

Derechos humanos y Salud Mental¹

Lic. Ana Laura Cordero ²

Resumen

Podemos afirmar que los derechos humanos constituyen garantías orientadas a proteger ciertos valores o bienes fundamentales para alcanzar una vida digna; siendo la máxima expresión de la dignidad humana. En este sentido plantearemos un primer eje de análisis con la relación entre salud mental y derechos humanos en el campo estricto de la investigación, y un segundo eje de análisis referente al mismo tópico expresado en la práctica profesional con los avatares laborales e institucionales que lo envuelven. En primer lugar la Secretaría de Derechos Humanos tiene entre sus objetivos prioritarios promover acciones dirigidas a posibilitar que los derechos humanos constituyan el marco de referencia para una bioética de investigaciones biomédicas. En segundo lugar nuestro análisis se estructura en la asociación de los términos Salud mental y derechos humanos incorporados a nuestro medio clínico laboral. En conclusión se encuentra la resolución verdadera de estas problemáticas en la implicancia de políticas en salud y políticas de estado específicas para los avatares de los diversos marcos de trabajo en salud mental. Encontrando en los derechos humanos, los derechos fundamentales que cuidan, resguardan y alertan la protección de la salud mental.

Palabras Clave: derechos humanos, salud mental.

Abstract

We can affirm that the human rights constitute guarantees orientated to protecting certain values or fundamental goods to reach a worthy life; being the maximum expression of the dignity it(he,she) humanizes. In this respect we will raise the first axis(axle) of analysis with the relation between(among) mental health and human rights in the strict field of the investigation(research), and the second axis(axle) of analysis relating to the same topic expressed in the professional practice with the labour and institutional vicissitudes that wrap it. First the Secretariat of Human rights has between(among) his(her,your) priority aims(lenses) promote actions(shares) directed to making possible that the human rights constitute the frame of reference to a bioética of biomedical investigations(researches). Secondly our analysis is constructed in the association of the terms(ends) mental Health and human rights incorporated into our clinical labour way. In conclusion one finds the real resolution of these problematic in the implication of policies in health and specific policies of condition(state) for the vicissitudes of the diverse frames of work in mental health. Finding in the human rights, the fundamental rights that take care, they protect and alert the protection of the mental health.

¹ Trabajo recibido el 06/06/08 y aceptado el 30/07/08

² Licenciada y Doctoranda en psicología. UNSL.

Key words: human rights, mental health.

Introducción:

Por Derechos Humanos se entiende al conjunto de características y atributos propios del ser humano derivado de su dignidad, y que, por lo tanto, no pueden ser afectados o vulnerados. De esta manera, constituyen las facultades, prerrogativas y libertades fundamentales que tiene una persona por el único hecho de serlo, permitiendo la existencia como tal y una vida propiamente humana, y por ello, es indispensable que los Estados y sus leyes los reconozcan, difundan, protejan y garanticen. Tan es así, que los desarrollos referidos a derechos humanos han marcado un antes y un después en la comunidad internacional, ya que propiciaron una modificación del concepto de persona tanto en el ámbito jurídico, social, psicológico y aún moral. Es de destacar que los grandes avances tecnológicos han desatado profundos dramas humanos. Por este motivo el creciente progreso tecnológico, puso en manos de los Estados herramientas de destrucción masiva para con sus habitantes, imponiendo el respectivo progreso moral como condición *sine qua non* para evitar la destrucción humana.

Fundamentalmente los derechos humanos, son derechos subjetivos que poseen todas las personas por su sola condición de seres humanos, sin importar su naturaleza política, religiosa, étnica o social. Podemos afirmar que los derechos humanos constituyen garantías dirigidas a proteger ciertos valores o bienes fundamentales para alcanzar una vida digna; siendo la máxima expresión de la dignidad humana. En este sentido los Estados actúan en su reconocimiento, promoción y protección, para el triunfo y preeminencia de esta dignidad. Es por esto que el concepto de derechos humanos es una noción central de la moral política. Por juicios de moral política se entiende acerca del ser bueno o malo de un Estado de manera análoga a como se lo hace en juicios sobre los individuos. La consideración por los derechos inalienables de todos, es una consideración teleológica, que se opone a la concepción de la utilidad total (contabilizable entre los individuos). La segunda fórmula del imperativo categórico muestra qué y de qué manera la obligación tiene para él un contenido teleológico, que puede entenderse plenamente como consideración por los derechos de los otros Toda

moral tiene en general un componente deontológico irreductible. Este discurso se puede construir formalmente sólo sobre el de las obligaciones, y el concepto de derecho prueba tener primacía en cuanto al contenido, esto solo puede significar, que la pregunta acerca de qué obligaciones existen se determina a partir de los derechos, y que a un derecho le corresponde una multiplicidad de obligaciones de modo que no se presenta la correspondencia uno a uno (Tugendhat, 2001).

Algunos autores sostienen que terminológicamente se puede diferenciar entre derechos humanos, derechos fundamentales y libertades individuales, estableciendo que cada uno de estos términos remiten a diversas esferas, así, con la denominación Derechos Humanos se alude a la esfera valorativa, con los derechos fundamentales se remite al ámbito de lo jurídico y mediante libertades individuales se connota la manifestación real de los contenidos comprendidos en los derechos fundamentales (Haba, 2001).

Dentro del campo de la psicología es posible advertir cómo la promulgación de las diversas generaciones de derechos humanos impactaría profundamente en esta disciplina, entendida no solamente como ciencia sino también como profesión, siendo entonces numerosos los estudios específicos que se han abocado a desarrollar la relación existente entre ambos campos: el de los derechos humanos y el de la psicología (D'Agostino, 2002; Fariña, 1998; Ferrero, 2002; Poortinga & Lunt, 1997; Pope & Vetter, 1992; Roe, 2002; Viar, 2002). Por otra parte, las mismas organizaciones de derechos humanos han reconocido la relación existente entre el ámbito de la salud mental y la promulgación de los derechos humanos, al punto de que, más allá de que se considere a la salud física y psíquica como un derecho inalienable de los seres humanos, hace más de treinta y cinco años que han sido promulgadas diversas declaraciones de derechos específicamente referidas a los individuos que atraviesan algún tipo de situación desventajosa respecto de su condición psicológica (ONU, 1971, 1975, 1991, 1997).

Diversos autores han profundizado la temática sobre Derechos Humanos y Salud mental (A, Lancetti, C, Coimbra, E, Arantes, M. Tidball-Binz, O. Saidon, P. Delgado, P. Pal Pelbart; 2000) en el contexto latinoamericano.

Primeramente nuestro análisis profundiza el desarrollo de los derechos humanos como se insertan en el campo del derecho positivo, el cual vincula directamente derechos y obligaciones. Y es precisamente debido a ello que se considera pertinente su inclusión dentro del marco regulatorio de la Psicología, específicamente, el campo de la deontología profesional. Este hecho se basa precisamente en la consideración de que toda práctica profesional, aún en el ámbito privado, representa un acto público ya que está dirigido a miembros de una comunidad, a ciudadanos que gozan de determinados derechos, y que el profesional no puede en modo alguno lesionar (Ferrero, 2002).

Recordemos que la deontología profesional hace referencia a la ciencia o tratado de los deberes y su interés se centra en regular el accionar profesional en el doble sentido de las obligaciones y de los derechos, y en sentido prescribe o codifica la autoridad profesional. De cuño etimológico griego (“*debo*”: lo debido y “*logos*”: tratado o estudio acerca de, el término “deontología” hace referencia a la rama de la ética cuyo objeto de estudio son los fundamentos del deber y las normas morales. Se la coloca también bajo el nombre de “teoría del deber”, y junto con la axiología es considerada una de las ramas principales de la ética normativa (Aranguren, 1986; Mainetti, 2000). La deontología se vincula con la ética en tanto ésta es la filosofía de lo moral, una filosofía de la acción. La acción de la ética es acoger el mundo moral en su especificidad y en dar reflexivamente razón de él para que el hombre se reconozca y sea libre. Así, la ética se sustenta en lo moral, representado por los principios, valores, actitudes y hábitos propios de la humanidad, ejerciendo una tarea de reflexión sobre los mismos (Tugendhat, 1997; Cortina, 2003). Dentro de este contexto, la deontología profesional queda planteada finalmente como un conjunto sistemático de normas mínimas que un grupo profesional determinado establece y que refleja una concepción ética común mayoritaria de sus miembros. Representa una objetivación de los distintos

conceptos ético-profesionales subjetivos, que estarán más o menos de acuerdo con el entorno social y debe tomar en consideración las concepciones éticas individuales” (Tarragó, 2002).

En el campo científico profesional las herramientas de regulación deontológica suelen estar conformadas por diversa clase de declaraciones y códigos específicos que representan una herramienta legal, basada en la reflexión ética acerca de lo que se considera un “buen uso” del conocimiento y destrezas adquiridas. Ese buen uso hace referencia no solamente al grado de experticia sino muy especialmente a la preservación de los sujetos hacia quienes las prácticas científico profesionales estén destinadas. Si nos circunscribimos al ámbito de la salud, es posible apreciar que las principales declaraciones regulatorias en el ámbito internacional cumplen precisamente con ese objetivo (Ferrero, 2005a; Valls, 2003). En el siglo XX se reconoce como primer antecedente de regulación deontológica al *Código de Nuremberg*, desarrollado a partir de las evidencias surgidas en los juicios de Nuremberg (1945-1947) en relación con los experimentos realizados en sujetos humanos durante el nazismo. Dichos experimentos se caracterizaron por causar sufrimientos excesivos a los sujetos involucrados, y por haber sido realizados sin contar con el consentimiento voluntario de los mismos (Tribunal Internacional de Nuremberg, 1946). Este código prescribe las normativas fundamentales para la investigación en humanos que son el consentimiento voluntario de los sujetos, la eliminación del sufrimiento, discriminación de riesgos, priorizando el sujeto sobre el experimento y cuya finalidad sea el conocimiento para el bien de la sociedad. Cabe destacar que este documento sienta las bases de las exigencias éticas y deontológicas de toda tarea de experimentación con seres humanos, la cual debe necesariamente preservar determinados derechos de los sujetos involucrados, como contar con su consentimiento y tratar de evitar por todos los medios cualquier sufrimiento físico o mental (Tribunal Internacional de Nuremberg, 1946). Así, en 1974, surgió la *Declaración de Helsinki*, la cual plantea el lugar central de la ética médica, tanto en las tareas de investigación, clínica, atención y ejercicio profesional en general. Esta declaración remarca especialmente la importancia de la investigación en

medicina con seres humanos para la evolución del conocimiento científico, pero con el mayor resguardo con respecto a los voluntarios en experimentación-investigación, preservando la integridad del sujeto de la investigación por sobre los intereses científicos, ya que no puede haber avance científico basado en el sufrimiento humano (Asociación Médica Mundial, 1974).

Sucesivas modificaciones de regulación deontológica de importancia es el denominado *Informe de Belmont* que establece tres principios éticos fundamentales para toda investigación que involucre seres humanos: el respeto por las personas, el beneficio (que siempre tiene que ser mayor para el sujeto) y justicia. Estos tres principios proveen un marco comprensivo en la toma de decisión en esta práctica, proveyendo fundamentos filosóficos a las leyes actuales que rigen la investigación, y asegurando a los sujetos de experimentación en un marco de respeto que garantice su integridad y bienestar (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1979).

En la misma línea, el *Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas*, dependiente de la *Organización Mundial de la Salud* plantea una *Guía de conductas y reglas en lo referente a pautas éticas internacionales para la investigación Biomédica en seres humanos* (CIOMS, 1993). Este documento es sumamente amplio y está centrado en dos tipos de marcos de regulación: por un lado el concepto fundamental del consentimiento informado de los participantes, especificados en grupos (por ejemplo investigación con niños, comunidades subdesarrolladas), por otro lado lo vinculado a aspectos específicos de la tarea de investigación como la selección, confidencialidad, indemnización de los sujetos participantes de la investigación, y la evaluación ética de los proyectos cuando se trata de instituciones extranjeras (CIOMS, 1993). A su vez, el *Código Internacional de Ética Médica* sostiene que el médico debe mantener el más alto nivel de conducta profesional en relación con el enfermo (paciente) y con los colegas vinculados a la salud y que debe recordar siempre la obligación de preservar la vida humana por sobre cualquier otro interés científico, académico o personal (WMA, 2003).

Por este motivo, en Argentina, la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, tiene entre sus objetivos prioritarios promover acciones dirigidas a posibilitar que los derechos humanos constituyan el marco de referencia para una bioética de investigaciones biomédicas. Se trata de que en las mismas prevalezcan criterios éticos y de derechos humanos que garanticen fundamentalmente la dignidad, la igualdad, la identidad, la libertad, la justicia, la integridad, la equidad y el bienestar de individuos, familias y comunidades. Recomendó incluir como contenidos específicos del derecho a la protección de la salud: la accesibilidad a los recursos y programas públicos, a los medicamentos y a las condiciones socioeconómicas y ambientales, que garanticen la calidad de vida. (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2007).

Nuestro segundo eje de análisis se estructura en la asociación de los términos Salud mental y derechos humanos incorporados a nuestro medio clínico laboral. Esto es una construcción del movimiento social, que fue definiendo dicha representación como un campo que tendía a ubicar diferentes aspectos de la salud mental en su articulación con la problemática de la subjetividad entendida como una producción histórica social concreta. En este estado de cosas surgen y emergen los conceptos clásicos tales como duelo, trauma y neurosis traumática, transferencia, neutralidad, y hasta salud-enfermedad. Conceptos revisados y redefinidos según las articulaciones con lo social (Kordon, et al, 2006). Actualmente la comunidad científica concuerda que una situación traumática de origen social no produce necesariamente patología. La patología—del griego, estudio (*logos*) del sufrimiento o daño (*paethothos*)— es la parte de la medicina encargada del estudio de las enfermedades en su más amplio sentido, es decir, como procesos o estados anormales de causas conocidas o desconocidas.

También se ha recuperado la importancia que tienen para el psiquismo los grupos de pertenencia y de referencia, los dispositivos grupales especialmente implementados para el trabajo elaborativo, y la función grupal de soporte, especialmente en los momentos de mayor devastación. Los *grupos de pertenencia*

conforman la socialización primaria efectuándose en circunstancias de enorme carga emocional. El niño se identifica con los otros significantes en una variedad de formas emocionales; la internalización se produce sólo cuando se produce la identificación. El niño acepta los “roles” y actitudes de los otros significantes, o sea que los internaliza y se apropia de ellos. Por otra parte los *grupos de referencia* constituyen la socialización secundaria que es la internalización de “submundos” institucionales o basados sobre instituciones. Su alcance y su carácter se determinan, por la complejidad de la división del trabajo y la distribución social concomitante del conocimiento. Lo que sería la distribución social del “conocimiento especializado”. La socialización secundaria es la adquisición del conocimiento específico de “roles”, estando éstos directa o indirectamente arraigados a la división del trabajo. Los “submundos” internalizados en la socialización secundaria son generalmente realidades parciales que contrastan con el “mundo de base” adquirido en la socialización primaria. Sin embargo, también ellos constituyen realidades más o menos coherentes, caracterizadas por componentes normativos y efectivos a la vez que cognoscitivos.

Ahora bien, los conceptos de salud y desarrollo han ido cambiando, y el conocimiento científico nos proporciona una mayor comprensión sobre el modo en el cual convergen algunos conceptos destacables. Tanto desde la clínica (a través del enfoque biopsicosocial) modelo holístico de Salud y Enfermedad que considera al individuo un ser que participa de las esferas biológicas, psicológicas y sociales. Para este modelo, no se entiende ya la enfermedad como la mera ausencia de salud, o simplemente de la salud física, sino que además cualquier alteración psicológica o social, puede determinar el estado de enfermedad/discapacidad de un individuo. Por ello, el tratamiento curativo ha de estar enfocado en el abordaje terapéutico de estas tres esferas, pues sólo considerando al individuo en toda su dimensión se puede garantizar con éxito una recuperación o un mantenimiento completo de su lesión, trastorno o enfermedad. Así pues desde la salud pública (con el modelo ecológico de la salud) teniendo como principal representante a Susser, la salud-enfermedad resulta de la interacción agente-huésped-ambiente en un contexto tridimensional que descubre

tanto las relaciones de factores causales entre sí, como las relaciones directas con el efecto. Si bien es cierto, este modelo retoma el análisis de las mismas variables que incluye el modelo multicausal, también es cierto que su abordaje permite asignar un valor específico a cada factor involucrado en el proceso de estudio. Esta propuesta no explica la génesis de perfiles diferenciales de salud-enfermedad ya que carece de conceptos y métodos adecuados para abordar lo social (Susser, 1972). Al respecto se han incorporado determinantes que influyen en la salud de las personas, que se entiende ahora como la consecuencia de múltiples factores que operan en nichos genéticos, biológicos, conductuales y contextos sociales y económicos que cambian a medida que la persona se desarrolla. Por su parte, el desarrollo es un proceso adaptativo integrado por múltiples transacciones entre estos contextos y los sistemas que regulan los aspectos biológicos y psicosociales. Estas transacciones se van conformando a partir de la secuencia y el paralelismo entre los procesos que acompañan a las etapas del desarrollo: a) los estadios vitales (prenatal, lactancia, infancia, adolescencia, adultez, vejez); b) las transiciones y cambios de ámbitos (la familia, la preescolaridad, la escuela, el trabajo, el retiro de la vida productiva), y c) los procesos históricos (tendencias económicas, políticas y sociales) (Halfon N., y Hochstein M., 2003).

En consecuencia el sistema de salud mental está colapsado, mientras las instituciones profesionales dejan por fuera de su actividad, en un verdadero pacto denegativo con el poder, como diría Käes, la defensa de los derechos de los profesionales y de los pacientes. Siendo la distinción social y la desigualdad, la base de múltiples sufrimientos y malestares. Así trabajamos sobre las dimensiones sociales del padecimiento y la ausencia, con practicas colectivas y solidarias que intentan reinstalar el principio de realidad enfrentando el efecto desalienante e instituyente padecido por cuerpo social de la convalecencia del mismo sistema de salud en general y el de salud mental en particular, en el marco más amplio de los conflictos socioeconómicos sociales que los atraviesan y generan. Comprobamos los efectos de la practica social en la preservación de la propia salud mental. En el interior de la compleja situación socioeconómico que la atraviesa, genera y margina se desarrollan múltiples experiencias que despliegan

dispositivos contrahegemónicos que atienden a la resolución de las problemáticas psicológicas desde una perspectiva desalienatoria, que respeta la dignidad de los pacientes y apela a las posibilidades de nuevos recursos. Estos intentos, al tiempo que cumplen una función cuestionadora, innovadora y creativa, ayudan a elaborar los malestares que surgen de la tarea (Kordon, et al, 2006).

Este trabajo de compromiso y responsabilidad social, que nos posiciona como profesionales vinculados al padecimiento tanto del paciente, como de la instituciones de salud con los avatares económicos, sociales y existenciales que atraviesan el devenir del día a día laboral, nos confronta con nuestra posición puramente humana en el respeto, promulgación y fundamentación esencial de los derechos humanos y con nuestro posicionamiento profesional como psicólogos y promotores de salud mental. Este devenir se logra con la autocrítica, reflexión y cuestionamiento de nuestra práctica tanto en lo investigativo como en lo clínico, etc. En un análisis y compromiso personal constante con la tarea y con el otro.

Un enfoque en el que tanto mujeres como hombres, pacientes y profesionales, finalmente realicemos una labor crítica, destructiva y reconstructiva, sobre nuestras condiciones de opresión, nuestros modos de enfermar y las posibilidades de transformar esas condiciones de vida (Burin, Moncarz, & Velásquez, 1990).

Entre las problemáticas que afectan al colectivo social de la Salud Mental, se consideran con especial preocupación:

- a) la gran cantidad de personas internadas por períodos terapéuticamente indeterminados (crónicamente, en buena parte) como principal expresión de falencias históricas y sistemáticas en las políticas públicas de salud;
- b) la carencia y/o falencias de servicios de atención primaria y de modelos descentralizados de atención (lo que conlleva la actual inequidad en el acceso a los servicios y prestaciones de salud mental por parte del Estado);

- c) la vulneración de derechos por parte de las agencias policiales y judiciales (en la consideración del padeciente como objeto de tutela antes que como sujeto de derecho) y
- d) la fragilidad del marco ético en que se desarrollan las prácticas asistenciales, observable -por ejemplo- en la excesiva medicalización farmacológica como respuesta automática a los más diversos cuadros nosológicos (resultado de complejos procesos sociales, económicos, judiciales y vinculares) (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2007)

Esta situación constituye un grave problema con consecuencias más o menos irreparables de situaciones de total pérdida de los derechos más elementales. En función de este panorama de fragilidad normativa, instituciones burocratizadas y prácticas inapropiadas para con el respeto a los derechos del sujeto de atención, la *Secretaría de Derechos Humanos* impulsa acciones específicas. Éstas siguen el propósito de darle prioridad en la agenda social. La implementación de políticas públicas eficaces en salud mental, que contemplen como pilar fundamental el respeto y la garantía de los derechos humanos de los sujetos de atención. Proyectamos promover y aportar en la planificación de estrategias y políticas de intervención en resguardo y garantía de los derechos de las personas con padecimiento psíquico, captado por las prácticas públicas en el área de la salud mental. (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2007)

La Secretaría de Derechos Humanos promueve la implementación del ***Programa de Salud Mental y Derechos Humanos***. Políticas públicas, ética e instituciones, propiciando iniciativas innovadoras, espacios de discusión y de reflexión con representantes del Estado en sus distintos estamentos y organizaciones de la sociedad civil, sobre las formas y modalidades de abordaje de las problemáticas referidas a la intersección entre Derechos Humanos y Salud Mental. Por esta razón damos cuenta de la imperiosa necesidad de introducir el urgente debate sobre la antinomia que encierra la paradoja de defender los derechos humanos inalienables de todo ser humano (incluidas las personas con sufrimiento mental) y la persistencia de prácticas asilares o manicomiales (cultura

institucional de internación con permanencia indefinida: práctica custodia-tutelar en instituciones-depósito) atentatorias de dichos derechos. Desde la perspectiva de los derechos humanos, coherentes con la normativa internacional en la materia, en base a un relevamiento previo o estado de situación sobre la atención en salud mental, a nivel nacional. Evidentemente la resolución verdadera de esta problemática, implica políticas en salud, políticas de estado. Por lo tanto afirmar que sólo el conflicto puede apuntar a su resolución, no significa, como algunos pretenden hacer creer, un ejercicio reduccionista conceptual, sino una necesidad concreta (Kordon, et al, 2006; Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2007)

Bibliografía

- Aranguren, J. (1986). *Ética*. Madrid: Alianza Editorial.
- Burin, M; Moncarz, E.; Velázquez, S. (1990). *El Malestar de las Mujeres. La tranquilidad recetada*. 1º edición, Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Cortina, A. (2003). *Ética mínima. Introducción a la filosofía práctica* (8ª ed.). Madrid: Tecnos.
- Conselh Federal de Psicologia *Psicología, Dereitos Humanos e sofrimento Mental*. Casa do psicólogo, Sao paulo, Brasil, 2000.
- D'Agostino, F. (2002). Bioética y derecho. *Acta Bioethica*, 8 (2), 23-32.
- Fariña, J. (1998) *Ética. Un horizonte en quiebra*. Buenos Aires: EudeBA.
- Ferrero, A. (2002). Importancia de los derechos humanos en los códigos deontológicos de psicología en la Argentina. *Revista Argentina de Psicología*, 45, 51-58.
- Ferrero, A (2005a). El lugar de la ética en la universidad: la docencia universitaria como práctica de formación ciudadana. *Perspectivas en Psicología y Ciencias afines*, 2, (1), 76-79. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- HABA, E. "Derechos Humanos, libertades individuales y racionalidad jurídica, revista de Cs. Jurídica, N° 31, san José, Costa rica, p. 167. cit. Por Sonia Picado, S/F.
- Halfon N, Hochstein M. *Life Course Health Development: an integrated framework for developing health, policy and research*. Milbank Quarterly 2002;80.

Edición electrónica (Consultado 12/02/2003). Disponible en: www.milbank.org/quarterly/8003feat.html

Kordon D., Edelman L., Lagos D. , Kersner D. *Salud Mental y Derechos Humanos. Algunas puntuaciones* Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial (EATIP)

Mainetti, J. A. (2000). *Compendio bioético*. La Plata: Quirón.

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos Secretaría de Derechos Humanos . Ciudad Autónoma de Buenos Aires. República Argentina. 2007

ONU (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. En Nación Argentina, *Constitución de la Nación Argentina* (pp. 31-34). (2ª ed.) Buenos Aires: Documentos Página 12.

ONU (1971). *Declaration on the Principles of Mentally Retarded Persons*. G.A. res. 2856 (XXVI), 26 U.N. GAOR Supp. (No. 29) at 93, U.N. Doc. A/8429. Internet: <http://www.seti-center.org.eg/mhrd.htm>. 15/11/00.

ONU (1975). *Declaration on the Principles of Disabled Persons*. G.A. res. 3447 (XXX), 30 U.N. GAOR Supp. (No. 34) at 88, U.N. Doc. A/10034. Internet: <http://www.madnation.org/undisabled.htm>. 14/4/00.

ONU (1991). *Principles for the Protection of Persons with Mental Illnesses and the Improvement of Mental Health Care*. G.A. res. 46/119, 46 U.N. GAOR Supp. (No. 49) at 189, U.N. Doc. A/46/49. Internet, http://www.mdri.org/intstnd/prin_mi.htm. 27/7/00.

ONU (1997). *Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*. Mimeo.

Poortinga, Y. H. & Lunt, I. (1997). Defining the competence of psychologists with a view to public accountability. *European Psychologist*, 2 (4), 293-300.

Pope, K. & Vetter, V. (1992). Ethical dilemmas encountered by members of the American Psychological Association. *American Psychologist*, 47(3), 397-411.

Roe, R. (2002). What makes a competent psychologist? *European Psychologist*, 7 Tugendhat, E. (2001) *Lecciones de Ética*. Ed. Gedisa 1º edición, 2001. (3), 192-202.

SUSSER, M., 1972. *Agent, Host and Environment as an ecological system. Causal Thinking in the Health Sciences*. New York: Oxford University Press.

Tarragó, F. (2002) *Introducción a la ética profesional*. Montevideo: ECU.

Tugendhat, E. (1997) *Lecciones de ética*. Barcelona: Gedisa.

Viar, J. P. (2002). Algunas cuestiones jurídico-legales relativas al ejercicio profesional de la psicología. *Revista Argentina de Psicología*, 45, 99-118.

Valls, R. (2003). *Ética para la biética y a ratos para la política*. Barcelona: Gedisa.