

GABRIELA DEGIORGI  
(compiladora)

# Deontología, ética y legislación profesional en la psicología

LUCÍA BUSQUIER ◇ LAURA COLOMERO  
GABRIELA DEGIORGI ◇ MARIANA GÓMEZ ◇ YANINA FERREYRA  
JOSEFINA REVOL ◇ SABRINA SÁNCHEZ



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES  
PSICOLÓGICAS

---

Deontología, ética y legislación profesional en la psicología / Gabriela M. Degiorgi... [et al.] ;  
compilación de Gabriela Maricel Degiorgi.-  
1a ed. - Córdoba : IIPSI - Instituto de Investigaciones Psicológicas, julio de 2022.  
218 p. - 14 x 21cm

Libro digital, PDF

ISBN: 978-987-47803-2-4

1. Psicología. 2. Deontología. 3. Ética. I. Degiorgi, Gabriela Maricel, comp.  
CDD 150.1

---

Compiladora: Gabriela Degiorgi

Autoras: Lucía Busquier ◊ Laura Colombero ◊ Gabriela Degiorgi ◊ Mariana Gómez  
Yanina Ferreyra ◊ Josefina Revol ◊ Sabrina Sánchez

IIPSI - Instituto de Investigaciones Psicológicas

[CONICET y UNC]

Enfermera Cordillo esquina Enrique Barros, 3er piso,  
X5000, Cdad. Univ. UNC, Córdoba, Argentina.  
editorial.iipsi@psicologia.unc.edu.ar

Coordinación: A. Pamela Paz García

Diseño y composición: Gabriel Giannone

Hecho el depósito que establece la ley 11.723.

*Editado en Argentina*



Creative Commons - Reconocimiento-NoComercial-SinDerivados 4.0

Licencia Pública Internacional ▶ CC BY-NC-ND 4.0

Usted es libre de: *Compartir* ▶ copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.  
Bajo las siguientes condiciones: *Reconocimiento* ▶ Debe reconocer adecuadamente la autoría,  
proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se han realizado cambios. *NoComercial* ▶ No puede  
utilizar el material para una finalidad comercial. *SinObraDerivada* ▶ Si transforma o crea a partir  
del material, no puede difundir el material modificado.

# Contenidos

- 9 Capítulo 1** La profesión de la psicología en Argentina: historia y representación social
- 11 Hacia una historización de la profesión de la psicología en Argentina  
GABRIELA DEGIORGI
- 29 Las representaciones sociales de la psicología: en su ejercicio, en las instituciones, en la sociedad y en la interdisciplina  
GABRIELA DEGIORGI ◇ YANINA FERREYRA
- 47 Capítulo 2** La dimensión deontológica en el ejercicio profesional de la psicología
- 49 La dimensión deontológica en el ejercicio profesional de la psicología  
GABRIELA DEGIORGI
- 59 Secreto profesional: alcances, límites e incidencias en el ejercicio profesional de la psicología  
GABRIELA DEGIORGI ◇ YANINA FERREYRA
- 71 La investigación psicológica y los comités de ética. Aspectos ético-deontológicos implicados  
GABRIELA DEGIORGI ◇ YANINA FERREYRA
- 85 Las declaraciones públicas en el ejercicio profesional de la psicología. Un recorrido por la dimensión deontológica de las publicidades, divulgaciones y publicaciones  
LAURA COLOMBERO
- 95 Enseñando psicología. Reflexiones sobre el rol docente y la normativa regulatoria  
SABRINA SÁNCHEZ
- 103 Capítulo 3** La dimensión ética en el ejercicio profesional de la psicología
- 105 La dimensión ética en el ejercicio profesional de la psicología  
GABRIELA DEGIORGI

- 111 Práctica del psicoanálisis y posición ética  
MARIANA GÓMEZ
- 119 El ejercicio profesional en tiempos del discurso hipermoderno.  
Nuevos desafíos para la intervención clínica y el posicionamiento ético  
MARIANA GÓMEZ
- 127 Bioética y biopolítica. Cuerpo, ciencia y subjetividad  
MARIANA GÓMEZ
- 139 Capítulo 4 La dimensión legal en el ejercicio profesional  
de la psicología**
  - 141 La dimensión legal en el ejercicio profesional de la psicología  
GABRIELA DEGIORGI ♦ LAURA COLOMBERO
  - 159 Responsabilidad profesional y praxis en el ejercicio de la psicología  
GABRIELA DEGIORGI
  - 177 Un antes y un después de la Ley de Salud Mental en Argentina.  
Incidencias del nuevo paradigma en el ejercicio profesional  
de la psicología  
GABRIELA DEGIORGI
  - 185 Incidencias del Código Civil y Comercial de la Nación en la práctica  
profesional de la psicología  
JOSEFINA REVOL
  - 193 Praxis psicológica con niñas, niños y adolescentes. Aspectos legales  
y éticos implicados en el ejercicio profesional  
GABRIELA DEGIORGI
  - 207 Perspectiva de género y enfoque de derechos. Implicancias  
en el ejercicio profesional de la psicología  
GABRIELA DEGIORGI ♦ YANINA FERREYRA ♦ LUCÍA BUSQUIER
- 215 Sobre las autoras**

**La dimensión legal  
en el ejercicio profesional  
de la psicología**

**Capítulo 4**

# **Un antes y un después de la Ley de Salud Mental en Argentina.**

## **Incidencias del nuevo paradigma en el ejercicio profesional de la psicología**

GABRIELA DEGIORGI

El 25 de noviembre de 2010, el Senado y la Cámara de Diputados de la Nación aprueban la Ley Nacional de Salud Mental 26657 (LNSM), promulgada ese mismo año por el Poder Ejecutivo, sancionándose su Decreto Reglamentario 603 el 28 de mayo de 2013.

Poco antes, en la provincia de Córdoba, la Legislatura sancionaba el 20 de octubre de 2010 la Ley 9848 sobre el Régimen de la Protección de la Salud Mental en la Provincia de Córdoba, aprobándose su correspondiente Decreto Reglamentario 1022 el 24 de junio de 2011.

El objetivo tras el cual se sanciona la Ley Nacional tiene que ver con “asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental” (LNSM 26657, 2010, artículo 1).

Dicha normativa fue reconocida por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, como la más avanzada de la región y ejemplo a seguir en todo el mundo en materia de salud mental. La misma brinda un marco para que las políticas en la materia, en todo el territorio de la Nación, se desarrollen cumpliendo todos los compromisos que el país ha suscripto en materia de Derechos Humanos y para el cumplimiento de los estándares internacionales establecidos. (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2013)

Esta ley no solo va a plantear una nueva visión sobre la salud mental, sino que además va a enmarcar un cambio de paradigma que implica una concepción diferente del sujeto que padece una enfermedad psíquica, como así también de su abordaje y tratamiento.

En sentido amplio, un paradigma puede ser definido como aquel modelo, patrón o ejemplo que debe seguirse en determinada situación. La palabra, como tal, proviene del griego *paradeigma*, que se forma a partir de la unión del prefijo *para*, que significa junto, y de la palabra *deigma* que se traduce como ejemplo o modelo.

Los alcances de esta noción se ampliaron a partir de la década del '60 y paradigma comenzó a ser un término común en el vocabulario científico y en expresiones epistemológicas cuando se hacía necesario hablar de modelos o patrones.

El estadounidense Thomas Kuhn (1970), un experto en filosofía y una figura destacada del mundo de las ciencias, fue quien se encargó de renovar la definición teórica de este término para otorgarle una acepción más acorde a los tiempos actuales. El autor va a decir que "los paradigmas son supuestos teóricos generales, que durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica" (Kuhn, 1970).

Cuando un paradigma ya no puede satisfacer los requerimientos de una ciencia, es sucedido por otro, produciéndose lo que se dice "un cambio de paradigma".

Tras la sanción de la Ley de salud mental, se establecen nuevos criterios y lineamientos que vienen a instituir un cambio radical de paradigma. Se plantea a partir de aquí, el paso de un paradigma que enfoca la salud mental desde la enfermedad, a uno que la piensa y la aborda desde la salud; de un paradigma que considera a las personas con afecciones mentales como incapaces o peligrosas, a un paradigma que reconoce y resguarda la capacidad de las personas con padecimiento mental; de un paradigma que pondera la heteronomía de la persona con padecimiento mental, a un paradigma que resguarda la autonomía y el derecho a la autodeterminación; de un paradigma que tiende a la exclusión del que sufre un padecimiento mental, a uno que pondera y resguarda la inclusión de estas personas; de un paradigma centrado en la visión de las personas con padecimiento mental como objetos pasivos de tratamiento y del hospital psiquiátrico como su espacio de atención, a un paradigma centrado en el reconocimiento de las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho y de la organización del proceso de atención a través de la red de servicios basados en la comunidad.

Se inaugura, de este modo, un nuevo proceso de tensión entre lo instituido y lo instituyente en salud mental. Proceso que implica que profesionales

de la salud y la salud mental superen y dejen definitivamente atrás el viejo paradigma, incorporen y asimilen los principios que rigen a partir de esta nueva ley y lo trasladen a su práctica profesional.

## 1. Cambios que se establecen a partir de la ley

Múltiples son los cambios que se vienen a instaurar a partir de la LNSM dando fundamentos al nuevo paradigma. A continuación se hará foco en aquellos aspectos de mayor relevancia.

Como punto inicial, es necesario poner en emergencia el cambio de *concepción sobre salud mental*. Desde el marco conceptual de la mencionada ley, se reconoce a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de todas las personas” (LNSM 26657, 2010, artículo 3). Este modo de concebirla cuestiona las tradicionales concepciones de entidades patológicas o trastornos que, aislando solo la dimensión biológica o psíquica, desvinculan la problemática del sufrimiento subjetivo de los determinantes sociales implicados en su producción. Se observa cómo esta definición “supera todo reduccionismo conceptual e invita a recuperar aproximaciones basadas en el enfoque de la complejidad que nutren a su vez estrategias interdisciplinarias e intersectoriales para su abordaje” (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2015).

Entre los cambios más relevantes, se plantea la asunción de un sujeto que ya no es considerado “incapaz” o “enfermo/a mental”, sino que se parte de la *presunción de capacidad* de todas las personas. El consentimiento informado se establece como principio para todo tipo de intervención (LNSM 26657, 2010, artículo 10), ponderándose el derecho a ser informado/a de manera adecuada y comprensible en todo lo inherente a su salud y tratamiento, respetándose su derecho a la autonomía para tomar decisiones dentro de sus posibilidades (LNSM 26657, 2010, artículo 7, incisos j-k). El padecimiento mental no le quita a la persona su condición de sujeto de derecho, como tampoco puede considerarse este atravesamiento como un estado inmodificable y perpetuo impreso en la identidad de la persona (LNSM 26657, 2010, artículo 7, inciso n).

El *diagnóstico* ya no se encuentra determinado por una mirada fragmentada del sujeto, que sentencia y esclaviza a la persona a formar parte de una clasificación a la que se encontrará atada de por vida, y tampoco puede ser



determinado por un padecimiento mental pasado que fomente la discriminación y la exclusión. Contrariamente, este se deduce a partir de una evaluación interdisciplinaria que considera a la salud mental como un fenómeno complejo, determinado por las distintas variables que atraviesan esa situación singular, en ese momento particular en que se produce (LNSM 26657, 2010, artículo 5).

Entre otros *derechos*, se establece que el estado debe asegurar que las personas con enfermedades mentales reciban atención sanitaria, social, integral y humanizada (esto implica un trato de pleno respeto en las prácticas de tratamiento, de comprensión de la problemática, empatía, etc.) a partir de un acceso gratuito, igualitario, equitativo, preservando su identidad y recibiendo una atención basada en fundamentos científicos, ajustada a principios éticos, que no restrinja su libertad y en todo tiempo promueva la integración familiar, laboral y comunitaria (LNSM 26657, 2010, art 7, incisos a-c-d).

Un hito significativo que se va a poner en emergencia a partir de esta ley es la incorporación de las *adicciones* como parte integrante de las políticas de salud mental. Históricamente, la problemática de las adicciones fue relegada incluso más allá de los límites del sector de la salud, ya que ha sido concebida desde la óptica de la prevención del delito y ha estado abordada principalmente por las fuerzas de seguridad en un contexto altamente judicializado. Hoy, “las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud” (LNSM 26657, 2010, artículo 4). El cambio que se propone es que las personas con uso problemático de drogas dejen de ser concebidas como personas peligrosas, incrementando el rechazo, temor y exclusión social.

Otro aspecto destacable que da cuenta del carácter complejo e integral de la salud mental, es el de *interdisciplina*. La misma constituye un eje que atraviesa todo el espíritu de esta norma, ya que se considera que los componentes del proceso de salud mental son objeto de estudio de diversas disciplinas y que deben interactuar entre sí, reuniéndose conceptual y prácticamente. En la interdisciplina se establece un intercambio en métodos y conceptos acerca de la modalidad de atención, y donde el trabajo en equipo se direcciona a la comprensión de la realidad desde una perspectiva conjunta e integral.

De esta manera, la LNSM en su artículo 8 promueve que la persona que accede al Sistema de Salud por tratamiento sea atendida por un equipo interdisciplinario que esté integrado por un grupo de profesionales y técnicos de diversas áreas, como la psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional u otras disciplinas o campos pertinentes.

Además de este criterio interdisciplinario, se procura que la *modalidad de abordaje* en salud mental se base en los principios de atención primaria de la salud, preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y apelando al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. Es por ello que se hace hincapié en la importancia de desarrollar otros dispositivos de atención (consultas ambulatorias, atención domiciliaria supervisada), así como también otro tipo de prestaciones, como lo son las casas de convivencia, hospitales de día, centros de capacitación, entre otros. Se pondera no sólo la contención del paciente, su familia y entorno, sino también la inclusión social y laboral como recurso de especial importancia (LNSM 26657, 2010, artículos 9-11).

En lo que a la *prescripción de medicación* refiere, la norma es clara en sostener que debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos. Su indicación o renovación sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes en el marco de abordajes interdisciplinarios (LNSM 26657, 2010, artículo 12).

La *internación* no está prohibida pero debe relegarse como último recurso posible, es decir, hay que saber cómo, cuándo y por qué internar, y también deberá ser abordada interdisciplinariamente. Hay casos concretos en donde se considera que la persona con padecimiento mental necesita internación, pero hay cambios en la concepción y tratamiento de la misma. En primer término: la internación no es castigo ni sinónimo de exclusión social por una patología mental, sino que se la considera como un recurso terapéutico y para beneficio del tratamiento que necesita la persona. Segundo: se debe promover en todo momento que la persona siga manteniendo sus vínculos y comunicación con el entorno familiar, laboral y social, salvo excepciones debidamente fundamentadas por el equipo de salud interviniente. Tercero: debe realizarse por el tiempo más breve posible, en función de los objetivos terapéuticos y con el consentimiento informado del/la paciente o del representante legal cuando corresponda (LNSM 26657, 2010, artículos 14-16).

En el caso en que sea necesario acudir a una *internación involuntaria*, por ausencia de otra alternativa eficaz para el tratamiento, la ley prevé condiciones estrictas para que la misma proceda. En primer lugar, es concebida como un recurso terapéutico excepcional y sólo cuando mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. La decisión ya no depende del juez de la causa o de una decisión de funcionarios/as policiales, tal como se habilitaba en el régimen anterior. Hoy la decisión y criterios recaen en el equipo de salud que trata a la persona. A tales fines,

se requiere de la firma de al menos dos profesionales de diversas disciplinas, uno de los cuales debe ser psicólogo/a o médico/a psiquiatra (LNSM 26657, 2010, artículo 20).

Una vez dispuesta la internación involuntaria debidamente fundada, el equipo de salud tratante tiene un plazo de 10 horas para notificar la situación al juez competente, quien tendrá un plazo máximo de tres días para convalidar la internación en esta modalidad, denegarla, o pedir informes ampliatorios (LNSM 26657, 2010, artículo 21).

Finalmente, debe plasmarse aquí otro aspecto destacable que se establece a partir de esta ley, y que tiene que ver con que toda internación o atención ambulatoria debe ser realizada en *hospitales generales* (LNSM 26657, 2010, artículo 28). En sintonía a esto, se prohíbe la creación de nuevos manicomios, hospitales neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados, debiendo los existentes adaptarse progresivamente a los lineamientos de esta ley hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos (LNSM 26657, 2010, artículo 27).

## 2. Consideraciones finales

La ley Nacional de Salud Mental viene a demarcar un antes y un después en el campo de la salud mental, su tratamiento, servicios y políticas. Dicha norma viene a delimitar un quiebre del paradigma tradicional, para establecer un nuevo modelo centrado en el enfoque de derechos y orientado a la inclusión social de las personas con padecimientos mentales.

A través de sus 46 artículos se garantizan, entre otros, los derechos de las personas con padecimiento mental a vivir en la comunidad; a la inclusión social; a la atención sanitaria adecuada; a mantener vínculos familiares y afectivos; a la no-discriminación; a la intimidad; al consentimiento informado de las medidas de tratamiento que le serán suministradas; a la información sobre su estado de salud y a la autonomía personal (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2013).

No obstante y como bien va a sostener Gorbacz, “su cumplimiento es posible en tanto haya actores que puedan comprenderla y apropiársela” (2011), removiendo viejas prácticas y recuperando la dignidad de los/as pacientes.

## Referencias bibliográficas

- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones [Ministerio de Salud de la Nación] (2013). *Recomendaciones para el tratamiento de temas de Salud Mental en los medios*. <https://bit.ly/3PaMtm2>
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones [Ministerio de Salud de la Nación] (2015). *Lineamientos para la mejora de la Formación Profesional en Salud Mental*. <https://bit.ly/3yMIDLN>
- Gorbacz, L. A. (2011). La Ley de Salud Mental y el proyecto Nacional. En Blanck, E. (coord.) *Panorámicas de salud mental. A un año de la sanción de la Ley Nacional N° 26657*. Buenos Aires: Eudeba.
- Kuhn, T. S. (1970). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: Univ. of Chicago Press.
- Ley 26657 de 2010. Por la cual se sanciona el Derecho a la protección de la salud mental. 25 de noviembre de 2010. B.O. No. 32041
- Ley 9848 de 2010. Por la cual se sanciona el Régimen de la protección de la salud mental en la Provincia de Córdoba. D. P. No. 2047.