención”*. Un 20% de las respuestas varía entre no considerarlo un lugar claro o muy frecuente para el psicólogo: *“el lugar que le da la ley es muy pobre”* o *“no es un lugar claro para el psicólogo, en mi experiencia no he trabajado con muchos casos. Pero podría ocupar un rol importante en el acompañamiento previo al ci”, “un lugar terapéutico si lo demandara”*.

Con respecto a si considera positivo que el consentimiento informado baste para realizar el cambio de identidad de género, el 80% expresa que no y el 20% que sí.

En cuanto a la ponderación del hecho de que los niños puedan elegir su identidad de género: un 30% lo considera problemático ya que se trata de un psiquismo en formación y que dicho derecho desestima la consideración de los efectos psíquicos y sociales que el cambio conlleva; un 10% lo considera positivo; un 15% no está de acuerdo; un 15% expresa la necesidad de un equipo interdisciplinario. El resto de las respuestas no definen una postura, expresando, por ejemplo, *“la necesidad de escuchar al niño, de no forzar su decisión”*.

Ley Nacional 26.862 de Fertilización Asistida (2013)

En cuanto a esta ley, un 70% de los entrevistados expresaron que la conocían parcialmente y que consideraban fundamental el acompañamiento psicológico de los pacientes para cumplimentar los requisitos previos a los tratamientos de fertilización asistida. Un 30% declaró conocerla en su totalidad.

Es de destacar que uno de los aspectos más cuestionables de la ley se relaciona con la donación anónima de gametas, que contraría el derecho a la identidad genética del niño. Si bien es cierto que la identidad genética es sólo un aspecto de la identidad de la persona, se trata de un derecho que la ley establece debe protegerse. En esta

línea, la pregunta realizada a los psicólogos fue la siguiente: ¿cómo podría impactar esa circunstancia en la constitución subjetiva de los nuevos seres?. Las respuestas estuvieron divididas entre quienes consideran que hay un impacto en el desarrollo de la identidad del niño y quienes expresan incertidumbre o duda al respecto. Los primeros lo expresan con respuestas tales como: *“debería ser un derecho para el niño mayor de edad conocer su identidad, como en la adopción”*; *“hay impacto en el desarrollo de su identidad”*; *“es necesario para la construcción subjetiva”*; *“podría impactar produciendo sintomatología”*; *“podría impactar en el desarrollo psicoevolutivo”*. Los segundos, en cambio, manifestaron lo siguiente: *“podría impactar, aunque no necesariamente”*; *“depende de la posición de los padres, las fantasías que se juzguen en ellos y como transmiten esta información, lo más importante es la función materna y paterna”*; *“depende los casos”*; *“no sé, no puede predecirse”*; *“me genera dudas esa afirmación. En principio porque todos los derechos tienen límites y en segundo lugar me cuestiono el derecho a la identidad genética en este caso”*.

Discusión y conclusiones

La presente investigación se ha centrado en indagar el nivel de información de profesionales de la psicología que trabajan en instituciones de salud, respecto a cuatro leyes que garantizan nuevos derechos con respecto a la salud mental, la muerte, la identidad de género y la fertilización, en el marco de un proceso de transformaciones culturales y sociales que complejizan las prácticas de salud y plantean nuevos desafíos bioéticos. Así también como analizar el posicionamiento profesional frente a la cuestión de la autonomía de los pacientes en este nuevo marco legal y social.

Los resultados permiten observar un nivel de información medio y relativamente parcializado con respecto a algunas leyes, así como algunas tensiones en relación al concepto de autonomía que se dan en la especificidad de la práctica clínica en psicología. En este marco, el concepto de desaprendizaje ético y las redefiniciones del concepto de autonomía en contexto pueden aportar algunas claves para continuar pensando las prácticas profesionales y de formación en Psicología.

En este sentido, los resultados de la investigación invitan a pensar el tema de la autonomía en contexto en el marco del ejercicio profesional del psicólogo; invita a reflexionar sobre el posicionamiento ético en relación con las nuevas cuestiones sociales y deontológico-normativas. Esto es, la aparición de nuevas leyes, que se relaciona con cambios sociales, intentan promover una mayor equidad y un mayor

respeto por el/la consultante. Se reconocen nuevos derechos y la complejidad de los mismos establece la necesidad de promover una autonomía en contexto y basada en la responsabilidad. A la vez, estas leyes abren la discusión sobre concepciones -de maternidad, identidad, salud, muerte- que fueron construidas fundamentalmente sobre la dimensión biológica y que ahora contemplan aspectos sociales y psicológicos.

A partir de esto, la concreción y puesta en práctica de nuevos derechos, requiere cambios de perspectiva no sólo en los pacientes sino también en los profesionales de la salud, quienes tienen la tarea de orientar y acompañar a otros para que las decisiones sean tomadas autónomamente. A la vez abren cuestiones éticas nuevas, por ejemplo en torno a la autonomía, que demandan un profundo diálogo a fin de que las decisiones se tomen con la mayor libertad posible y con la información necesaria, según los casos.

Observando estas cuestiones en relación a los resultados de este estudio, las respuestas de los profesionales evidencian un conocimiento parcial de las nuevas normativas y los derechos que garantizan, así como ciertas tensiones en relación al concepto de autonomía, especialmente en temas relacionados con la muerte, la identidad de género y la salud mental. Los participantes manifestaron tener mayores conocimientos de la ley de Salud Mental, mientras que el resto de las leyes manifestaron ser conocidas parcialmente en su mayoría y en un menor porcentaje conocerlas completamente. Esto puede ser problemático al momento de garantizar el cumplimiento de derechos que se encuentran allí estipulados, de generar nuevas estrategias de abordaje y acompañamiento en dichas situaciones y de problematizar el sentido clásico de la autonomía que se observa en sus respuestas.

Con respecto a la autonomía de los pacientes que las leyes garantizan, la mayoría de los profesionales respondió que les parece positivo, así como las normas del consentimiento informado. Varios sostuvieron que es problemático en la práctica clínica y que requiere de excepciones, muchas de ellas contempladas en las leyes también.

Con las leyes de muerte digna, identidad de género y fertilización asistida, los participantes sostuvieron en su mayoría que les parece importante que el psicólogo haga un acompañamiento durante el proceso de CI y terapéutico si fuera demandado, pero aclaran que no son solicitados para ello con frecuencia. En este punto es interesante enfatizar la necesidad y el desafío de intentar lograr un trabajo interdisciplinario para poder avanzar hacia la transdisciplina. Como señala Garrafa (2007) lograr en

principio un diálogo entre miradas de distintas disciplinas para ir construyendo no solo un “entre” sino un “más allá” de las disciplinas en el trabajo en equipo.

La consideración sobre la autonomía de los niños y niñas en la elección de su identidad de género fue la que generó mayor variabilidad de respuestas y de puntos contrapuestos. Algunos sostuvieron estar de acuerdo mientras que otros lo estiman problemático al tratarse de un psiquismo en formación. En este sentido, la mayoría de los profesionales respondieron que no consideran suficiente el CI para realizar el cambio de género mientras que una minoría sí lo consideró suficiente. Esta cuestión nos permite pensar en torno al concepto de CI y, en relación a ello, de la autonomía en contexto por cuanto los niños/as y adolescentes son poblaciones particularmente vulnerables. Tal vez sea propicio un desaprendizaje ético de lo que se ha entendido como CI en tanto firma de formulario, para comprenderlo y realizarlo en la práctica como un proceso informado dialogado y situado en un contexto particular, en el cual es preciso generar condiciones que palien la vulnerabilidad de las personas y las desigualdades de poder de las relaciones entre profesionales de la salud y paciente. En este sentido es que sostenemos que esta perspectiva de autonomía en contexto demanda una desnaturalización y revisión de las nociones de autonomía -solipcistas, restrictivas e individualistas- cristalizada en las prácticas, y se requiere de un desaprendizaje ético como procedimiento elucidatorio, que contribuya a repensar la autonomía y las relaciones de poder en las prácticas de atención a la salud.

En esta línea, estudios previos han llegado a resultados y conclusiones semejantes con respecto a la necesidad de ampliar la concepción del CI y de resaltar la relevancia de la formación ético-deontológica en las carreras de grado, que tradicionalmente no ha recibido la importancia adecuada en función de la relevancia que tiene para el ejercicio profesional (Hermosilla et al, 2013).

Una tendencia semejante se observó con respecto a la ley de fertilización asistida sobre cómo estiman que podría impactar esa circunstancia en la constitución subjetiva de los nuevos seres, estando los profesionales también divididos entre quienes consideran que hay un impacto en el desarrollo de la identidad del niño y quienes expresan incertidumbre o duda al respecto. Esta cuestión podría evidenciar la necesidad de espacios de reflexión bioética sobre las prácticas en torno los nuevos derechos, que generan nuevos desafíos para las prácticas de los profesionales de la salud. Asimismo, de la importancia de gestar estos espacios de reflexión ética práctica de manera transversal en los planes de estudio en la formación de grado. En este sentido, estu-

dios sobre la enseñanza de la Bioética coinciden en el valor de la formación bioética para mejorar la relación entre profesionales de la salud y sus pacientes para lograra un trato que anteponga ante todo los valores y principios (Giornelli, 2018; Urrego-Mendoza, 2018).

En lo que refiere a los factores que pueden estar dificultando o condicionando la consolidación de nuevas construcciones de autonomía, en el marco de los nuevos derechos vigentes y plasmados en nuevas leyes relacionadas con la salud, podría pensarse varias cuestiones a partir de los datos. Por un lado, en el conocimiento parcial o el desconocimiento de estas leyes. Por otro lado, una cierta falta de tradición en la práctica psicológica en torno a la consideración del proceso de consentimiento informado -y el principio de autonomía que subyacente a éste-, así como una concepción clásica de la autonomía. Cabe destacar, como se ha señalado (Hermosilla, 2006), que el consentimiento informado -que se basa en el principio de respeto por la autonomía de las personas- es de reciente incorporación en el ejercicio de la Psicología en Argentina.

En este sentido, con respecto a algunas tensiones y desafíos bioéticos en el ejercicio profesional, se presenta el tema del respeto por la autonomía. Algunos de los profesionales señalaron que debería respetarse la autonomía de voluntad y el CI solo en algunos casos. En relación a esto, el principio de autonomía y las leyes sostienen que la autonomía de voluntad es inherente a la persona y que en caso de que el paciente no pueda ejercerla por estar condicionada su libertad o capacidad de comprensión entonces debe respetarse a través de sus familiares, tutores o responsables. Pero en todo caso debe respetarse. Por ello pensar en una autonomía en contexto y relacional permite pensar estas situaciones desde una perspectiva que no vulnere su derecho.

En esta línea, es interesante la percepción de algunos profesionales acerca de que existen “*contradicciones entre el respeto a la autonomía del paciente y la obligación del profesional (principio de beneficencia)*”. Esta encrucijada, constituida en cada caso particular, es probablemente uno de los principales desafíos que implican el tema de la autonomía en la práctica profesional. Podríamos preguntarnos en ejercicio reflexivo, si es legítimo insistir en realizar una intervención que supone un bien cuando la voluntad del paciente es no recibirla. Una tensión a ser sostenida y reflexionada en cada caso, que requiere de la construcción de un posicionamiento profesional tanto crítico del modelo paternalista fuertemente naturalizado como ético, así también como un verdadero proceso de diálogo.

Para ello, es necesario no solo el reconocimiento ético del otro en el sentido que plantea Levinas sino también de la diferencia, como sostiene Dussel. Esto podría habilitar a

que ese diálogo sea efectivamente entre interlocutores válidos, dando lugar a un proceso de ejercicio efectivo de la autonomía atendiendo las particularidades de cada caso. Es decir, el reconocimiento ético de la alteridad y la diferencia habilitaría a un diálogo en la relación terapéutica entre interlocutores válidos, pudiendo entonces aproximarnos a un ejercicio más pleno de la autonomía, al visibilizar y problematizar también las desigualdades de poder y la vulnerabilidad en las relaciones humanas -y específicamente en las relaciones entre profesionales de la salud y pacientes-.

Investigaciones previas han analizado algunas complejidades en la implementación del CI y consideración de la autonomía en la práctica clínica en psicología, por ejemplo: el desconocimiento por ser una cuestión relativamente nueva para considerar en psicología a partir de las nuevas leyes, la creencia de que confronta con otros principios bioéticos, la particular concepción de sujeto que se tiene dentro del campo psi y con ello de la autonomía, la representación social del modelo paternalista en las prácticas de atención de la salud (Salandro, 2011). Por ello, sería importante enfatizar en la formación de grado de manera transversal el conocimiento y los debates sobre estas leyes y de estas cuestiones bioéticas desde una perspectiva ética y de derechos humanos, así como la reflexión bioética en el proceso de construcción del rol profesional en torno a estas nuevas situaciones dilemáticas y derechos, centrales en el posicionamiento del profesional y en la relación terapéutica.

En este sentido, el desaprendizaje ético podría aportar un contexto de aprendizaje y reflexión adecuados. En tanto proceso dialógico, implica resignificar conceptos y valores en un proceso que posibilita modificar la perspectiva propia incluyendo la del otro en diálogo, lo que puede habilitar un proceso de reflexión y posicionamiento crítico respecto a estas cuestiones y situaciones. En el caso de la formación de grado de profesionales de salud, cabe preguntarse si favorecer que los estudiantes vivencien ese proceso que posibilita modificar la perspectiva propia incluyendo la del otro en diálogo en relación a algún caso planteado, no podría constituir una experiencia de la ética dialógica y el desaprendizaje ético, que pueda contribuir a su formación como profesionales de la salud. Más que la enunciación, la posibilidad de vivenciar y pensar en torno a los desafíos, tensiones y situaciones dilemáticas.

Propiciar una autonomía en contexto como proceso dialógico implica desnaturalizar las relaciones de desigualdad y las condiciones de vulnerabilidad, para habilitar a los pacientes como interlocutores válidos y generar condiciones para que esa vulnerabilidad condicione lo menos posible sus decisiones. Esto es, se requiere de un desaprendizaje

ético que habilite a hacer visible: el paradigma paternalista en las prácticas cotidianas, las capas de vulnerabilidad de las personas (Luna, 2008) -algunas de ellas referidas por los profesionales consultados-, las desigualdades sociales y las relaciones de poder involucradas en la relación entre profesional de la salud y paciente. Asimismo, se requiere también un desaprendizaje ético del concepto y la práctica de la autonomía: de una concepción individualista y paternalista hacia una autonomía real, en relación y en contexto. Y, con ello, revisar también lo que se entiende por consentimiento informado: si será solamente una firma en una planilla para autorizar una intervención o si será un proceso de diálogo entre interlocutores válidos en base a la responsabilidad para con un otro y el respeto por la pluralidad.

En este sentido, Garrafa y Azambuja (2007) sostienen la necesidad de un cambio en el estatuto epistemológico de la Bioética en América latina, para construir uno que considere también las crecientes desigualdades sociales y económicas en estas latitudes. El desapredizaje ético podría ser también propicio para este desafío de desnaturalizar y revisar algunas cuestiones centrales que señala el autor, como la visión individualista de los problemas y de la autonomía y la industria del consentimiento informado.

La formación y la reflexión ética práctica en el sentido propuesto, y el desapredizaje ético como se lo ha planteado, podrían favorecer que tanto profesionales de la salud como estudiantes en su formación de grado puedan desnaturalizar algunas categorías propias de nuestra cultura en relación a la salud y la enfermedad, los roles de género, la vida y la muerte, para interpelarlas frente a estos nuevos desafíos a fin de ejercer el respeto hacia los pacientes, sus diferentes ideas y valores en una sociedad pluralista.

Referências

1. Andrade R. Hacia una gnoseología del desaprendizaje dialógico cognosciente: Principios para desaprender en el contexto de la complejidad. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 2005; 7(2): 1-13. Accesible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412005000200008&lng=es&tlng=es.
2. Apel KO. *Una ética de la responsabilidad en la era de la ciencia*. Buenos Aires: Editorial Almagesto; 1992.
3. Apel KO. *Teoría de la verdad y ética del discurso*. Barcelona: Paidós; 1998.
4. Cortina A. *Ética mínima*. Madrid: Tecnos; 1986.
5. Díaz Muller L. Perspectivas de la Bioética en la sociedad del conocimiento. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 2009; 42, 158.

6. Dussel E. Introducción a la filosofía de la liberación. Bogotá: Nueva América; 1988.
7. Dussel E. Método para una filosofía de la liberación. Salamanca: Sígueme; 1974.
8. Dussel E. ¿Es posible un principio ético material, universal y crítico? México: UAM; 1997.
9. Dussel E. La ética de la liberación. México: UNAM; 1998.
10. Dussel E. La filosofía de la liberación ante el debate de la postmodernidad. *Devenires: revista de filosofía*, 2000; 1(1): 36-54.
11. Garrafa V, Azambuja L. Epistemología de la bioética - enfoque latino-americano. *Revista Brasileira de Bioética*, 2018; 3(3): 344-359. Accesible en: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7948>.
12. Giornelli MG. Enseñar Bioética a los futuros licenciados en salud. *Revista Brasileira De Bioética*, 2019; 14(edsup): 121.
13. Hermosilla AM. Transmisión del concepto de autonomía en la formación y práctica profesional del psicólogo. En X Actas del Congreso Nacional de Psicodiagnóstico y XVII Jornadas nacionales de ADEIP. Buenos Airesm, Argentina; 2006.
14. Hermosilla AM, Liberatore G, Losada M, Salandro C, Vuotto A, Cataldo R, et al. Competencia profesional: Evaluación de la aplicabilidad del consentimiento informado en el ámbito clínico. *Perspectivas en psicología*, 2013; 10: 80-91.
15. Hermosilla M, Cataldo R. Estudio exploratorio sobre la opinión de profesionales marplatenses sobre la Ley de Salud Mental. *Acta Psiquiátrica y Psicológica*, 2014; 6 (2): 130-139.
16. Jaren E. Emmanuel Lévinas: una revisión crítica en el centenario de su nacimiento. *A Parte Rei: Revista de Filosofía*, 2006; 48:1-7. Accesible en: <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/jaren48.pdf>.
17. La Rocca S, Mainetti M. *Reflexiones* éticas acerca de las prácticas realizadas en el ámbito de atención a la salud. *Eä – Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*, 2012; 2(2). Accesible en <http://www.ea-journal.com/art2.2/Reflexiones-eticas-acerca-de-las-practicas-realizadas-en-el-ambito-de-atencion-a-la-salud.pdf>.
18. Lévinas E. Totalidad e infinito. Salamanca: Sígueme;1977.
19. Lévinas E. Ética como filosofía primera. *A Parte Rei, Revista de Filosofía*, 2006; 43: 1-21. Recuperado en: <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/lorca43.pdf>.
20. Ley Nacional de Fertilización Asistida. Nº 26.862; Nacional (2013) Argentina.
21. Ley Nacional de Identidad de género. Nº 26.743; Nacional (2012) Argentina.
22. Ley Nacional de Muerte digna. Nº 26.742; Nacional (2012) Argentina. Modificación de la ley Nacional de Derechos del Paciente en su relación con Profesionales e Instituciones. No 26.529.
23. Ley Nacional de Salud Mental. Nº 26.657; Nacional (2010) Argentina.

24. Luna F. Vulnerabilidad: la metáfora de las capas. *Jurisprudencia Argentina*, 2008; 4(1): 60-67.
25. Machado IL de O, Garrafa V. Vulnerabilidade social e proteção - um olhar a partir da bioética de intervenção. *Revista Brasileira De Bioética*, 2019; 14(edsup): 19.
26. Mussi R. Hacia un enfoque práctico para determinar pacientes vulnerables en el proceso de toma del consentimiento informado. *Revista Brasileira De Bioética*, 2019; 14(edsup): 22.
27. Outomuro D. Algunas observaciones sobre el estado actual de la bioética en argentina. *Acta Bioethica*, 2003; 9 (2): 229-238.
28. Reich W. *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Macmillan Library; 1994.
29. Salandro C. *Consentimiento informado & psicopraxiología Clínica (Tesis)*. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata. 2011.
30. Urrego-Mendoza D. Estrategias docentes para la enseñanza de la bioética en la carrera de Medicina: Presentación de un caso. *Revista Brasileira De Bioética*, 2019; 14(edsup): 116.

Recebido: 14/04/2020. Aprovado:16/10/2020.