

DESEO DECIDIDO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA CLÍNICA CON NIÑOS*

María Elena Domínguez

"Al tomar las cosas en su aspecto de enunciado, nos ocupamos de técnica, pero al tomarlas en su aspecto de enunciación, nos ocupamos de ética"

"Analista es aquél que sabe, en el discurso que lleva su nombre, hacer surgir su enunciación en posición de X de tal manera que el deseo que se identifica a esa X no sea identificable"
JACQUES ALAIN MILLER¹

1- Introducción:

El consentimiento informado es un capítulo significativo en el marco de las normas deontológicas. Se basa en la anuencia que un sujeto da para iniciar una terapia. Se halla soportado en la idea de un sujeto autónomo que consiente de forma voluntaria acceder a ella conociendo los alcances de la misma. En el análisis con niños este requisito de inicio se complejiza dado que quien demanda su atención es siempre un adulto responsable por ellos quién, a su vez, es el encargado de dar dicho permiso como su representante legal. Es por ello que plantearemos, en el siguiente desarrollo, que estatuto dar al consentimiento informado en los análisis con niños y el lugar adjudicable al deseo decidido indispensable para su comienzo.

Guiarán nuestro recorrido preguntas que, referidas a la entrada en análisis en los menores, virarán desde el consentimiento informado al asentimiento subjetivo: afirmación para iniciar un trabajo terapéutico, hasta el deseo decidido. A saber: ¿cuál es el lugar de la demanda de análisis? ¿Quién demanda? ¿Cómo situar el consentimiento en el caso de los menores? ¿Cuándo comienza un análisis? y, finalmente ¿cuál es el sujeto implicado en ese trabajo?

Haremos un recorrido por el ámbito deontológico para analizar lo que plantean los distintos códigos respecto del consentimiento informado, situaremos el deseo decidido y lo articularemos con una pequeña viñeta clínica dónde verificaremos los signos de ese consentimiento en la entrada en análisis de un niño.

2- El consentimiento informado en los códigos de ética:

El consentimiento informado para la práctica psicológica surge del modelo médico y encuentra sus raíces en los cuatro grandes principios de la Bioética:

- **No maleficencia:** deber de no infligir daño a otros y realizar bien el propio trabajo. Este principio fue formulado desde la época hipocrática como "*primum non nocere*".
- **Justicia:** reconocer la igualdad de los seres humanos y ser imparcial en la distribución de riesgos y beneficios, evitando la discriminación, segregación o marginación de los seres humanos.
- **Autonomía del paciente:** velar por el derecho a decidir y respetar las convicciones, opciones o elecciones de vida de cada individuo
- **Beneficencia:** obligación de promover el bien de los demás.

El problema del consentimiento informado, si bien es un capítulo importante dentro de las normas deontológicas referidas a la práctica profesional de los psicólogos como requisito necesario para dar inicio a una terapia o a una investigación², no suele ser, en el caso de los análisis con niños, un tema que revista privativa importancia o que plantee interrogantes diferenciados, respecto de los tratamientos con adultos, como para localizar en los códigos un apartado especial referido a ello.

En efecto, en los códigos de ética que hemos consultado descubrimos que:

✓ La Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA) presenta la cuestión del consentimiento informado del siguiente modo:

* Domínguez, M. E.: (2006) El consentimiento informado en la clínica con niños. En *Paradigmas, Métodos y Técnicas. Memorias XIII Jornadas de Investigación*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, 10, 11 y 12 de Agosto de 2006. ISSN: 1667-6750. Tomo III. Pág. 388-391. (El presente texto es una versión ampliada y corregida).

¹ MILLER, J. A.: (1987) "No hay clínica sin ética". En *Matemas I*, Manantial, Buenos Aires, pág. 127.

² El problema del consentimiento informado ligado a la investigación psicológica no será tratado en el presente artículo.

1. - Consentimiento informado:

1.1.- Los psicólogos deben obtener consentimiento válido tanto de las personas que participan como sujetos voluntarios en proyectos de investigación como de aquellas con las que trabajan en su práctica profesional. La obligación de obtener el consentimiento da sustento al respeto por la autonomía de las personas, entendiéndose que dicho consentimiento es válido cuando la persona que lo brinda lo hace voluntariamente y con capacidad para comprender los alcances de su acto; lo que implica capacidad legal para consentir, libertad de decisión e información suficiente sobre la práctica de la que participará, incluyendo datos sobre naturaleza, duración, objetivos, métodos, alternativas posibles y riesgos potenciales de tal participación. Se entiende que dicho consentimiento podrá ser retirado si considera que median razones para hacerlo.

1.2.- La obligación y la responsabilidad de evaluar las condiciones en las cuales el sujeto da su consentimiento incumben al psicólogo responsable de la práctica de que se trate. Esta obligación y esta responsabilidad no son delegables.

1.3.- En los casos en los que las personas involucradas no se encuentren en condiciones legales, intelectuales o emocionales de brindar su consentimiento, los psicólogos deberán ocuparse de obtener el consentimiento de los responsables legales.

1.4.- Aún con el consentimiento de los responsables legales, los psicólogos procurarán igualmente el acuerdo que las personas involucradas puedan dar dentro de los márgenes que su capacidad legal, intelectual o emocional permita y cuidarán que su intervención profesional respete al máximo posible el derecho a la intimidad.

1.5.- En los casos en los que la práctica profesional deba ser efectuada sin el consentimiento de la persona involucrada, como puede ser el caso de algunas intervenciones periciales o internaciones compulsivas, los psicólogos se aseguran de obtener la autorización legal pertinente y restringirán la información al mínimo necesario.

1.6.- El consentimiento de las personas involucradas no exime a los psicólogos de evaluar la continuidad de la práctica que estén desarrollando, siendo parte de su responsabilidad interrumpirla si existen elementos que lo lleven a suponer que no se están obteniendo los efectos deseables o que la continuación podría implicar riesgos serios para las personas involucradas o terceros.

✓ El Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires que, incluye las modificaciones de la resolución Nº 729 del 18 de agosto de 2000, en el **Capítulo II: Responsabilidad Profesional** ubica el tema de los tratamientos con menores de edad diciendo:

Art. 11.- En caso de tratar a menores de edad, el psicólogo deberá obtener el consentimiento de sus padres, tutores o representantes legales. Sólo actuará sin él cuando razones de urgencia así lo exijan, caso en el que se recomienda recabar la opinión o actuar conjuntamente con otro colega.

En el **Capítulo III: Deberes hacia los consultantes** establece que:

Art. 18.- El psicólogo está obligado a asistir a los solicitantes de sus servicios profesionales cuando la importancia del problema así lo imponga, y, hasta tanto, en caso de decidir la no prosecución de su asistencia, sea posible delegarla en el profesional o servicio público correspondiente.

Art. 19.- El psicólogo debe propender a que los pacientes gocen del principio de libertad de elección del profesional.

Art. 20.- En su ejercicio profesional el psicólogo debe establecer y comunicar los objetivos, métodos y procedimientos que utiliza, así como sus honorarios y horarios de trabajo.

Art. 22.- Es deber del psicólogo respetar la voluntad del consultante cuando sobreviene su negativa a proseguir bajo su atención.

✓ El Código de la American Psychological Association (APA), en su versión 1992, en el **Capítulo 4. Terapia** sitúa el **Consentimiento Informado para la terapia** fijando que:

a) Los psicólogos obtienen el adecuado consentimiento informado para la terapia o procedimientos similares, usando un lenguaje razonablemente comprensible para los participantes. El contenido del consentimiento informado variará dependiendo de muchas circunstancias; sin embargo, implica generalmente que la persona (1) tiene la capacidad para consentir, (2) ha sido provisto de la información

significativa relativa al procedimiento, (3) ha manifestado el consentimiento libremente y sin influencias indebidas, y (4) el consentimiento ha sido adecuadamente documentado.

b) *Cuando las personas son incapaces legalmente de dar su consentimiento informado, los psicólogos obtienen el permiso informado de una persona legalmente autorizada, si tal consentimiento sustituto está permitido por la ley.*

c) *Además, los psicólogos: (1) informan a esas personas legalmente incapaces de dar consentimiento informado, sobre las intervenciones propuestas, y lo hacen midiendo sus capacidades psicológicas, (2) procuran su acuerdo con esas intervenciones, y (3) tienen en cuenta las preferencias y los mejores intereses de tales personas.*

✓ El Código de la American Psychological Association (APA), en su versión 2002, (vigencia 1° de marzo de 2003)³ dice lo propio en el **Capítulo 3. Relaciones Humanas y en el Capítulo 10. Terapia** en los siguientes términos:

3.10 Consentimiento informado

(a) *Cuando los psicólogos conducen investigaciones o prestan servicios de evaluación, terapia, counseling, en persona o por vías de transmisión electrónica u otras formas de comunicación, obtienen el consentimiento informado del o los individuos, utilizando un lenguaje que sea razonablemente comprensible para la o las personas, excepto cuando llevar adelante tales actividades sin consentimiento esté autorizado por ley o regulaciones gubernamentales o esté establecido en este Código de Ética. (Ver también Normas 8.02, C. I. en la investigación; 9.03, C. I. en evaluaciones; y 10.01, C. I. en terapia).*

(b) *En el caso de las personas legalmente incapaces para dar consentimiento informado, los psicólogos igualmente (1) proveen una explicación apropiada, (2) procuran el acuerdo del individuo, (3) consideran las preferencias y los mejores intereses de tales personas, y (4) obtienen el permiso apropiado de una persona legalmente autorizada, si tal consentimiento sustituto está permitido o requerido por ley. Si no lo estuviera, los psicólogos toman las medidas razonables para proteger los derechos y el bienestar del individuo.*

(c) *Cuando los servicios psicológicos sean indicados o autorizados por la justicia, los psicólogos informarán al individuo antes de proceder sobre la naturaleza de dichos servicios, incluyendo si fueron o no indicados o autorizados por la justicia y los límites de la confidencialidad.*

(d) *Los psicólogos documentan apropiadamente el consentimiento escrito u oral, el permiso y el asentimiento. (Ver también Normas 8.02, C.I. en la investigación; 9.03, C.I. en evaluaciones; y 10.01, C.I. en terapia.)*

10.01 Consentimiento informado para la terapia

(a) *Al obtener el consentimiento informado para la terapia tal como se requiere en la norma 3.10, Consentimiento informado, los psicólogos informan a los clientes/pacientes lo antes posible en la relación terapéutica acerca de la naturaleza y el curso previsto de la terapia, los honorarios, el grado de participación de terceras partes y los límites de la confidencialidad y les brindan la oportunidad de formular preguntas y recibir respuestas. (Ver también Normas 4.02, Discusión de los límites de la confidencialidad y 6.04, Honorarios y acuerdos financieros).*

(b) *Al obtener el consentimiento informado para un tratamiento para el cual no se han establecido técnicas ni procedimientos universalmente reconocidos, los psicólogos informan a sus clientes/pacientes sobre la naturaleza evolutiva del tratamiento, los potenciales riesgos que involucra, los tratamientos alternativos que podrían estar disponibles y la naturaleza voluntaria de su participación. (Ver también Normas 2.01 e), Límites de la competencia y 3.10, Consentimiento informado.)*

(c) *Cuando el terapeuta es un principiante y la responsabilidad legal del tratamiento reside en el supervisor, se informará al cliente/paciente que el terapeuta se está capacitando y que está siendo supervisado y el nombre del supervisor como parte del procedimiento del consentimiento informado.*

³ El código completo puede hallarse en IBIS: Ética en Educación, International Bioethical Information System. Hipertexto e hipermedia sobre Ética profesional. Versión 1.5, 2001-2006. Cátedra de Psicología, Ética y Derechos Humanos del Prof. Juan Jorge Michel Fariña, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

✓ El Código de Ética de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, por su parte, lo incluye en el **Capítulo 4. Terapia** y lo hace en términos muy similares al Código de APA de EEUU en su versión 1992:

4.02- Consentimiento informado para la terapia:

a) *Los psicólogos obtienen el adecuado consentimiento informado para la terapia o procedimientos similares, usando un lenguaje razonablemente comprensible para los participantes. El contenido del consentimiento informado varía dependiendo de muchas circunstancias: sin embargo implica generalmente que la persona (1) tiene la capacidad de consentir, (2) ha sido provisto de la información significativa relativa al procedimiento, (3) ha manifestado el consentimiento libremente y sin influencias indebidas.*

b) *Cuando las personas son incapaces legalmente de dar un consentimiento informal, los psicólogos obtienen el permiso informado de una persona legalmente autorizada, si tal consentimiento está permitido por la ley.*

c) *Además, los psicólogos: (1) informan a las personas legalmente incapaces de dar consentimiento informado, sobre las intervenciones propuestas, y lo hacen midiendo sus capacidades psicológicas, (2) procuran su acuerdo con esas intervenciones, y (3) tienen en cuenta las preferencias y los mejores intereses de tales personas.*

✓ Los Códigos de las provincias de *Neuquén* y *Córdoba*⁴, junto con el del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires. (Cf. Cáp. II Responsabilidad profesional), son los únicos en los que hemos hallado mención directa al tema de los tratamientos con menores. Ambos códigos provinciales lo exponen así:

Art. 15: *"el psicólogo deberá en su ejercicio profesional establecer y comunicar los objetivos, métodos y procedimientos así como los honorarios y horarios del trabajo que realiza"*

Art. 16: *"en caso de tratamientos en menores de 18 años, el profesional deberá obtener el consentimiento de los padres tutores o representantes legales y sólo actuará sin él, cuando razones de urgencia así lo exijan".*

En términos generales, todos los códigos especifican aunque con diferencias, qué se entiende por consentimiento informado, cuál es el deber del psicólogo para obtener dicho consentimiento y quiénes son legalmente aptos para hacerlo. Señalemos ahora, algunos problemas que se suscitan de la lectura de la letra de sus sentencias.

Primeramente es importante establecer los alcances del término *consentir*. Consentir se refiere a cierto permiso que se le otorga a un otro para realizar o permitir hacer algo que involucra de manera directa al que lo admite. En el caso de los menores dado que esa admisión es realizada por otro: su representante, cabría preguntarse por el derecho por el cual se le otorga ese poder legal de consentir⁵.

Luego será el turno de evaluar el tipo de *información* que se requiere para obtener el consentimiento de los pacientes, y el lugar que ella ocupa en él. En este sentido, hemos hallado que la información debe ser suficiente, es decir, debe incluir datos que, referidos al tratamiento, indiquen: qué tipo de terapia será, cuál su duración estipulada, sus objetivos y los riesgos potenciales. Pero, además, debe ser procurada en un lenguaje comprensible y considerando las capacidades psicológicas, evolutivas y emocionales de quién la recibe.

Finalmente, el tema de la evaluación de los individuos que deberán consentir se sitúa en tensión entre: el respeto de la voluntad del paciente de elegir libremente al profesional que lo atenderá, y la evaluación, que al paciente se le hará para permitirle hacerlo vía el consentimiento. Evaluación de la que el profesional que solicita el consentimiento informado es responsable. Ciertamente es él quien establecerá esa capacidad. Este tema en sí mismo porta sus inconvenientes dado que aparecen dos derechos contrapuestos: la posibilidad de elegir libremente frente a la capacidad legal para hacerlo, que se sujeta a la evaluación del profesional. Y, a su vez, derivada de ella, encontramos la capacidad del paciente para elegir continuar o finalizar el tratamiento en cualquier momento del mismo.

⁴ Este dato ha sido extraído de LERANOZ, C. R. "El consentimiento informado en los códigos de ética de la República Argentina". En *Psicología, Ética y Profesión: Aportes deontológicos para la integración de los psicólogos del Mercosur*, ORLANDO, C. y HERMOSILLA, A. M., Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata, pág. 50.

⁵ Efectivamente se abre aquí otra discusión: ¿qué sujeto es el menor para el discurso jurídico? ¿Cuáles son sus derechos y quién el encargado de ejercerlos? y ¿cuál es el entrecruzamiento posible entre ese sistema, el jurídico y su legalidad, y el campo de la ética cuando hablamos del resguardo de la singularidad de los menores? Dejaremos estos interrogantes aquí solamente planteados y postergaremos su desarrollo en un futuro artículo.

Es importante advertir que la capacidad de la que aquí se trata es la *capacidad legal* que posee un individuo para consentir iniciar un tratamiento. Este requisito tiene como fundamento respetar la voluntad del consultante evaluando su facultad para discernir los alcances de su elección (autonomía del yo) en pro de su bien (principio de beneficencia). En el caso de los tratamientos con menores esto no es tenido en cuenta ya que, declarados incapaces legalmente y, por lo tanto, no autónomos, este derecho es ejercido de modo automático por sus representantes legales: padres, tutores o encargados que consienten por su bien (principio de beneficencia).

A simple vista vemos, entonces, que si bien no se establece un apartado especial para los tratamientos con menores, ellos quedan situados acorde a la normativa legal en la categoría de incapaces legales requiriendo, entonces, quién los represente y consienta por ellos. Solo se exceptúa, aunque se recomienda recabar la opinión o actuar en forma conjunta con otro colega, en caso de razones de urgencia que así lo exijan (Cf. Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, Cáp. II: Responsabilidad Profesional). De requerirse intervención judicial: pericias o internaciones compulsivas, se hará vía persona legalmente autorizada acorde a lo permitido por la ley (Cf. Código de la American Psychological Association, versión 1992 y el Código de la Asociación de Psicólogos de Bs. As. Cáp. 4. Terapia). Por lo demás, estos representantes legales que consienten por ellos son, además, los que solicitan su atención.

Un dato llamativo es que únicamente en los códigos provinciales de Neuquén y Córdoba y en el del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, hemos encontrado en la letra del código la referencia directa del problema del consentimiento del paciente acorde a su edad. Sin embargo se emparentan con los demás en el punto que sitúan a los menores como incapaces legales. Nuevamente, surge entonces, la necesidad de requerir de sus representantes legales para el consentimiento.

Pero, una vía se abre a favor de los menores en el Código de FePRA (1.4) y en la versión 2002 del Código de la APA de EEUU, (3.10, b)), y es que señalan que, cumplimentados los requisitos legales, aún así es necesario acordar con las personas involucradas en la terapia. Es decir, que el paciente mismo debe condescender advenir a ese lugar. Aquí, se recorta un problema dentro de la legislación misma: hasta que punto alcanza con el acuerdo de los representantes para poder iniciar o finalizar un tratamiento. Es el código, mismo el que señala allí un paso posterior y complementario del primero. En esta línea se sitúan también aquellos casos donde por intervención legal, cualquiera sea el caso, y mediando representantes legales, se actúe a sabiendas de la disconformidad de la persona involucrada, incluso si es un menor.

Señalaremos también, como novedad, que en el Código de la American Psychological Association (APA), versión 2002, se han agregado dos apartados referidos al consentimiento informado: uno, para tratamientos en los que no se han establecido técnicas ni procedimientos universalmente reconocidos y, el otro en el caso de que el terapeuta en cuestión sea principiante y, entonces, la responsabilidad legal por el tratamiento resida en el supervisor. En ambas situaciones, esa información debe ser suministrada al momento de consentir. Pero, sin embargo, y a pesar de lo minuciosamente en que es tratado el tema allí, no ha acontecido alguna mención especial al caso de menores en tratamiento.

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

Establezcamos primero que, si el niño tiene su propio síntoma y por lo tanto, puede analizarse sin que sea considerado por su edad un apéndice de su madre o un individuo en formación, al que los adultos debemos educar ¿no implica, entonces, el código un problema al no requerirle el consentimiento directamente al futuro paciente, el menor?

Efectivamente se sitúan dos problemas aquí, uno interno a la normativa y que surge de la misma letra del código: el consentimiento informado de los representantes legales por sí solo no basta para iniciar un tratamiento. Es necesario, dentro de las capacidades legales, intelectuales, o emocionales lograr un acuerdo con las personas involucradas en la terapia (Cf. Código de FePRA punto 1.4 y Código de la American Psychological Association versión 2002). El otro problema, ya dentro del terreno de la experiencia analítica propiamente dicha, en el uno por uno, radica en cómo lograr pasar del consentimiento aportado por los representantes legales a un asentimiento subjetivo que verifique allí en acto un deseo decidido de analizarse. Para ello, diremos, se requerirá de un analista que lea esos signos.

3. El asentimiento a la entrada en análisis:

Cumplimentado el requisito deontológico de la obtención del consentimiento informado por parte de los representantes legales que demandan la atención del menor, de ahora en adelante nuestro potencial paciente, tendremos en este momento que lograr su asentimiento para el inicio, más allá de su consentimiento voluntario y conciente de concurrir en el día y el horario prefijado a nuestro consultorio.

En efecto, además de lo requerido por el código: llegar a un acuerdo de aceptación de la terapia, que dentro de los márgenes legales se sostiene del consentimiento de un sujeto autónomo⁶, en el terreno de la experiencia analítica, nos enfrentaremos con otro sujeto, el del inconciente, que deberá a su modo consentir también. He allí la pericia del analista para leer los signos de ese consentimiento.

Entonces, se trata de *"esperar el signo por el cual [el niño] dice que sí, signo a través del cual acepta al analista"*⁷. Y esto, por la sencilla razón de que alguien que concurre a análisis lo hace a condición de querer devenir paciente de...ese analista.

Pero, hay algo más que debe considerarse como evaluación a cargo del analista, y es que debe evaluar si hay allí un sujeto analizable y, por sobre todo, analizable por él. De allí el fundamento de las entrevistas preliminares.

Ya hemos señalado, que en el caso de los menores el trabajo es doble. Debemos vérnoslas primero con la demanda de los representantes legales y luego recortar una demanda del niño que pueda traducirse en términos de asentimiento subjetivo.

Ahora bien, ¿qué es aquello que el terapeuta no puede consentir? Dejar al resguardo del análisis ciertas cuestiones, en especial, la relación con sus padres. El analista debe rechazar dar ese consentimiento. Efectivamente el lazo del niño con los padres será cuestionado. Si el síntoma del niño puede adquirir diversas modalidades⁸ a saber: ser representante de la verdad de la pareja familiar, correlato del fantasma de la madre⁹ dividiéndola o colmándola¹⁰, o constituirse como un síntoma propio dentro del dispositivo analítico. La relación del niño con sus padres será conmovida.

Preguntémosnos, entonces, por ¿qué es lo que sí debe consentir? En suma debe consentir *"autorizar el proceso analítico de ese paciente"*¹¹ y ello se realiza vía el acto. Un acto que ratifica el deseo decidido de ese paciente. Entonces, *"si la responsabilidad subjetiva comporta esencialmente el decir que sí o el decir que no, el consentimiento o el rechazo"*¹² efectivamente hay allí un sujeto en el que puede sancionarse cierta posición subjetiva. Entonces, lo que se ratifica es al sujeto¹³ y su posición frente a sus dichos ya que puede aceptarlos o rechazarlos.

Una vuelta más. Si hablamos de deseo decidido, de lo que allí se trata es de la relación del deseo con aquello que lo causa: el objeto a. De este modo, *"el deseo sólo se halla decidido por el objeto a, sólo está decidido por aquello que lo causa y que sólo podemos adivinar y entrever por las modalidades del Sujeto Supuesto Saber. Es todo lo que tenemos en el punto de partida"*¹⁴. La transferencia como ficción del Sujeto Supuesto Saber¹⁵.

A continuación, una pequeña viñeta clínica nos permitirá verificar el acto de lectura de esos signos por el cual un niño ha pasado de la demanda de los padres para que concurra a análisis a un deseo decidido de analizarse y a la instalación del SsS.

⁶ En este sentido, puede situarse el concepto de sujeto-joya, trabajado por Oscar D'Amore en "Responsabilidad subjetiva y culpa". En *La transmisión de la ética: clínica y deontología, Volumen 1. Fundamentos*, Letra Viva, Buenos Aires, pág.145-165.

⁷ MILLER, J. A.: (2004) "Los signos del consentimiento". En *Psicoanálisis con niños: los fundamentos de la práctica*, Gramma ediciones, Buenos Aires, pág. 14.

⁸ Dejaremos este análisis pormenorizado como tema para un próximo escrito.

⁹ LACAN, J.: (1993) "Dos Notas sobre el niño". En *Intervenciones y Textos 2*, Manantial, Buenos Aires, pág. 55.

¹⁰ Cf. MILLER, J. A.: (2005) "El niño entre la mujer y la madre". En *Virtualia, Revista Digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*, Año IV, Nº 13 junio/julio2005.

¹¹ MILLER, J. A.: (2004) "Los signos del consentimiento", Op. Cit, pág. 17.

¹² Op. Cit., pág. 12.

¹³ Cf. MILLER, pág. 17.

¹⁴ Op. Cit., pág. 22.

¹⁵ En este sentido, puede leerse al respecto: "Los carriles de la responsabilidad: el circuito de un análisis", En *La transmisión de la ética: Clínica y deontología. Volumen 1. Fundamentos*, dónde se sitúa la puesta en forma del síntoma en transferencia. Allí, vía algoritmo de la transferencia y la constitución del sujeto supuesto al saber, el analista quedará tomado como un significante de la cadena ficcional, un significante cualquiera que llevará al sujeto al lugar del trabajo al constituirse en el lugar de la causa (a) de su deseo.

Los padres de J concurren a la entrevista, preocupados y cansados de que éste se orine por las noches. La edad del niño indica que hace tiempo ha debido controlar esfínteres en forma nocturna pero ello no ha sucedido nunca. Ciertamente sólo algunas noches despierta mojado, pero estas escenas han tenido continuidad desde que abandonó los pañales.

Llama la atención lo tardío de la consulta. En efecto, la pre-adolescencia ubica a nuestro sujeto preocupado por otros asuntos diferentes de los que los padres también se quejan pero, el gabinete psicopedagógico del colegio al que concurre ha recomendado realizar una consulta por ciertas dificultades que se han presentado en su aprendizaje escolar (reiterados episodios de distracción en clase) y en la relación con sus pares (conductas agresivas en especial en las competencias intercolegiales que se están desarrollando al momento de la consulta) que ellos derivan de su enuresis. Sin embargo, éstos consienten iniciar la terapia y envían al niño en horario y tiempo prefijado.

Nuestro paciente no revela de entrada el porqué de su concurrencia al consultorio, por el contrario manifiesta un no saber al respecto y aduce motivos de conducta que son aquellos de los que los padres se han quejado en las entrevistas. Por pedido expreso de ellos, se omite el tema de la enuresis ya que esa ha sido la condición que ha puesto el paciente para concurrir: que ellos no informen al analista al respecto. Situaremos allí, tal como lo plantea la normativa, al acuerdo con la persona involucrada, el menor, dentro de los márgenes posibles acorde a su capacidad legal. Es decir, el uso de un lenguaje adecuado a su edad y la información acorde a sus capacidades afectivo-intelectuales y respetando su derecho a la intimidad. En este caso, debemos señalar, que la información que se le ha provisto ha posibilitado un acuerdo pero no ha sido la suficiente como para obtener su consentimiento. En efecto, ya hemos señalado que no es a él a quién se le es requerido ya que dicha capacidad legal para consentir recae en sus padres, sus representantes legales.

Luego de aproximadamente seis meses de entrevistas preliminares es que J decide informar de su enuresis a su analista previa charla con su padre. Durante ese tiempo, las sesiones han transcurrido entre juegos de cartas y batallas navales donde de lo que se ha tratado es de ganar o...perder y de establecer previamente reglas claras para el juego. Pero sin embargo, nuestro paciente si bien ha consentido voluntariamente venir al consultorio, aún no ha consentido contar, ni saber sobre aquello que le perturba y a esta altura lo avergüenza.

No podemos decir que sus padres no se hayan ocupado del niño, por el contrario, la preocupación de ellos ha promovido en J una mirada atenta sobre la zona del cuerpo encargada de la micción al punto tal que ha sido recortada como extraña por J y ha deseado, por momentos, extraerla para solucionar su padecer.

El asentimiento subjetivo es revelado por un lapsus acontecido durante el relato de un sueño. Hay algo que ha sido mal dicho en acto (no se trata de ganar o perder) y es tiempo de rectificarlo: aquello que se ha transformado en una blasfemia sobre su persona, retorna en un sueño cuyo tema (*sujet*) es...una *maldigada*, una maldición corrige. Una mal-dicción puntúa la analista. El relato sitúa allí a un animal temible, un cocodrilo gigante, que esta a punto de devorárselo y el sujeto resiste entre sus dientes ante el ataque. Entonces, despierta, mojado y angustiado.

A la sesión siguiente, intrigado por cómo son los análisis con otras personas, se sienta en el diván. Se le ofrece acostarse al igual que el supone hace la paciente anterior. Recortamos allí el signo por el cual la analista es aceptada, nuestro ahora paciente se dirige hacia el diván, se acuesta, no sin angustia por lo que allí podrá suceder, y comienza a hablar y a escuchar aquello que dice con más atención (*a-tensión, sin tensión*).

Otro lapsus, ahora ante el relato de una dolencia que lo inhabilita...en su deporte¹⁶. Otra consulta que se ha postergado, el dice ante ello: "tengo que ir al *pa-pedi-atra*" allí la psicoanalista sanciona: "*sí, pa-pe-pis...pedís*" y corta la sesión. Efectivamente ese significante abrirá una dimensión nueva para el sujeto, y su padecimiento implicará develar su versión del padre. Allí se conjurarán aquellos miedos que ligados a pérdidas de lugares conocidos, posibilitarán pedir un lugar, un nuevo lugar, diferente al de sus hermanas que según él siempre "*han llorado para obtener algo y han ganado*".

En ese punto podemos decir que J realmente ha decidido en transferencia su síntoma, su propio síntoma, y saber sobre la causa.

5. Conclusiones:

Las normas deontológicas deben ser consideradas una guía para el profesional en tanto constituyen un principio cuyo espíritu ético se halla soportado en el resguardo de la singularidad del paciente. En

¹⁶ Este dato cobra toda su importancia porque J es el capitán del equipo que juega el campeonato intercolegial y una lesión lo privaría de ese lugar privilegiado.

efecto, la lectura que de ellas se haga debe bogar por una posición responsable y no por una obediencia ciega.

La tensión existente entre el campo normativo y la dimensión de la experiencia analítica¹⁷ en el caso de los análisis con niños esta se revela con mayor preeminencia dado que el consentimiento deontológico es otorgado por otro que habla en nombre de ellos. La imposibilidad estructural para consentir se evidencia en aquello que no se puede prever: el acto. Efectivamente el consentimiento debe ser decidido por otro sujeto que, diferente del sujeto autónomo indispensable para el derecho, se constituya en acto dentro del dispositivo analítico y en relación a un determinado Otro (analista).

Si el deseo sólo es decidido por el objeto que lo causa, taponar dicha causa pidiendo asentimiento a un sujeto autónomo, es imposibilitar la constitución de un síntoma que nos sea abordable por los oídos¹⁸. Es imposibilitar el acto que produzca un sujeto¹⁹.

BIBLIOGRAFÍA:

1. ASOCIACIÓN DE PSICÓLOGOS DE BUENOS AIRES, "Código de Ética". En <http://www.psicologos.org.ar/docs/Etica.pdf>
2. COLEGIO DE PSICÓLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, "Código de Ética". En <http://www.colpsiba.org.ar/resenia.htm>
3. FEDERACIÓN DE PSICÓLOGOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA (FePRA), "Código de Ética". En *Psicología, Ética y Profesión: Aportes deontológicos para la integración de los psicólogos del Mercosur*, Calo O. y Hermosilla A. M. (Comps.), Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata, (S/F), 157-177.
4. LACAN, J. (1967) "La equivocación del sujeto supuesto al saber". En *Momentos cruciales de la experiencia analítica*, Editorial Manantial, Buenos Aires, 1987, 25-37.
5. LACAN, J. (1969) "Dos notas sobre el niño". En *Intervenciones y Textos 2*, Editorial Manantial, Buenos Aires, 1993, 55-57.
6. LERANOZ, C. R. (S/F) "El consentimiento informado en los códigos de ética de la República Argentina". En *Psicología, Ética y Profesión: Aportes deontológicos para la integración de los psicólogos del Mercosur*, Calo O. y Hermosilla A. M. (Comps.), Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata, (S/F), 47-53.
7. MILLER, J. A. (1983) "No hay clínica sin ética". En *Matemas I*, Editorial Manantial, Buenos Aires, 1987, 122-131.
8. MILLER, J. A. (1987) "Los signos del consentimiento". En *Psicoanálisis con niños: los fundamentos de la práctica*, Grama ediciones, Buenos Aires, 2004, 11-27.
9. MILLER, J. A. (1998) "El niño entre la mujer y la madre". En *Virtualia, Revista Digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*, Año IV, Nº 13 junio/julio2005. <http://www.eol.org.ar/virtualia/013/index.html>
10. PRINCIPIOS ÉTICOS DE LOS PSICÓLOGOS Y CÓDIGO DE CONDUCTA DE LA AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA) Versión 1992. Traducción de la cátedra de Psicología, Ética y Derechos Humanos, Prof. J. J. Michel Fariña, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. En IBIS (International Bioethical Information System). Hipertexto e hipermedia sobre ética profesional. Sistema Multimedial en CD-ROM.
11. PRINCIPIOS ÉTICOS DE LOS PSICÓLOGOS Y CÓDIGO DE CONDUCTA DE LA AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA) Versión 2002, vigencia 1 de marzo de 2003. Traducción en español: Gabriela Salomone y Juan Jorge Michel Fariña. En IBIS (International Bioethical Information System). Hipertexto e hipermedia sobre ética profesional. Sistema Multimedial en CD-ROM. Versión 1.5.
12. SALOMONE, G. y DOMÍNGUEZ, M. E. (2006) *La transmisión de la ética: clínica y deontología. Volumen 1. Fundamentos*, Letra Viva, Buenos Aires, 2006.
13. SOLANO SUÁREZ, E. (S/F), "La insondable decisión del niño". En *Psicoanálisis con niños: los fundamentos de la práctica*, Grama ediciones, Buenos Aires, 2004, 29-41.
14. ZUBIZARRETA, F. J. G. (2000/2001), "*Principios de Bioética y Ética profesional*". En <http://www.secre.org/documentos%20manual%2019.html>

¹⁷ Cf. con *La transmisión de la ética clínica y deontología. Volumen 1. Fundamentos*, Letra Viva, Buenos Aires, 2006: Allí donde se sitúa el encuentro y desencuentro entre ambos campos y la necesidad de leer cada vez, en acto dicho encuentro. Lectura que como el acto no es sin el juicio de analista.

¹⁸ Cf. Lacan en el *Seminario 10: La angustia* en la Clase del 12-6-63, sostiene que "para que el síntoma salga del estado de enigma que aún no estaría formulado, el paso no es que se formule, sino que en el sujeto se dibuje algo cuya índole es que se le sugiere que hay una causa para eso. (...) Esa dimensión -la de que hay una causa para eso- donde sólo la implicación del sujeto en su conducta se quiebra (...) es la complementación necesaria para que el síntoma nos sea abordable".

¹⁹ Efectivamente el acto psicoanalítico para Lacan presenta una estructura paradójica "pues en él el objeto [el analista] es activo y el sujeto subvertido" (Cf. "La equivocación del sujeto supuesto al saber" En *Momentos cruciales de la experiencia analítica*, Manantial, Buenos Aires, pág. 28).