

# EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL. DE LA PAUTA DEONTOLÓGICO-JURÍDICA A LA DIMENSIÓN CLÍNICA

## INFORMED CONSENT IN THE FIELD OF MENTAL HEALTH. FROM DEONTOLOGICAL - LEGAL GUIDELINE TO CLINICAL DIMENSION

González Pla, Florencia<sup>1</sup>; Salomone, Gabriela Z.<sup>2</sup>

### RESUMEN

El Consentimiento Informado, entendido en términos de derecho inalienable del paciente, se funda en una concepción de sujeto que atiende, por un lado, a su condición jurídica, y por otro a su dimensión singular. Por lo tanto, se deberían considerar las variables propias de cada uno de estos registros, los cuales se presentan de manera diferenciada en distintos momentos de un proceso terapéutico. Para abordar la compleja cuestión de la subjetividad en juego nos valdremos de los conceptos psicoanalíticos de *Avaluación clínica* y *Asentimiento subjetivo*, reflexionando así sobre las diferencias entre cumplimentar el procedimiento reglamentario de aceptar una intervención psicológica y el compromiso subjetivo de transitar esa experiencia. El trabajo analiza estas categorías apoyado en una investigación de campo sobre la implementación del Consentimiento Informado en el marco de la Ley de Salud Mental, ofreciendo así una metodología teórico-empírica de abordaje del problema.

### Palabras clave:

Ley de Salud Mental - Avaluación clínica - Asentimiento subjetivo

### ABSTRACT

Informed Consent, as an inalienable right of the patient, is based on a conception of the subject serving on the one hand to their legal status, and on the other to its unique dimension. Therefore, we should consider the characteristics of these registers which present differently at different times during a therapeutic process. To address the complex issue of subjectivity into play we will use psychoanalytic concepts of "clinical evaluation" and "subjective assent", in order to emphasize the differences between the normative procedure to accept a psychological intervention and subjective commitment to get involved in that experience. The paper analyzes these theoretical categories supported by field study about the implementation of informed consent under the Mental Health Law, providing a theoretical and empirical methodology to approach to the problem.

### Key words:

Mental Health Law -Clinical "Avaluacion" - Subjective Assent

<sup>1</sup>Cátedra I Psicología, Ética y Derechos Humanos. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. E-mail: florenciagonzalez\_07@hotmail.com  
<sup>2</sup>Cátedra I Psicología, Ética y Derechos Humanos. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

## Introducción

La pauta deontológico-jurídica del Consentimiento Informado constituye uno de los principales capítulos de la ética contemporánea, fundado en el principio de autonomía y en el resguardo del derecho de las personas de someterse a un tratamiento o cualquier otra forma de intervención psicológica sólo bajo su aceptación libre y voluntaria.

Sus orígenes se remontan al final de la segunda guerra mundial, con el enjuiciamiento a los médicos nazis por cargos referidos a la experimentación con los detenidos en los campos de concentración. Los juicios dieron por resultado la reflexión y el consecuente establecimiento en 1947 de un código de normas éticas, conocido como el Código de Nüremberg –en razón de la ciudad alemana donde se celebraron los juicios–, para la realización de investigaciones biomédicas con seres humanos. Entre estas primeras regulaciones destaca la cuestión del *consentimiento voluntario*: “el código pedía que la persona tuviera capacidad legal, así como información y comprensión sobre la naturaleza, duración, propósitos, método, riesgos e inconvenientes derivados de la participación en el experimento. También exigía que el sujeto estuviera situado en posición de poder decidir libremente sin ningún tipo de coerción, coacción, engaño o fraude sobre su voluntad” (Tealdi, 2008, p. 213).<sup>1</sup>

Con la promulgación de ese Código, la American Psychological Association se abocó en 1953, por primera vez en su historia, a la redacción de normativas éticas para la investigación con seres humanos en Psicología, siendo el Consentimiento Informado –eje de los debates en Nüremberg– el motor del primer código de ética para los psicólogos (Ferrero, 2000). Posteriormente, el deber de solicitar el consentimiento, como resguardo de la elección libre y voluntaria del sujeto de someterse a algún tipo de intervención psicológica, fue incursionando en las diversas actividades de la práctica del psicólogo, no solo la investigación sino también la psicoterapia, el psicodiagnóstico y otras prácticas de evaluación (Rovaletti, 1995; Calo & Hermsilla, 2000; Leibovich de Duarte, 2000; Michel Fariña, Benyakar, Salomone, 2003, Hermsilla et. al., 2010). Al mismo tiempo, la formulación pionera fue modificándose y la versión del código de la APA del año 2002 plantea el tema del consentimiento en los siguientes términos: “*Al obtener el consentimiento informado para la terapia (...) 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, a la vez que les brindan la oportunidad de formular preguntas y recibir respuestas.*” (APA, 2002: Punto 10.01, a).

En su aspecto normativo, la pauta ética del Consentimiento Informado se configura en términos de *derechos del*

sujeto destinatario de la práctica psicológica (paciente, sujeto de experimentación, evaluado, etc.)<sup>2</sup> y de *obligaciones* profesionales, lo cual adquiere importancia relevante por tratarse de regulaciones de la práctica profesional en resguardo de las personas que requieren su intervención. Sin embargo, en el campo de la salud mental, donde no solo psicólogos, sino también otros profesionales despliegan sus prácticas en torno al campo subjetivo y al padecimiento psíquico, se generan interrogantes respecto de la voluntad, la libertad de decisión, la autonomía, fundamento mismo del Consentimiento Informado. Por tal motivo, la formulación de la cuestión solo en términos normativos resulta insuficiente, por más claras y documentadas que se presenten las fuentes<sup>3</sup>.

Este artículo se propone analizar algunas de las vicisitudes de la implementación del Consentimiento Informado, tanto en términos teóricos como empíricos. Por una parte, la investigación de campo realizada en el marco del Proyecto UBACyT *Nuevas concepciones en Salud Mental: dilemas éticos frente a las recientes modificaciones del marco jurídico e institucional y de los dispositivos de atención. Estudio exploratorio descriptivo a partir de una investigación cuali-cuantitativa*<sup>4</sup>, permitió constatar que existe una considerable diversidad de posturas y concepciones con respecto a la pauta deontológico-jurídica del Consentimiento Informado, por lo que en la práctica su aplicación se da de formas muy variadas introduciendo, en algunos casos, matices interesantes para la reflexión. Por otra parte, respecto de las vicisitudes de aquel que brinda el consentimiento, nos proponemos reflexionar sobre las diferencias entre cumplimentar el procedimiento reglamentario de aceptar una intervención psicológica y el compromiso subjetivo de transitar esa experiencia. Asimismo, interesa analizar la concepción de sujeto que subyace a la formulación del Consentimiento Informado y las incidencias de la perspectiva singular, los distintos momentos de un proceso terapéutico y sus características peculiares, la diversidad del padecimiento y de las estrategias clínicas para tratarlo.

## Decidir el consentimiento

Nos preguntamos cuáles son las vicisitudes particulares del consentimiento en las prácticas de la salud mental.

Por una parte, tal lo expresado más arriba, la pauta de

<sup>2</sup>Algunos códigos deontológicos de diversas regiones de habla hispana utilizan el término “cliente” para referirse a los destinatarios de la práctica del psicólogo. Este término, en español, significa: “1. Persona que compra en una tienda, o que utiliza con asiduidad los servicios de un profesional o empresa. 2. Persona que está bajo la protección o tutela de otra” (RAE, 2014).

<sup>3</sup>Respecto de esta complejidad, ver Michel Fariña, J., Benyakar, M., Salomone, G. et al (2003): La nueva normativa ética sobre consentimiento informado en psicoterapia: los aportes del Programa IBIS. En *Perspectivas Bioéticas*, Año 8, número 15, 2003.

<sup>4</sup>Proyecto UBACyT *Nuevas concepciones en Salud Mental: dilemas éticos frente a las recientes modificaciones del marco jurídico e institucional y de los dispositivos de atención. Estudio exploratorio descriptivo a partir de una investigación cuali-cuantitativa*. Dirección: Prof. Gabriela Z. Salomone. Programación científica 2014-2017. Secretaría de Ciencia y Técnica, Universidad de Buenos Aires.

<sup>1</sup>Diccionario Latinoamericano de Bioética Diccionario latinoamericano de bioética / Dir. Juan Carlos Tealdi. Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, 2008.

Consentimiento Informado se fundamenta en el derecho de autonomía de las personas que, contrariamente a las concepciones tutelares, garantiza el derecho a ejercer los derechos propios. Además del campo deontológico, este aspecto está centralmente refrendado en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, de reciente promulgación y reglamentación<sup>5</sup>, a través del planteamiento de la nueva condición jurídica del sujeto con padecimiento mental como sujeto de derecho. Desde esta perspectiva, con respecto a la pauta del Consentimiento Informado la propia ley aborda el tema dedicándole varios pasajes<sup>6</sup>, cada uno de los cuales busca problematizar aspectos diferentes de la cuestión.

No obstante, interesa subrayar que la relevancia de esta pauta ética no se configura solo-en términos deontológicos, jurídicos y de derechos humanos, sino también subjetivos. Es decir, reviste efectos tanto en el aspecto normativo de la práctica—dirigido al sujeto jurídico—, como en la dimensión clínica configurada en torno al sujeto del padecimiento psíquico. Siendo este último el destinatario de nuestra práctica, cabe preguntarse cómo se articula la pauta deontológico-jurídica con la dimensión clínica donde se despliega nuestra labor.—Es decir, la pregunta apunta a reflexionar sobre las diferencias entre el procedimiento reglamentario y el aspecto subjetivo puesto en juego. En principio sostenemos que la posición a adoptar frente a la norma tendrá efectos sobre el sujeto destinatario de la práctica. Del lado del profesional, no será lo mismo solicitar el Consentimiento Informado como pauta formalizada, que propiciar un espacio donde aceptar una intervención psicológica suponga el compromiso subjetivo para transitar esa experiencia.

Ahora bien, ¿cuáles son los términos de esa aceptación? El vocablo *consentir*, en su primera acepción, significa “permitir algo o condescender en que se haga”, lo cual coincide con la definición del término *consentimiento*: “En los contratos, conformidad que sobre su contenido expresan las partes” (RAE, 2014). De este modo, la noción de consentimiento supone expresar la conformidad, el acuerdo, sobre lo que allí se llevará a cabo, incluso, la aceptación sobre lo que el otro propone—en las locuciones *permitir* o *condescender*—. Al mismo tiempo, para la delimitación conceptual del término interesa también la cuarta acepción de *consentir*, que establece la correlación con “otorgar, obligarse”. Si bien no siempre las acepciones de una palabra se relacionan entre sí, en este caso estos sinónimos completan el sentido general del término: brindar el consentimiento supone la aceptación de las condiciones que se establecen y, al mismo tiempo, su significado incluye la propia obligación de cumplir esas condiciones. A partir de la asistencia que nos brinda la lengua, pode-

mos conjeturar que la pauta ético-deontológica del Consentimiento Informado tiene la potencia de generar, del lado de quien otorga el consentimiento, algo más que la *opción* entre aceptar y no aceptar la intervención psicológica. Utilizamos el término *opción* en el sentido propuesto por el historiador Ignacio Lewkowicz: “*Opción* se aplica a los sistemas cuyos grados de libertad son limitados, como los que se desprenden de la lógica binaria, siendo su paradigma el algoritmo computacional”<sup>7</sup>.

El Código de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA, 2013) plantea la pauta del Consentimiento Informado en términos similares al código de ética de los psicólogos americanos (APA, 2002) citado más arriba. Acápites 1.1: “*Los psicólogos deben obtener consentimiento informado de aquellas personas con las que trabajan en su práctica profesional. Esta obligación se sustenta en el respeto por la autonomía, entendiéndose que es válido cuando la persona que lo brinda lo hace voluntariamente, y con capacidad para comprender los alcances de su acto (...)*”.

En principio, la norma exige ofrecer la posibilidad de aceptar o rechazar la participación en el procedimiento psicológico. Si nos valemos del planteo de Lewkowicz, diremos que se le plantea al sujeto una *opción*.

Asimismo, el autor propone distinguir la *opción* de la *elección*. A diferencia de la primera, esta última “supone sistemas abiertos, en los cuales existen diferentes caminos y el individuo debe, haciendo uso de su raciocinio y voluntad, sopesar la información disponible para obrar del mejor modo posible”. Este uso del término *elección* nos ayuda a abordar la segunda parte de la consigna normativa.

Además de expresar la fundamentación y las condiciones de validez de su otorgamiento, la norma lista los elementos a ser informados al consultante. El Acápites 1.2. del código de FePRA plantea lo siguiente: “*La obtención del consentimiento informado implica para el profesional psicólogo, brindar información sobre los alcances de la intervención para la cual es solicitado en relación con: a) el propósito y naturaleza de la actividad profesional, b) responsabilidades mutuas, c) protección de la confidencialidad y limitaciones de la misma consignadas en el presente código, d) probables beneficios y riesgos, e) alternativas posibles, f) opción de rehusar o retractarse en cualquier momento*” (FePRA, 2013).

La versión 2010 del código americano mantiene la fórmula del año 2002 que citamos anteriormente, indicando los

<sup>5</sup>Ley 26.657. *Ley Nacional de Derecho a la Protección de la Salud Mental*. Sancionada el 25 de noviembre 2010 y promulgada el 2 de diciembre del mismo año, Argentina. Decreto Reglamentario 603/2013, aprobado el 28 de mayo de ese año.

<sup>6</sup>Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Capítulo IV *Derechos de las personas con padecimiento mental*: Art. 7, puntos j y m. Capítulo V *Modalidad de abordaje*: Art. 10. Capítulo VII *Internaciones*: Art. 16, pto. C, Art. 18, Art. 19, Art. 23, Art. 26. Capítulo XIII *Derivaciones*: Art. 30 y Capítulo XIX *Autoridades de Aplicación*: Art. 35.

<sup>7</sup>Los desarrollos conceptuales de Ignacio Lewkowicz fueron presentados de forma oral (2001) en el marco del seminario interno de capacitación docente de la cátedra I Psicología, Ética y Derechos Humanos. Cabe aclarar que este planteo no se refería a la cuestión del consentimiento informado, sino que presentaba el tratamiento de estos términos (opción, elección, decisión) en un esquema formal y general. [Mimeo] Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Esta formulación fue presentada originalmente en Salomone, G. y Michel Fariña, J. “Sobre el acto de consentir”. Informe Final Proyecto UBACyT *Secreto profesional, explotación y conflicto de intereses en el ámbito clínico e institucional: estudio de valores en 400 psicoterapeutas* (TP 24) UBACyT Programación científica 2001-2004. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Director: Prof. J. J. Fariña.

siguientes aspectos a informar: “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” (APA, 2010: acápite 10.01).<sup>8</sup>

El sentido de brindar esta información es que el sujeto pueda sopesarla y así aceptar o no iniciar un tratamiento, participar de una investigación, someterse a una evaluación psicológica, entre otras. Desde el planteo de Lewkowitz, la valoración de estos elementos le permite realizar una *elección*.

Ahora bien, cabe preguntarnos cuáles son las posibilidades reales de un sujeto de analizar estos elementos, de ponderar el beneficio o perjuicio que pudieren causarle, incluso de evaluar alternativas a lo ofrecido. En este punto, el Consentimiento Informado –como pauta ética– aparece como una condición necesaria pero no suficiente. La capacidad de autonomía del sujeto, sobre la que se fundamenta la norma, encuentra cierta relativización en su ejercicio que es preciso considerar. Incluso, la propia norma señala este límite. En esta línea es muy interesante la siguiente normativa del código de FePRA, en el acápite 1.3.: “La obligación y la responsabilidad de evaluar las condiciones en las cuales el consultante da su consentimiento, incumben al psicólogo responsable de la práctica de que se trate. Esta obligación y esta responsabilidad no son delegables”.<sup>9</sup>

Se ve la importancia de que recaiga sobre el profesional la evaluación de las condiciones del paciente para consentir, lo que muestra la complejidad y el límite en el campo de la salud mental de la noción de sujeto autónomo que sustenta la normativa de Consentimiento Informado.

Si la cuestión se juega solo en la dimensión de la *opción* y la *elección*, y si la capacidad de autonomía solo puede ser pensada en términos de plenitud o deficiencia, entonces el pedido de consentimiento, así como su otorgamiento o denegación constituyen meramente un acto administrativo, escindido de la práctica que intenta resguardar. Nos proponemos desarrollar esta idea. En principio, detengámonos en algunos datos empíricos.

A partir de nuestra reciente investigación de campo se ha diseñado un cuestionario para relevar aspectos dilemáticos de la práctica del psicólogo relacionados con la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental. Para la presente indagación se consideraron los datos de los 37 protocolos relevados durante la segunda mitad de 2015, tomando especialmente como eje de discusión la siguiente pregunta<sup>10</sup>:

<sup>8</sup>Si bien presentamos estas dos referencias a modo de ilustración, son representativas de las formulaciones sobre el consentimiento informado en códigos deontológicos de diversos países y regiones. Para una revisión de distintos códigos deontológicos de la práctica psicológica, ver [www.proyectoetica.org](http://www.proyectoetica.org).

<sup>9</sup>Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina, 2013.

<sup>10</sup>Este aspecto se analizó centralmente en el proyecto de la beca de Maestría: *Cuestiones éticas en el marco de las nuevas concepciones en Salud Mental. Abordaje clínico-institucional y diseño de*

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

La investigación nos permitió constatar que no se trata solo de la formulación de las normas deontológicas y jurídicas, sino que también la propia implementación del Consentimiento Informado en las prácticas concretas puede verse reducida a los términos de la *opción* y la *elección*. Veamos algunas de las respuestas que ilustran esta cuestión:

*El consentimiento informado se solicita para el ingreso del paciente al hogar y también cuando se debe realizar algún tratamiento médico. (Protocolo 24: ONG. Marco Teórico: Social-Comunitario).*

*Sí, se solicita al inicio del tratamiento. Firmado por el paciente y un familiar responsable, en la administración de determinada medicación o cuando interviene un acompañante terapéutico transitoriamente. (Protocolo 31: Hospital Público. Marco Teórico: Social-Comunitario, Cognitivo-Conductual, Sistémico).*

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

En las respuestas se aprecia cómo el Consentimiento Informado queda homologado a un mero trámite administrativo necesario para el ingreso a la institución o comienzo del tratamiento, disociado del proceso terapéutico mismo. Lo que subyace es una concepción de salud como estado y no como proceso<sup>11</sup>, lo cual conlleva dos consecuencias diferentes. Por un lado, desentenderse de la

*un dispositivo para la identificación y tratamiento de situaciones dilemáticas en la práctica (2015-2017). Becaria: Florencia González Pla.*

<sup>11</sup>La Ley de Salud Mental concibe la salud no como un estado sino como un proceso cambiante. Por lo mismo no alcanza con que el Consentimiento Informado sea solicitado al inicio del tratamiento exclusivamente, sino que debería ser actualizado en función de la evolución del proceso terapéutico. Por ejemplo, el Art. 16. pto. c. plantea que: *Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.* Y en el Art. 23. dice: *El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud (...) El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente.*

concepción de salud que emana de la letra de la ley, que parte de la presunción de capacidad de todas las personas, entendiendo al sujeto del padecimiento psíquico como un sujeto de derecho. Y por el otro, afectando la posición del paciente con relación a su padecimiento, al cristalizarlo como objeto pasivo de prácticas clínicas, determinado por un diagnóstico de una vez y para siempre –retomaremos este punto a propósito de la lectura sobre la “evaluación clínica”.

Al respecto, es interesante que la versión actualizada del código de la Federación de Psicólogos de la República Argentina, del año 2013, en su acápite 1.1. que citamos parcialmente más arriba, introduce expresamente esta idea: “La implementación del consentimiento informado, considerado aquí como un proceso, implica su construcción y revisión permanente en función de las características cambiantes y dinámicas de la relación profesional-consultante”. De este modo, frente a la concepción de la salud como proceso, se plantea una noción de consentimiento que permita anudar la norma a la práctica real.

Veamos otra arista del problema. ¿Cuándo se requiere la firma de un tercero? Al respecto, resulta interesante la siguiente respuesta obtenida en las entrevistas:

*Sí, se lo solicita ahora, eso fue lo que estuvimos armando este año. Teníamos una fichita clínica horrible. Pudimos armar una nueva y junto con eso armamos también el consentimiento informado. Es como un parrafito que dice que va a seguir todas las indicaciones y tratamientos que el profesional le indique, se lo hacemos firmar. Si es una persona que no está en sus cabales, digamos, se lo hacemos firmar a la persona que lo acompaña. No lo hacemos en la entrevista de admisión, si no que cuando le decimos que va a iniciar un tratamiento, a la primera vez que viene, se lo hacemos firmar. Lo empezamos a pensar a raíz de la nueva ley, antes no se hacía. Al ver la nueva ley, empezamos a tratar todos estos déficits que nosotros ya veíamos mal. Por eso, armamos un grupo de trabajo, para poder hacer esto. (Protocolo 25: Institución Privada. Marco teórico: Psicoanálisis Lacaniano).*

Se observa que aun pudiendo consentir el paciente (esto es, con discernimiento, intención y libertad), el profesional sin embargo solicita la firma de un tercero. ¿Por qué debería firmar un tercero dejando a quien recibe el tratamiento fuera de la toma de decisiones que lo afectan? De esta manera, ¿no se estaría vulnerado el derecho de autonomía del paciente?

En principio se podrían plantear dos interrogantes. Si con la expresión “el paciente no está en sus cabales” se entiende que existe un riesgo cierto o inminente para él mismo o un tercero, entonces ¿por qué habría de ser aceptado en un tratamiento ambulatorio? O en caso contrario, si está en condiciones de firmar, ¿por qué debería firmar en su lugar un familiar?

En otros casos pudimos constatar que además de la firma del paciente, se solicitó la de un familiar, en calidad de responsable “garante” de la firma del paciente.

Veamos algunos pasajes que deslizan este punto:

*Sí, se solicita en los siguientes casos: Al inicio del tratamiento, firmado por el paciente adulto y un familiar responsable. En la administración de determinada medicación. Cuando interviene un acompañante terapéutico transitoriamente (Protocolo 31: Hospital Público. Marco Teórico: Social-Comunitario, Cognitivo-Conductual, Sistémico).*

*Sí, tenemos un reglamento interno. Reglamento interno para el residente que se interna, el cual consiste en informarle las pautas a trabajar a lo largo de su internación, como así también las normativas que rigen en la institución (pauta de convivencia, motivo de expulsión, cómo dirigirse a los directivos, etc...). El otro reglamento es para los familiares, en el cual se informa los procedimientos a seguir a lo largo del primer mes de internación, las obligaciones, como cumplir con las terapias grupales multifamiliares, como así también las terapias vinculares y los días de llamados y visitas. (Protocolo 14: Institución Privada, Marco teórico: Cognitivo-Conductual, Social comunitario).*

¿Cuál sería la función de la firma del familiar cuando el paciente está en condiciones de dar su consentimiento? Esta iniciativa por parte del profesional, ¿apunta a la autonomía del paciente, o por el contrario ésta queda supe-ditada en última instancia a la aceptación de un familiar? Cabe mencionar que las diferentes posiciones que presentan los entrevistados respecto del procedimiento para solicitar el Consentimiento Informado, así como las concepciones que subyacen a su puesta en marcha, no resultan del campo normativo de la institución donde el profesional trabaja (ONG, hospital público, instituciones asistenciales privadas), ni del marco teórico desde donde fundamentan su práctica (Sistémico, Cognitivo-Conductual, Psicoanálisis, Social y Comunitario).

Llegados a este punto, nos preguntamos cómo aplicar la pauta deontológico-jurídica del Consentimiento Informado de modo que articule con el sujeto del padecimiento psíquico sobre el que dirigimos nuestra intervención. Cómo propiciar una respuesta del sujeto que trascienda el mero acto reglamentario, en los términos de *opción-elección*.

Para ello nos servimos nuevamente de las distinciones conceptuales propuestas por Ignacio Lewkowicz. A la diferencia entre *opción* y *elección*, suma la diferencia con el término *decisión*. Mientras los dos primeros suponen poner en consideración los elementos existentes, en el planteo de este autor, la *decisión* –en un sentido que enfatiza la diferencia– se reserva para aquellos actos en los que el conocimiento disponible resulta insuficiente para dar cuenta de la complejidad involucrada, por lo que la situación impone la puesta en marcha de una iniciativa. Será esa iniciativa, la que a posteriori se revele como una *singularidad*, que funda, retroactivamente, un nuevo conocimiento que reorganiza la situación misma. La *decisión* entonces se presenta como un acto que involucra al sujeto y que suplementa el universo previo.

### Del Consentimiento Informado a la *Avaluación Clínica*

En su texto "Introducción al método Psicoanalítico" (1997), el psicoanalista Jacques-Alain Miller propone el término "evaluación", de un modo que nos permite pensar suplementariamente la noción clásica de Consentimiento Informado:

*En psicoanálisis (...) la primera evaluación es hecha por el paciente, es él quien primero avala su síntoma. Él llega al analista en la posición de hacer una demanda basada en una auto-avaluación de sus síntomas, y pide un aval del analista sobre esa autoevaluación. Decimos que el acto analítico ya está presente en esa demanda de avalar, en el acto de autorizar la auto-avaluación de alguien que quiere ser un paciente* (Miller, p. 17, 1997).

Desde esta perspectiva se invierten los términos de la cuestión: mientras el Consentimiento Informado supone que el profesional ofrece un tratamiento y el consultante responde a ese ofrecimiento, Miller pone el acento en ese primer gesto del propio sujeto que consulta, al avalar<sup>12</sup> su sufrimiento como síntoma y pedir ayuda; como contrapartida, ubica el acto de aceptar o no esa demanda de tratamiento. En las entrevistas preliminares de un psicoanálisis, que en los dispositivos institucionales suelen desarrollarse bajo el título de "Admisión", la *evaluación clínica* constituye el punto de partida de toda intervención e implica el encuentro de la persona (aún no un sujeto analizable) y el analista (aún no su analista) para dar entrada a un tratamiento. El autor afirma que "aceptar o rechazar esa demanda ya es un acto analítico" (Miller, p. 18, 1997), que pone en juego la posición ética del analista. Nos interesa tomar este planteo de Miller en tanto brinda herramientas para pensar el lugar del consultante en la intervención psicológica. En principio, afirma que, para la evaluación de los síntomas, la presunción diagnóstica y la determinación de la estrategia clínica, la referencia al sujeto es ineludible, ya que será en su propia palabra, en sus dichos, donde se podrá ubicar lo que le concierne. Pero explica Miller que esto no se produce en el campo de los enunciados. Sino que se trata de la localización subjetiva en el terreno de la enunciación, es decir, la posición que asume el sujeto frente a eso que enuncia. Diagnóstico y localización subjetiva quedarán anudados vía la palabra en su dimensión, no de enunciado, sino de enunciación. La técnica psicoanalítica de la asociación libre permitirá localizar al sujeto en la medida en que "al hablar sin saber lo que dice, abandona la posición de Amo" de sus dichos, para introducir la dimensión de la enunciación, donde se ubica el sujeto del inconciente (Miller, p. 63, 1997).

Estos desarrollos no tienen el sentido de rechazar la pauta del Consentimiento Informado sino de percibir la complejidad que nuestro campo le imprime. Tomemos este fragmento de una de las entrevistas, donde se juega de manera evidente la tensión entre una concepción reglamentarista del Consentimiento Informado y otra que hace

<sup>12</sup>Según el diccionario de la RAE (2014), la *evaluación* es "la acción de reconocer, estimar o apreciar el valor o mérito de alguien o algo".

lugar al sujeto:

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

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

Entrevistado: *En el hospital sí, porque el consentimiento informado es obligatorio por ley. No es una cuestión opcional. Tiene que estar el consentimiento informado en la historia clínica. Es complicado a veces, cuando trabajas con pacientes psiquiátricos, es muy complicado, sobre todo cuando hay un montón de patologías, donde el paciente niega la patología que tiene, cuando lee el diagnóstico... se complica. Pero es obligatorio por ley. (Protocolo 30. Hospital Público: Marco teórico: Psicoanálisis Freudiano).*

Resulta interesante que el profesional se encuentra interpelado por los alcances clínicos de la comunicación del diagnóstico, subrayando el impacto negativo que puede tener para determinados pacientes el hecho de ser nombrados a partir de una enfermedad. Lo que queda puesto en cuestión es cómo la aplicación automática de la normativa, por ejemplo, informarle sobre el diagnóstico, barre y borra con toda buena intención legalista.

Cabe entonces interrogar la norma para enlazarla a un caso determinado, considerando las peculiaridades que éste va presentando. En primera instancia, deberíamos preguntarnos si es correcto generalizar esta indicación, ¿es esperable que el terapeuta comunique a *todo* paciente su diagnóstico desde el inicio? La eventual comunicación del diagnóstico al paciente no debería ser evaluada por fuera del tratamiento mismo, por lo cual se deberían considerar los efectos clínicos, incluso, la posibilidad de que esto resulte iatrogénico. Del mismo modo, esa comunicación podría resultar beneficiosa para el curso de un determinado tratamiento, pero claramente no es algo que pueda determinarse *a priori*. Por otra parte, la propia formulación del diagnóstico no podría prescindir de la palabra del sujeto desplegada en la relación transferencial. El diagnóstico se construye bajo transferencia, desde la singularidad del padecimiento (es otro modo de concebir el diagnóstico, distinto de los abordajes estandarizados de los manuales estadísticos de enfermedades, como DSM y CIE).

En este punto volvemos a la propuesta de Miller de ir de los *hechos* del paciente a sus *dichos*, y de éstos a su *decir*. En esta misma línea se podría pensar la secuencia Consentimiento Informado, *evaluación clínica*, *asentimiento subjetivo*, respectivamente, y así avanzar desde la *firma del consentimiento* (un hecho que el profesional

solicita a la persona) como punto de partida, a la *localización del sujeto* a través de sus dichos, y de esa localización al *asentimiento subjetivo*, dimensión del decir, donde el sujeto toma posición respecto de su palabra. Nos interesa poder ubicar una diferencia que permita ir más allá de las obligaciones deontológico-jurídicas del profesional que solicita el Consentimiento Informado, para luego rescatar el valor clínico, singular, que su inclusión en tanto estrategia clínica, pudiera suscitar. A partir del desarrollo de Miller, diferenciamos la *persona* que está en condiciones de dar su consentimiento, el *paciente* que busca avalar su propio pedido de ayuda y el *sujeto* que asiente dirigirse a un analista al que le supone algún saber.

De esta manera se buscará diferir, aplazar el comienzo del tratamiento. Ese aplazo será entonces el lugar a partir del cual, eventualmente se podrán generar condiciones de posibilidad para que el sujeto dividido *asienta decir allí*, en su emergencia.

En otros términos, quien da el consentimiento sobre un tratamiento no coincide con aquél que, vía una operación subjetiva, asiente el inicio de un análisis. El consentimiento debe ser decidido por el sujeto en otra dimensión, distinta de la del sujeto autónomo, indispensable para el Derecho. Ejemplo de ello es la clínica con niños, donde se ven con mayor claridad desdobladas las nociones de Consentimiento Informado, aportado por los padres, y el asentimiento subjetivo, que se debe obtener del niño (Domínguez, 2006). Ese desdoblamiento que, tal como hemos desarrollado en este escrito, existe en todo tratamiento –sea un psicoanálisis o no, incluso cuando no se trate de niños–, supone una dialéctica que articula la aceptación (aval) de la persona para iniciar la intervención psicológica y el deseo de analizarse.

Aunque se dirige al sujeto autónomo del derecho, la pauta del Consentimiento Informado planteada por el campo normativo –Ley de Salud Mental, códigos deontológicos, normas institucionales– puede habilitar otro espacio, a partir de la articulación entre el Consentimiento Informado, la evaluación clínica y el asentimiento subjetivo, a condición de que el profesional pueda posicionarse éticamente frente a la norma y la articule a lo singular del caso.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association (2002). Código de Ética (2002, 2010).
- Calo, O. & Hermsilla, A. M. (2000) *Psicología, ética y profesión: aportes deontológicos para la integración de los psicólogos del Mercosur*. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Corominas, J. (1973) *Breve diccionario etimológico de la lengua*. Barcelona: Gredos.
- Domínguez, M. E. (2006) "El consentimiento informado en la clínica con niños". En *Paradigmas, Métodos y Técnicas*. En *Memorias-XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores de Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Tomo III. Pág. 388-391.
- Federación De Psicólogos De La República Argentina. Código de Ética (1999, 2013).
- Ferrero, A. (2000) "La ética en psicología y su relación con los derechos humanos". *Fundamentos en humanidades*. Vol. I, número 2, diciembre, 2000. Pág. 17-31.
- Leibovich De Duarte, A. (2000). "La dimensión ética en la investigación psicológica". *Investigaciones en Psicología*, Año 5, número 1, Pág. 41-61.
- Ley N°26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (2009).
- Ley N°26.657. Derecho a la protección de la Salud Mental (2010).
- Michel Fariña, J. J., Benyakar, M., Salomone, G. Z. et al (2003) "La nueva normativa ética sobre consentimiento informado en psicoterapia: los aportes del Programa IBIS". *Perspectivas Bioéticas*, Año 8, número 15, 2003. Pág. 17-26.
- Miller, J. A. (1987) "Los signos del consentimiento". En *Psicoanálisis con niños: los fundamentos de la práctica*, Grama ediciones, Buenos Aires, 2004, Pág. 11-27.
- Miller, J.A. (1997) *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Eolia-Paidós.
- Real Academia Española. Diccionario de la Lengua. 23.ª edición (2014).
- Rovaletti, M. L. (comp.) (1995)-*Ética y Psicoterapia*.-Buenos Aires: Biblos.
- Salandro, C., Hermsilla, A. M. y Losada, C. M. (2010). "Psicopragmatología y Consentimiento Informado: Dilemas éticos y legales en la implementación de la norma". *II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Salomone, G. Z. & Domínguez, M. E. (2006) *La transmisión de la ética. Clínica y deontología. Vol. I: Fundamentos*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Salomone, G. Z. & Michel Fariña, J.J. "Sobre el acto de consentir". Informe UBACyT Programación Científica 2001-2004. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Director: Prof. J. J. Michel Fariña. Inédito.
- Salomone, G. Z. (2003) "El consentimiento informado y la responsabilidad: un problema ético". En *Salud, educación, justicia y trabajo. Aportes de la Investigación en Psicología*. En *Memorias de las X Jornadas de Investigación*. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Tomo III.

Fecha de recepción: 28 de mayo de 2016

Fecha de aceptación: 30 de octubre de 2016