

Andrea Rodríguez Quiroga*, Laura Bongiardino**,
Laura Borensztein* **, Juan Carlos Marengo***,
Ivana Aufenacker* ** y Carla Mango****

Consentimiento informado: Su uso y opinión entre psicoanalistas latinoamericanos

Esta investigación estuvo a cargo del Equipo de Investigación en Práctica Clínica Psicodinámica. Resaltar este punto no es meramente una forma de identificar a los autores, sino también introducir cuál ha sido el camino que llevó a indagar acerca del conocimiento, uso y opinión del consentimiento informado (CI) en diversas prácticas profesionales de la psicología, el psicoanálisis y la psiquiatría dinámica. La falta de materiales clínicos disponibles para ser estudiados de manera sistemática y la renuencia a pedir consentimiento al paciente para ser grabado obligaron a considerar este estudio como necesario para indagar y promover la temática institucionalmente. Inicialmente se realizó un estudio de revisión (Rodríguez Quiroga, Messina y San-salone, 2012), luego un proyecto piloto (Corbella, Rodríguez Quiroga, Bongiardino, Borensztein, Marengo, Riveros, Varrenti y Pacheco, 2016), y finalmente esta investigación, de la que aquí se despliegan los resultados del primer estudio. La misma informa sobre el grado de conocimiento que los psicoanalistas y analistas en formación latinoamericanos tienen acerca del uso del CI, y sus opiniones al respecto.

Cabe aquí aclarar que, para este estudio, el CI ha sido definido como *una prescripción ética* que se utiliza como directiva básica en diversos ámbitos profesionales, siendo el resultado de una *preocupación concerniente al derecho humano fundamental a la libre determinación* (Bennett, 2000, citado en Rodríguez Quiroga, 2012). Hay diversas definiciones acerca del consentimiento que enfatizan distintos aspectos de este según el contexto en el que pretenda ser aplicado.

Se espera así generar un debate sobre la temática entre los psicoanalistas e identificar diferencias sobre uso y opinión del CI en relación con prácticas específicas de los analistas. Se confía en contribuir con información que facilite el ejercicio de la responsabilidad ética y jurídica en las prácticas de los analistas.

Dichas prácticas se encuentran instituidas en los ámbitos donde los analistas se forman (sociedades psicoanalíticas, universidades, grupos de estudio). Es sabido que muchas de las instituciones dedicadas a la salud mental, al menos en Occidente, fueron creadas a partir de modelos preexistentes y bajo una perspectiva disciplinar, como bien lo ha señalado Michel Foucault (1975/2001). Son instituciones surgidas

de prácticas sociales instituidas que desde diversos modelos teóricos consideran e intervienen sobre el sufrimiento y los conflictos relacionados con todo lo atinente a los trastornos mentales y emocionales. La misma descripción cabe para las instituciones que forman a los profesionales en estas áreas de conocimiento.

Hay dos temas que no fueron suficientemente pensados o tenidos en cuenta desde los inicios en estas prácticas: los derechos de los pacientes y las relaciones de poder.

Los derechos de los pacientes irrumpen a partir de consecuencias iatrogénicas, mala praxis o, simplemente, ante pacientes que, ejerciendo su autonomía, resisten las indicaciones planteadas por los profesionales. Para decirlo de otro modo, es desde un plano tanto legal como ético que comienzan a discutirse y a incluirse instrumentos relacionados con los derechos de los pacientes y los límites a las prácticas e intervenciones médicas. Por ejemplo, ha sido un largo proceso la inclusión y administración del CI como una práctica habitual en medicina, y mucho más largo aún en las prácticas psicoterapéuticas. Aún hoy se encuentra amplia resistencia en ciertos ámbitos; por ejemplo, en la práctica psicoanalítica privada tanto como en la actividad institucional.

Los desarrollos teóricos en clínica vincular han hecho aportes muy interesantes y pertinentes al interrogar temas que históricamente no han sido considerados conceptos intrínsecos al corpus teórico-clínico. Por ejemplo, el tema del poder o, para ser más precisos, las relaciones de poder.

Si bien hubo muchos cambios desde los tiempos en los que a aquellos pacientes considerados “locos” había que encerrarlos –así como también han cambiado los criterios pedagógicos a la hora de transmitir la enseñanza de una disciplina–, aún perdura cierta confusión a la hora de distinguir entre la relación de asimetría que puede existir entre quien posee un conocimiento profesional y el paciente, y la noción de jerarquía.

En tanto personas que interactúan ante una situación dada, como puede ser una consulta profesional, lo que allí habrá es una relación asimétrica producida porque una de las partes intervinientes tiene el conocimiento y las posibilidades de ayudar con aquello que motiva una consulta, pero, como partícipes de la situación, no hay jerarquía que los diferencie como personas en sus derechos y en sus responsabilidades. Ninguno de los que allí participan puede excluirse de las relaciones de poder que el simple hecho de estar ante la presencia de unos y otros impone. La presencia vuelve visible que siempre hay un tope para las representaciones que cada uno pueda tener sobre la situación, ya que cada uno, con su presencia y su voz, le recuerda al otro los límites que cada uno admite o considera (Berenstein, 2004).

El presente texto no intenta ahondar en la complejidad que el tema del poder implica. Simplemente, se trata de visibilizar que cualquier modo de intercambio humano conlleva los efectos de las relaciones de poder que lo atraviesan.

Un eje posible entonces por considerar es aquel núcleo de poder proveniente de los paradigmas. Si bien ellos son necesarios para resolver los problemas de un campo de conocimiento que hasta un cierto momento permanecían en un cono de sombra o no se contaba con instrumentos adecuados para intervenir y resolver (Bernardi, 1989), se convierten en un obstáculo en sí mismos cuando adquieren un valor hegemónico desde las instituciones o las prácticas sociales, forzando a colegas y alumnos a adoptarlos, erigiéndose en portadores de un saber que opera más como una creencia que como un conocimiento científico.

Esto conduce a resaltar que las relaciones de poder son organizadores permanentes de la vincularidad. Los desarrollos de la teoría vincular han aportado fecundos desarrollos en estos aspectos (Puget, 1996).

La cuestión es que, en todas las disciplinas, la aparición de nuevas ideas y herramientas también es promotora de nuevos problemas.

* Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires.

** Equipo de Investigación en Práctica Clínica Psicodinámica, Instituto Universitario de Salud Mental.

*** Médico especialista en psiquiatría por el Instituto Universitario del Hospital Italiano.

**** Licenciada en psicología por la Universidad Favaloro.



Es quizá desde esta perspectiva que, en el año 2017, la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA, por sus siglas en inglés) creó un comité de confidencialidad para examinar el uso del material clínico, el uso de la tecnología a distancia y otros asuntos, y hasta el momento sigue trabajando en el tema. Estas palabras del Chair del comité ilustran algunas de las preocupaciones actuales en relación con el tema tratado en este artículo.

En varios países, incluyendo muy posiblemente a toda la Comunidad Europea, los pacientes poseen registros médicos sobre ellos y tienen derecho a verlos y controlarlos. Esto puede extenderse a las notas del proceso analítico. Si es así, entonces si el material extraído del tratamiento de un paciente se utiliza en cualquier foro (presentación científica, enseñanza, estudio de caso clínico, quizás incluso supervisión), el paciente tendría el derecho de ver y de controlar qué se utiliza así. En algunas jurisdicciones, disfrazar las características de identificación puede no ser suficiente para asegurar que los derechos de propiedad de un paciente han sido respetados. Dónde ir desde allí es una pregunta interesante. ¿Se requerirá el consentimiento informado? En análisis, un tema controvertido por derecho propio. La IPA ha buscado la opinión legal para ayudar a guiarnos a través de esta maraña de temas difíciles. (Brook, 2018, párr. 9)

Hasta hoy, entonces, los miembros y candidatos de la IPA siguen regidos por los Principios de Ética, Código de Ética y Procedimientos de Implementación, que reflejan valores humanitarios, principios psicoanalíticos y obligaciones profesionales para con los pacientes y el público, pero que no incluyen explícitamente el pedido de CI (Asociación Psicoanalítica Internacional, 2015).

Sin embargo, ameritan ser destacados los puntos 4 y 5 de la parte III de dicho código, bajo el título “Código ético para todos los psicoanalistas y candidatos”.

El primero de ellos ha sido citado por Wajnbuch *et al.* (2018) con relación a preguntarse: *¿Podríamos acaso tomar una publicación sin consentimiento como un “abuso de poder”?* Quizá pueda extenderse la pregunta a otras áreas de la práctica profesional donde cabría la aplicación del CI. La IPA (2015) nos alerta acerca de esta cuestión en el apartado que se transcribe a continuación:

Parte III: Código ético para todos los psicoanalistas y candidatos

4. Abuso de poder

a) Un psicoanalista debe tener debidamente en cuenta, durante un análisis y después de su finalización, el desequilibrio de poder que puede existir entre el analista y el analizando, y no debe actuar de ninguna manera contraria a la autonomía del paciente o del expaciente.

Y, ya en el punto 5, describe un punto esencial que retomaremos más adelante: la importancia de promover las mejores prácticas, para lo cual claramente menciona el estar actualizado como profesional y el mantener contacto con otros profesionales.

Parte de esta tarea está ligada a poder publicar, investigar, presentar académicamente y ser leído por colegas no psicoanalistas, nuevamente el tema del CI permea cada una de estas actividades profesionales.

5. Mantenimiento de normas, deterioro profesional y enfermedad

a) Un psicoanalista debe estar comprometido con el desarrollo profesional continuo y debe mantener los niveles apropiados de contacto con los colegas profesionales. Esto es para asegurar que se mantenga un nivel adecuado de práctica profesional y conocimiento actual de los desarrollos profesionales y científicos pertinentes.

En Latinoamérica, la Federación Latinoamericana de Psicoanálisis está en conformidad con el Código de Ética de la Sociedad Iberoamericana de Salud Mental en Internet (SISMI, 2009). En él no se alude al CI.

La responsabilidad profesional permea dos áreas imposibles de soslayar: la ética y la ley.

El trabajo realizado por Roussos, Braun y Olivera, *Conductas responsables para investigación en psicología* (2012), así como su antecesor, *Ethical behaviors of latin american psychotherapy researchers* (Roussos, Braun y Duarte, 2011) y el libro *Informed consent to psychoanalysis: The law, the theory, and the data*, de Saks y Golsman (2013), merecen citarse como antecedentes de este estudio. Roussos, Braun y Duarte (2011) hablan tanto de la conducta responsable como de la irresponsable en investigación. Sus palabras, en la opinión de quienes escriben, se aplican también a la conducta responsable/irresponsable del terapeuta cuando aseveran que muchas veces la conducta irresponsable no es intencional, sino fruto del desconocimiento, aunque este no justifica un mal accionar ético.

Es importante considerar, entonces, la diferencia entre las regulaciones que rigen la práctica psicoanalítica desde las instituciones que conforman la IPA y las regulaciones que corresponden a la práctica profesional dentro de cada país donde se encuentran las sociedades miembros de la IPA.

Realizando un análisis de 19 países latinoamericanos, considerando los datos publicados por la Organización Panamericana de Salud (Castaglione, OPS y OMS, 2010) y de la Oficina de Protección de Investigación Humana (Office for Human Research Protection and U. S. Department of Health and Human Services, 2017), podemos observar patrones que se repiten dentro de lo que se consideran los parámetros básicos de los derechos del paciente y la práctica de los profesionales de la salud.

Según la Organización Panamericana de Salud (Castaglione, OPS y OMS, 2010), todos los países Latinoamericanos mencionan en sus leyes y guías técnicas el CI y lo refieren a aspectos similares de lo que significan los derechos del paciente, tales como: derecho a la intimidad, la confiabilidad, el ejercicio de su autonomía y voluntad, recibir información sanitaria, ser asesorado, tener acceso a sus registros, conocer el estado de su enfermedad, el tratamiento y pronóstico, y, finalmente,

tener la oportunidad de poder dar su consentimiento o no sobre la intervención a la que será sometido por los profesionales de salud.

Si bien el CI es repetidamente mencionado por estos países como un derecho que el paciente tiene de recibir de todos los profesionales y de todos los ámbitos de la salud, no solo en el ámbito de las prácticas médicas, es de interés hacer notar que esta tendencia a extenderlo a todos los profesionales de la salud está más presente en la actualidad.

También se explicitan algunos puntos de importancia, según regulaciones de diferentes países. Por ejemplo, como se especifica en el Código de Derecho colombiano (leyes N° 68 y N° 1995, de 1999), el CI es una decisión voluntaria que debe ser tomada por ambas partes: el paciente y el profesional de la salud. Esta decisión *solo* debe tomarse unilateralmente cuando hay una emergencia.

Otro aspecto que debe tenerse en cuenta es la confidencialidad que se pone automáticamente en juego una vez que el contacto profesional-paciente ha tenido lugar, por eso el código de la ley de El Salvador (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Salud, Dirección de Regulación y Dirección de Vigilancia de la Salud, 2008) especifica que esto incluye a los *pacientes* que han pedido ayuda fuera del área de consulta y aquellos que han recibido primeros auxilios.

Otro aspecto que se incluye en el CI pero que se menciona poco es el derecho a *no ser informado*. Como se establece en el Código de Derecho de Panamá (que regula los derechos y obligaciones de los pacientes en materia de información y decisión libre e informada, ley N° 68, 2003) un paciente tiene derecho a no recibir información sobre su condición médica si así lo desea y también tiene derecho a preservar a su familia de esta información. Sin embargo, este derecho de confidencialidad es revocado si existe un riesgo de peligro para sí mismo o para terceros. Otro caso en el que se puede revocar la confidencialidad es si el paciente da su consentimiento para que esto suceda o si un tribunal lo ha ordenado.

Un paciente también tiene derecho a revocar su consentimiento en cualquier momento y puede dar su consentimiento una vez que haya recibido información completa y coherente sobre su enfermedad, tratamiento y pronóstico. Esta información debe ajustarse a sus facultades mentales y sus antecedentes culturales y económicos.

En relación con el estado del arte¹ sobre el tema elegido, cabe mencionar a Goddard, Murray y Simpson (2008), quienes indagaron a través de entrevistas semiestructuradas las tensiones entre los requerimientos del CI y la práctica clínica psicodinámica. Estos mismos autores citan a Croarkin, Croarkin, Berg y Spira (2003) para dar cuenta de que los terapeutas psicodinámicos evalúan pobremente la importancia del CI en los tratamientos, los beneficios del CI para los pacientes y el uso de procedimientos escritos para el CI. Es de interés destacar las razones principales que se han esgrimido frente a esta actitud, a saber, que darle información detallada a un paciente podría lastimar la relación terapéutica y que la comunicación de los métodos utilizados en la práctica psicodinámica podría atentar contra la producción de material inconsciente (Jensen, McNamara y Gustafson, 1991, citados Goddard, Murray y Simpson, 2008). Blease, Lilienfeld y Kelly (2006) aluden a tres razones sobre la renuencia al uso del CI: la dificultad en comprender el CI como un proceso, la complejidad en comprender los aportes de la investigación en psicoterapia y la desatención en relación con comprender los fracasos de tratamiento, tema desarrollado por Bernardi (2016) en nuestra región.

Sin embargo, estudios como los de Jensen, McNamara y Gustafson (1991) y Braaten y Handelsman (1997) ya refutaban esta posición de los terapeutas y es-

pecificaban que los pacientes consideraban como importante poder incluir en el proceso de CI información respecto a técnicas inapropiadas, confidencialidad y riesgos del tratamiento.

Un estudio del Reino Unido encontró que los pacientes que recibían información insuficiente sobre el tratamiento en sus inicios tendían a informar los efectos adversos del tratamiento (Crawford *et al.*, 2016). Acorde con la explicación proporcionada por Blease, Lilienfeld y Kelly (2006), este hallazgo sostiene la idea de que dar información suficiente sobre la terapia ayuda a desmitificar el proceso de tratamiento, reduce la ansiedad sobre el tratamiento y aumenta la confianza entre el terapeuta y el paciente, contribuyendo a mejores resultados (Beahrs y Gutheil, 2001; Snyder y Barnett, 2006), aunque aclaran los autores que este hallazgo también puede ofrecer otras alternativas de comprensión.

De cualquier manera, persiste la discrepancia entre las creencias de los terapeutas y la perspectiva de los pacientes, evidenciándose la tensión existente entre un modelo que presupone que el médico sabe qué es mejor para su paciente versus otro que privilegia la autonomía del paciente respecto a qué quiere para sí.

Hooley (2016) enfatiza, como consideraciones éticas, la importancia de promover mejores prácticas y la protección de paciente y terapeuta. Para ello, identifica tres puntos centrales: el desarrollo y mantenimiento de la competencia profesional, la creación de procedimientos razonables para proteger la privacidad y confidencialidad del paciente, y un CI fundamentado y exhaustivo.

Esto no parece posible sin la incorporación del estado del arte en investigación en psicoanálisis y en psicoterapia (Bleuse, Lilienfeld y Kelly, 2006; Kächele y Schachter, 2017).

Queda siempre a consideración de cada analista la temática planteada por Leibovich de Duarte (2006): ¿Es el CI y su carácter de manifestación consciente del paciente suficiente resguardo dentro del contexto del psicoanálisis? ¿Cómo considerar los procesos mentales inconscientes en la respuesta del paciente frente a un pedido de consentimiento? En línea con estas preguntas, Dyer y Bloch Duke (1987) incluyen el tiempo como una variable a considerar, dado que la implementación del CI es parte de un proceso continuo producido en la relación terapéutica. Explicitan que la comunicación entre ambos puede tener múltiples niveles de significación (conscientes e inconscientes), y difícilmente puedan ser apreciados simultáneamente. El CI se produce más de una vez y repetidamente, en un trabajo conjunto.

En definitiva, se trata de un posicionamiento ético en el cual participan pacientes y analistas.

Objetivo general

Describir el uso y opinión del consentimiento informado (CI) entre psicoanalistas y analistas en formación de América Latina, pertenecientes a la Asociación Psicoanalítica Internacional.

Objetivos específicos

1. Describir los diferentes usos del consentimiento informado en la práctica psicoanalítica actual y sus problemas asociados.
2. Estudiar similitudes y diferencias en el uso y opinión del consentimiento informado según diferentes áreas de desarrollo profesional:

1 N. de la E.: El estado del arte es el nivel más alto de desarrollo (ya sea de un aparato, una técnica o un área científica), alcanzado en un tiempo definido.

- a) Docencia, publicación e investigación
 - b) Práctica clínica (adultos, niños y adolescentes, vínculos y psiquiatría)
 - c) Diferentes escuelas de pensamiento analítico
3. Describir la opinión del consentimiento informado desde la perspectiva de los analistas como pacientes.

Método

El estudio 1 de esta investigación es de alcance exploratorio-descriptivo, con un enfoque cuantitativo.

Muestra

Se administró una encuesta a una muestra no probabilística. Esta estuvo limitada a los analistas y los analistas en formación de América Latina que respondieron la encuesta, cuyas direcciones de correo electrónico estaban incluidas en el Roster de IPA, así como las direcciones de analistas en formación que se obtuvieron en respuesta a una solicitud a los institutos de formación psicoanalíticos latinoamericanos.

Originalmente se enviaron 3902 invitaciones para participar y contestar la encuesta. Se confirmó que 3107 fueron recibidas correctamente. Respondieron a la encuesta 234 participantes. De acuerdo con los criterios de inclusión establecidos de antemano, 159 encuestas constituyeron la muestra.

Tabla 1. Frecuencia de respuestas en relación con los e-mails enviados.

	n total	n español	n portugués
Encuestas enviadas	3902	2443	1459
Encuestas recibidas	3107	2029	1078
Encuestas respondidas	234	161	73
Encuestas respondidas analizados	159	111	48

Tabla 1. Número de encuestas.

Materiales

Se preparó un cuestionario sobre datos demográficos (se adjunta en el Anexo 1, junto con la encuesta).

La encuesta comprende 13 preguntas relacionadas con Uso y Opinión del CI. Es una versión modificada de la encuesta publicada por Saks y Golshan (2013), administrada a analistas de Estados Unidos. Se solicitó permiso a los autores para su modificación. Las modificaciones se realizaron en función de los objetivos de la

investigación y parámetros profesionales relevantes para la cultura local.

Se transcriben a continuación los datos demográficos de mayor interés: 68% de la muestra total fueron mujeres; 66% tenía entre 51 y 70 años. Respecto al modelo teórico adscrito, 57% pertenecía al modelo freudiano y 19% al modelo inglés. En relación con el ámbito de desarrollo de la actividad profesional, 64% trabajaba en la práctica privada y 52% trabajaba con adultos.

La muestra se distribuyó en los siguientes países: Argentina, Brasil, Paraguay, Venezuela, Colombia, Chile, México, Perú y Uruguay. Un tercio de los encuestados fueron brasileños; un tercio, argentinos; y un 15%, mexicanos. Estos tres países representaron el 80% de la muestra.

Aunque se incluyeron analistas de 27 sociedades psicoanalíticas latinoamericanas, la mitad de la muestra pertenecía a una de las siguientes cuatro instituciones: APdeBA (16%), APA (14%), SBPSP (12%), SPPA (9%). El 79% resultó ser miembro de la sociedad psicoanalítica a la que pertenecía.

La distribución de la muestra con relación a las sociedades se describe en la figura 1.

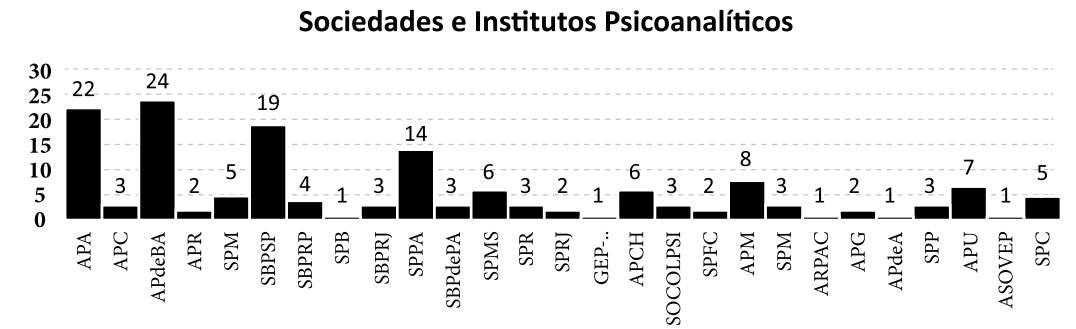


Figura 1. Número de participantes según sociedad o instituto psicoanalítico de pertenencia.

Procedimiento

La encuesta de Saks y Golshan (2013) fue traducida por expertos al español y el portugués, y nuevamente desde ambos idiomas al inglés.

La encuesta que debían completar los participantes fue subida al programa Survey Monkey (plataforma de encuestas para que los usuarios respondan online, que también facilita la recopilación de datos).

Se realizaron dos versiones, una en español y otra en portugués.

Los participantes recibieron una invitación por correo electrónico para participar en el estudio con un enlace al sitio web donde se encontraría la encuesta en línea. Las invitaciones fueron enviadas según el idioma del país (español o portugués).

Protección del anonimato: las direcciones IP de los encuestados eran desconocidas, y era imposible rastrear el origen de cada encuesta. La misma era precedida por la solicitud de un CI a cada participante.

Se realizaron cinco envíos de correos electrónicos a los analistas y los analistas en formación. Se solicitó la colaboración de Federación Psicoanalítica de América Latina (Fepal) para realizar el primer envío. Las entregas posteriores fueron realizadas por el Departamento de Investigación del Instituto Universitario de Salud Mental (IUSAM).

Se preparó una base de datos utilizando el programa SPSS para el análisis conjunto de las encuestas obtenidas.

Se realizó un análisis descriptivo con pruebas no paramétricas.

Se organizaron los resultados según objetivos específicos.

Análisis de datos

Las comparaciones por variable de interés se realizaron fundamentalmente mediante tres tipos de análisis. El chi cuadrado cuando ambas variables eran nominales. La U de Mann Whitney cuando una variable era de intervalo y la otra nominal (con dos categorías de respuesta). Y la H de Kruskal Wallis cuando una variable era de intervalo y la otra nominal (con tres o más categorías de respuesta). Estos dos análisis (no paramétricos) se seleccionaron con base a las evidencias de la violación del supuesto de normalidad en las variables presentadas en los análisis descriptivos de las mismas.

Para los tres análisis se estableció un alfa de .05 para el rechazo de la hipótesis nula.

Frente a la falta de análisis *post hoc* en la prueba H de Kruskal Wallis, ante diferencias significativas globales se utilizaron comparaciones U de Mann Whitney para establecer entre qué grupos se observaban las diferencias. En estos casos se ajustó el alfa mediante una corrección Bonferroni para no aumentar la probabilidad de un error de tipo I por las comparaciones múltiples. En los casos en que se realizaron tres comparaciones simultáneas, el alfa se estableció en .016.

Resultados

Una observación general es que el uso del CI se vio asociado a variables como la profesión de los participantes, el modelo teórico al que adscriben, su estatus en las sociedades que conforman y los países de procedencia.

La tabla 2 muestra la opinión de los psicoanalistas sobre aquellos ámbitos en los que se debería utilizar el CI.

	Siempre	Frec.	A veces	C. N.	Nunca
Para llevar a cabo el tratamiento	30	5	12	22	61
Para presentaciones clínicas en instituciones, congresos, etc., que contengan material clínico del paciente	29	15	22	14	50
Para supervisar el tratamiento del paciente	7	3	11	11	87
Para publicaciones referidas al tratamiento del paciente	45	11	15	9	49
Para investigar con material clínico del paciente	33	9	10	7	55
Para grabar al paciente					

Tabla 2. Ámbitos en los que se debería usar el consentimiento informado. (Frec.: frecuentemente; C. N.: casi nunca).

A continuación, se describen las diferencias observadas en base a las características de interés de la muestra, según análisis de comparación. Solo se presentan diferencias estadísticamente significativas. Si hay alguna diferencia no significativa, se aclara esta condición en el texto.

Diferencia por profesión (psicólogo vs. psiquiatra)

Los psicólogos consideraron en mayor medida que los psiquiatras que no debía informarse en el CI sobre las credenciales del analista ni el estado de salud del paciente.

Los psiquiatras sostuvieron que, en comparación con los psicólogos, en sus consentimientos transmiten en mayor medida la especificidad del problema del paciente y alternativas al proceso analítico, mientras que los psicólogos manifestaron incluir con mayor frecuencia nociones asociadas al resguardo de la confidencialidad.

La mayoría de los psiquiatras manifestaron que en el consentimiento debían incluirse beneficios y riesgos de alternativas terapéuticas al análisis, y los psicólogos dijeron mayormente que estas no debían incluirse.

La mayoría de los psiquiatras sostuvieron que el consentimiento debía ser solicitado en forma escrita, en tanto que la mayor parte de los psicólogos consideró que su formato debía establecerse dependiendo de las circunstancias.

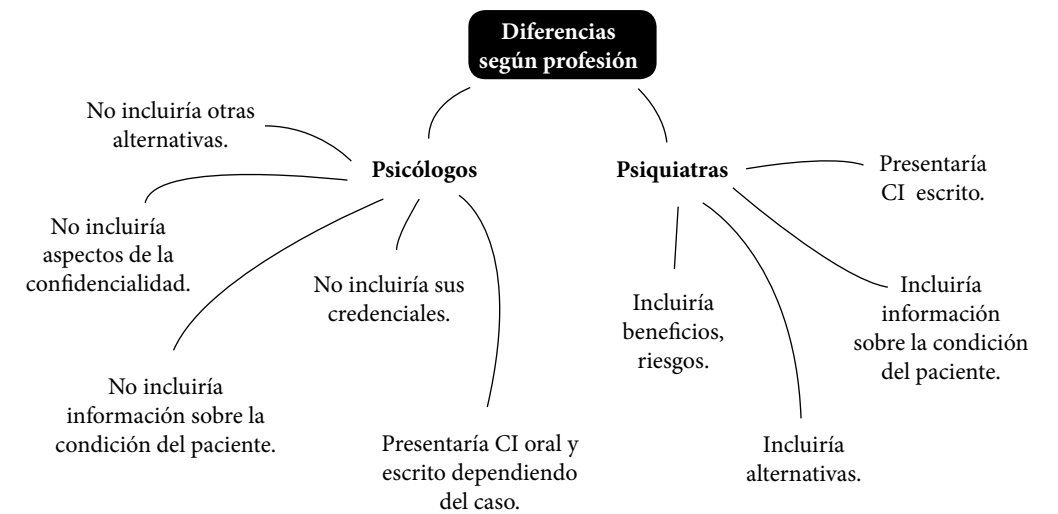


Figura 2. Diferencias estadísticamente significativas según profesión.

Diferencias por modelo teórico

El grado en el que los participantes consideraron necesario utilizar el CI para investigar con material clínico del paciente varió en función del marco teórico de los participantes. Los integrantes de la escuela rioplatense consideraron en mayor medida que debía utilizarse con este fin, comparados con los de la escuela inglesa y la escuela freudiana. Entre estas dos últimas escuelas no se encontraron diferencias significativas.

Por otra parte, el marco teórico se vio asociado a incluir o no especificaciones del problema del paciente en el CI. Los participantes de la escuela freudiana tendieron mayormente a no incluir información al respecto, mientras que los de la escuela rioplatense y la escuela inglesa manifestaron hacerlo en mayor medida.

La inclusión de menciones a posibles amenazas a la confidencialidad también se vio asociada al marco teórico. En los modelos freudianos y de escuela rioplatense, fue similar la manifestación de incluir o no incluir estas nociones; los participantes de la escuela inglesa por amplia mayoría sostuvieron que incluyen este aspecto en sus consentimientos.

En los tres grupos de modelos teóricos, la mayoría consideró necesario usar el consentimiento para la realización de presentaciones. Sin embargo, fue mucho mayor la proporción de participantes de la escuela rioplatense que manifestaron necesaria su inclusión.

Diferencia por estatus en la sociedad

Se observaron también una serie de variables asociados al estatus de los participantes en las sociedades a las que pertenecen.

Con relación al uso del consentimiento, se observaron diferencias en cuanto a la idea de si debía incluir la autorización del paciente para presentaciones, supervisiones, etc. Entre los analistas en formación, si bien la mayoría consideró necesario incluir la autorización de los pacientes, un porcentaje importante consideró que no debía incluirse. En el caso de los miembros de instituciones, la proporción de participantes que consideró necesario incluir la autorización fue mucho mayor. En los egresados del instituto, todos consideraron necesario incluir dicha autorización del paciente en el consentimiento.

También se observaron diferencias acerca de la finalidad de utilizar el consentimiento. Los egresados del instituto tendieron a considerar en mayor medida la necesidad de usar el consentimiento para supervisión de casos, presentando diferencias significativas con los miembros de instituciones y los analistas en formación.

Además, el estatus de los participantes se asoció a diferentes ideas acerca de qué transmitir en el consentimiento.

Los grupos también se diferenciaron en la necesidad de transmitir los beneficios del proceso analítico. Los egresados de instituto presentaron en mayor grado una necesidad de transmitir dichos beneficios, comparados con los otros dos grupos. Por otra parte, los egresados de instituto manifestaron una tendencia mayor a transmitir los riesgos del proceso analítico, con diferencias significativas respecto de los miembros de instituciones y los analistas en formación.

Los grupos se diferenciaron, por otra parte, con base en la necesidad de plantear alternativas al proceso analítico. La única diferencia significativa entre los pares de grupos se observó entre los egresados de instituto y los analistas en formación, siendo estos últimos los que en mayor grado manifiestan alternativas al proceso analítico en el consentimiento.

Por último, los grupos se diferenciaron en relación con la necesidad de transmitir posibles amenazas a la confidencialidad. Aquellos egresados de instituto manifestaron en mayor medida dicha necesidad, en comparación con el grupo de miembro de instituciones.

Diferencias por países

La variable país de procedencia de los participantes se vio asociada a variaciones sobre el CI.

En cuanto al aspecto del consentimiento, los países se diferenciaron significativamente en relación con incluir la aceptación voluntaria del paciente para realizar el tratamiento, información y pedido de autorización a responsables del paciente, autorización del paciente para presentaciones clínicas e informar del estado de salud del paciente.

Los participantes de Argentina y México consideraron necesario en mayor dimensión que el consentimiento incluya la aceptación voluntaria del paciente, mientras que en Brasil la mayor parte de los participantes no lo consideró neces-

rio. También la mayoría de los terapeutas de Argentina y México mencionaron la necesidad de que el consentimiento cuente con información y pedido de autorización a responsables del paciente, y en Brasil la cantidad que estableció que era o no necesario fue virtualmente idéntica.

Con relación a la necesidad de incluir la autorización del paciente para presentaciones clínicas, en los tres países la mayoría lo consideró necesario, aunque con variaciones. En Argentina, el 41% no consideró necesario incluir dicha autorización, en México un único caso de los 21 recabados no manifestó esta necesidad. En Brasil, el 78% sostuvo que debía incluirse la autorización del paciente en el consentimiento.

Informar el estado de salud del paciente en el consentimiento también presentó diferencias por países. El 44% de los participantes de Argentina y el 42% de los de México lo consideraron necesario, mientras que en Brasil solo 17% lo manifestó como requisito.

Respecto de la finalidad de usar el consentimiento, los participantes de Argentina y México consideraron en mayor medida que era necesario para llevar a cabo el tratamiento. Ambos países presentaron diferencias significativas al compararlos con Brasil.

También el uso de consentimiento para presentaciones clínicas presentó diferencias entre los países.

En este aspecto, los participantes de México tendieron a considerar en mayor grado la necesidad de utilizar el consentimiento para supervisar el tratamiento del paciente en comparación con Brasil. En Argentina también se observaron puntajes superiores a los de Brasil en este punto, pero las diferencias no fueron significativas.

A su vez, lo que los participantes transmitieron e incluyeron en el consentimiento se vio asociado a su país de procedencia.

Los participantes de Brasil manifestaron transmitir en mayor medida sus calificaciones que los de Argentina. Si bien se observó una diferencia con los de México, la misma no fue estadísticamente significativa.

Los sujetos de México tendieron a transmitir con mayor frecuencia los beneficios y los riesgos del proceso analítico, en comparación con los de Brasil y Argentina.

También globalmente se observó que la transmisión de riesgos y beneficios de alternativas al proceso analítico se diferenció según los países de los participantes. Si bien México fue el país en el que se presentaron mayores puntajes en este ítem, ninguna de las comparaciones U de Mann-Whitney posteriores fueron significativas.

En las comparaciones por países, algunos de los resultados observados mediante los análisis H de Kruskal-Wallis se vieron replicados por el chi cuadrado. Así, por ejemplo, los participantes de Brasil en mayor proporción manifestaron incluir en sus consentimientos las calificaciones.

Del mismo modo, se observan diferencias en cuanto a la inclusión de los riesgos del proceso analítico y las posibles amenazas a la confidencialidad.

Finalmente, respecto del conocimiento de leyes que regulen el uso de consentimiento, los participantes se diferenciaron en el hecho de conocer una ley clínica que promueva su uso. La mayoría de los participantes de Argentina contestó conocer una ley de esa naturaleza, mientras que en los participantes de Brasil se observó la tendencia opuesta.

Resultados de acuerdo con los objetivos específicos

1. Describir diferentes usos de consentimiento informado en prácticas clínicas psicoanalíticas actuales y problemas asociados. Se observaron diferencias significativas entre psicólogos y psiquiatras, diferentes escuelas de pensamiento y el

estatus de los participantes en la sociedad con respecto a lo que incluirían en un CI y cómo lo administrarían.

También podemos ver una diferencia de acuerdo con los países -por ejemplo, entre Argentina y Brasil-, respecto al conocimiento que tienen sobre las leyes que regulan el uso del CI.

En relación con el conocimiento de la ley sobre CI, la figura 3 muestra diferencias de acuerdo con distintas áreas de práctica profesional.

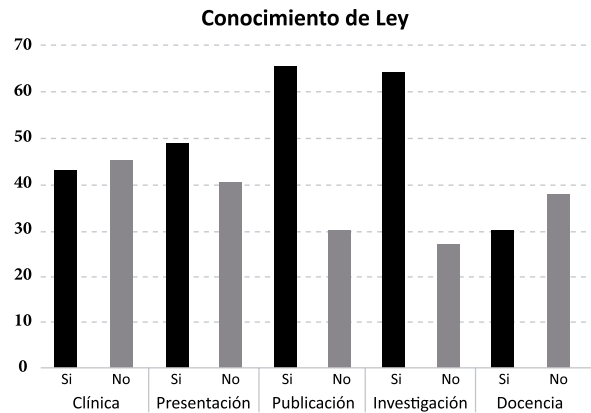


Figura 3. Conocimiento de la ley sobre consentimiento informado de acuerdo con las distintas áreas de práctica profesional.

2. Estudiar similitudes y diferencias en el uso y opinión del consentimiento informado según diferentes áreas de desarrollo profesional.

A) Participación en la enseñanza, publicaciones, investigación, supervisión.

Si bien hubo diferencias significativas con relación a este punto, cabe mencionar la opinión de psicoanalistas relativa a la obligatoriedad en los ámbitos antes mencionados. Esta información se ve graficada en la figura 4.

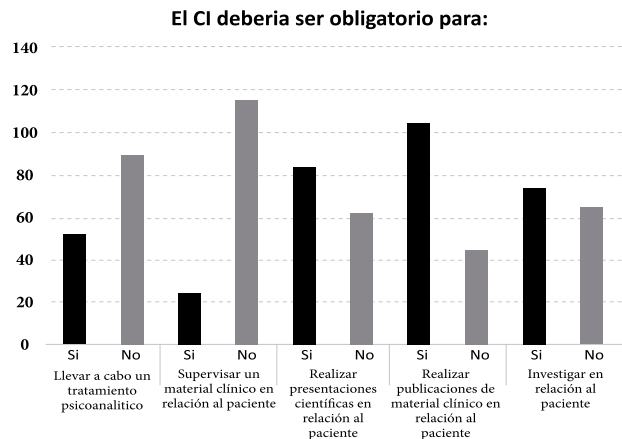


Figura 4. Opinión de psicoanalistas sobre la obligatoriedad del CI en distintos ámbitos.

B) Según áreas de práctica clínica (adultos, niños y adolescentes, vinculación, psiquiatría).

No hubo diferencias significativas.

C) Según diferentes escuelas de pensamiento analítico.

Como se ha visto antes, los terapeutas no difieren en la opinión en aspectos clave en función de su escuela de pensamiento.

3. Describir opiniones sobre el CI desde la perspectiva del analista como paciente. Resultados de la encuesta: No hubo diferencias significativas.

Limitaciones del estudio

Es importante destacar el bajo porcentaje de respuestas como limitación del estudio 1, que fue inferior al 30%. La baja tasa de respuesta de algunos países no permitió que se incluyeran en los análisis estadísticos. Puede haber variables intervinientes asociadas con responder a la encuesta que implican una visión particular del CI. En consecuencia, la generalización de estos resultados significaría una amenaza para la validez externa. Dada la tasa de respuesta, sería apropiado replicar el estudio en la población total o utilizar un diseño probabilístico de muestreo que asegure un grado de representatividad de la muestra.

Tampoco hay una prueba de la validez psicométrica de la encuesta en términos de su validez y confiabilidad.

Se propone que se exploren las percepciones del CI con instrumentos estandarizados o que se desarrollen instrumentos específicos. También debe tenerse en cuenta la conveniencia social en las respuestas.

Discusión y conclusiones

A veces, como en esta ocasión, la ausencia de datos genera hipótesis de gran interés. De las 234 encuestas cuyos datos demográficos fueron recolectados, solo 159 respondieron a las preguntas específicas sobre uso y opinión del CI.

Es posible presentar algunas hipótesis sobre estos resultados, en primer lugar, en relación con el material en sí. ¿Fue comprensible la encuesta? ¿De fácil acceso? Cada uno de ustedes podrá opinar al respecto, ya que la misma está inserta como anexo en este trabajo.

Sin embargo, a los efectos de este estudio, es más interesante considerar la reticencia de los psicoanalistas a dar su opinión y explicar el uso que hacen o no del CI.

¿Es este un territorio desconocido, y eso dificulta la respuesta? ¿Cuestiona este tema algo muypreciado por la comunidad psicoanalítica, a saber, la ética en la atención al paciente? ¿Será que en nuestra región las instituciones psicoanalíticas no han reflexionado lo suficiente sobre este tema? ¿O, quizá, las instituciones psicoanalíticas no han generado pautas suficientemente claras?

El CI y su implementación obligan a repensar cuestiones centrales relacionadas con el proceso analítico, lo cual debe reconocerse como complejo. La cuestión de la confidencialidad parece ser de mayor importancia en relación con su inclusión en el CI. Hasta cierto punto, parece que, según la cultura institucional, el derecho primario del paciente es la confidencialidad. Y la confidencialidad está protegida, por ejemplo, en las presentaciones, disfrazando el material. Pero ¿cómo dar un paso hacia la cultura actual, en la que los pacientes exigen una mayor implicación en cuestiones de su propia salud?

A su vez, al implementar el CI, la subjetividad del paciente adquiere relevancia una vez más como interés *princeps* del psicoanálisis al hacerle lugar a los derechos del paciente.

Entendemos que esta encuesta es simplemente un trampolín para una mayor reflexión, que debe hacerse un lugar en las instituciones psicoanalíticas latinoamericanas, especialmente con relación a los analistas en la formación. La mayoría de los que han contribuido a esta investigación son analistas *senior*, con muchos años de experiencia profesional en la práctica privada, pero la situación no es la misma para los que están actualmente en formación y que trabajan en el sector público, no solo en el sector privado.

El reto es incentivar a los profesionales a reflexionar sobre este tema en relación con su práctica profesional y sus conocimientos, teniendo en cuenta las implicaciones éticas y jurídicas en ambos casos, y tener éxito en la sensibilización sobre la importancia de dar la debida información sobre el CI.

Kächele y Schachter (2017) introducen el concepto de arbitrariedad voluntaria e involuntaria para describir su rol en la formación de la identidad psicoanalítica.

La arbitrariedad se refiere a una convicción intensa que carece de fundamentación o de datos justificativos. La arbitrariedad involuntaria se refiere a una convicción cuya base es plausible, aunque en la revisión posterior nos damos cuenta de que fue erróneamente concebida. Se espera que este aporte colabore a comprender algunas actitudes hacia el uso y opinión del CI como una arbitrariedad involuntaria y facilite los cambios profesionales actuales con relación a la práctica psicoanalítica.

Resumen

El objetivo del estudio fue investigar el uso y opinión del consentimiento informado (CI) que tienen los psicoanalistas y los analistas en formación latinoamericanos, pertenecientes a la Asociación Psicoanalítica Internacional.

Se estudiaron similitudes y diferencias que surgen entre ellos con relación a diferentes áreas: a) docencia, publicación e investigación; b) práctica clínica; c) diferentes escuelas de pensamiento analítico.

Para este estudio (1) se modificó la encuesta de Saks y Golshan (2013) realizada a analistas de Estados Unidos. Se completaron 159 encuestas; se realizó un análisis descriptivo con estadísticas no paramétricas.

Los resultados indican que el uso del CI se ve asociado a variables como la profesión, el modelo teórico al que se adscribe, el estatus en la sociedad psicoanalítica y el país de procedencia, y también al modo en que la cultura institucional local permea la opinión y el uso del CI.

Entre las limitaciones al estudio resalta la baja tasa de respuestas.

Descriptor: *Clínica, Ética, Institución, Poder, Investigación. Candidato a descriptor:* *Consentimiento informado.*

Abstract

The objective of this study was to investigate the use and opinion of Latin American psychoanalysts and analysts in training, belonging to the International Psychoanalytic Association, about informed consent (IC).

We studied the similarities and differences, in relation to different areas: a) teaching, publication and research; b) clinical practice; c) difference in schools of thought.

For this study (1) the survey by Saks y Golshan (2013) administered to American Analysts, was modified. 159 surveys were completed. A descriptive analysis was performed with non-parametric statistics.

The use of IC is associated to variables such as: profession, theoretical model which the analysts ascribe to, their status in their psychoanalytic society and country of origin. It should be noted that the local institutional culture, has an influence on the opinion and use of IC.

We highlight the low response rate as a limitation to the study.

Keywords: *Clinical practice, Ethics, Institution, Research. Candidate to keyword:* *Informed consent.*

Referencias

- Asociación Psicoanalítica Internacional (2015). *Ethics code new*. Disponible en: https://www.ipa.world/ipa/en/IPA/Procedural_Code/Ethics_code_new.aspx
- Behars, J. O. y Gutheil, T. G. (2001). Informed consent in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 158, 4-10.
- Berg, J. W., Appelbaum, P. S., Lidz, C. W. y Parker, L. S. (2007). *Informed consent: Legal theory and clinical practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Blease, C., Lilienfeld, S. O. y Kelly, J. M. (2006). Evidence-based practice and psychological treatments: The imperative of informed consent. *Frontiers in psychology*, 68, 7.
- Berenstein, I. (2004). *Devenir otro con otro(s): Ajenidad, presencia, interferencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Bernardi, R. (1989). El poder de las teorías. El papel de los determinantes paradigmáticos en la comprensión psicoanalítica. *Revista de Psicoanálisis*, 46(6), 904-929.
- Bernardi, R. (2016). Evolución de los pacientes en psicoterapia: La evaluación de los cambios. En R. Bernardi, B. Varela, D. Miller, R. Zytner, L. de Souza y R. Oyénard, *La formulación psicodinámica de caso: Su valor para la práctica clínica* (pp. 353-369). Montevideo: Grupo Magro.
- Braaten, E. B. y Handelsman, M. M. (1997). Client preferences for informed consent information. *Ethics and behavior*, 7(4), 311-328.
- Brook, A. (2018). The IPA on confidentiality. Disponible en: <http://www.ipa.world/ipa/en/Members/confidentialityAB.aspx>
- Castiglione, S., Organización Panamericana de Salud y Organización Mundial de Salud (2010). *Compilación de Legislación sobre sistemas de servicios de emergencia en América Latina*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Corbella, V., Rodríguez Quiroga, A., Bongiardino, L., Borensztein, L., Marengo, J. C., Riveros, C., Varrenti, M. M. y Pacheco, G. (2016). Uso y opinión del consentimiento informado entre psicoterapeutas: Un estudio piloto. *Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 1, 19-35.
- Croarkin, P., Berg, J. y Spira, J. (2003). Informed consent for psychotherapy: A look at therapists' understanding, opinions, and practices. *American Journal of Psychotherapy*, 57(3), 384-400.
- Crawford, M. J., Thana, L., Farqharson, L., Palmer, L., Hancock, E., Bassett, P. et al. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: Results of a national survey. *British Journal of Psychiatry*, 208, 260-265.
- Dyer, A. y Bloch Duke, S. (1987). Informed consent and the psychiatric patient. *Journal of Medical Ethics*, 13, 12-16.
- Foucault, M. (2001). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI. (Trabajo original publicado en 1975).
- Goddard, A., Murray, C. D. y Simpson, J. (2008). Informed consent and psychotherapy: An interpretative phenomenological analysis of therapists' views. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81(2), 177-191.
- Hooley, I. (2016). Ethical considerations for psychotherapy in natural settings *ecopsychology*, 8(4), 215-221.
- IBM Corp (2013). *IBM SPSS Statistics Version 22.0*. Armonk: IBM Corp.
- Jensen, J. A., McNamara, R. y Gustafson, K. E. (1991). Parents' and clinicians' attitudes toward the risks and benefits of child psychotherapy: A study of informed-consent content. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22, 161-170.
- Kächele, H. y Schachter, J. (2017). The role of arbitrariness in identity formation and research. *Romanian Journal of Psychoanalysis*, 10, 69-82.
- Leibovich de Duarte, A. (2006). La ética en la práctica clínica: Consideraciones éticas en la investigación psicoanalítica. *Revista Uruguaya De Psicoanálisis*, 102, 197-220.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dirección General de Salud, Dirección de Regulación y Dirección de Vigilancia de la Salud (2008). *Guía técnica para los servicios de atención prehospitalaria*. San Salvador: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Office for Human Research Protections y U. S. Department of Health and Human Services (2017). *International compilation of human research standards*. Disponible en: <https://www.hhs.gov/ohrp/international/compilation-human-research-standards/index.html>
- Puget, J. (1996). Del poder al poder. *Revista de Psicoanálisis*, 5, 121-135.
- Rodríguez Quiroga, A., Messina, A. y Sansalone, P. (2012). Informed consent calling for debate between analysts and researchers. *International Journal of Psychoanalysis*, 93, 963-980.
- Roussos, A. J., Braun, M. y Duarte, A. L. (2011). Ethical behaviors of Latin American psychotherapy researchers. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, 6(1), 51-53.
- Roussos, A., Braun, M. y Olivera, J. (2012). *Conductas responsables para investigación en psicología*. Buenos Aires: FUNICS.
- Saks, E. y Golshan, S. (2013). *Informed consent to psychoanalysis. The law, the theory, and the data*. Nueva York: Fordham University Press.
- Snyder, T. A. y Barnett, J. E. (2006). Informed consent and the process of psychotherapy. *Psychotherapy Bulletin*, 41, 37-42.
- Sociedad Iberoamericana de Salud Mental en Internet (2009). Principios del Código de ética para sitios web en Salud Mental. Disponible en: <http://www.eutimia.com/sismi/codigo.htm>
- Wajnbuch, S., Bonifacino, N., Durand, N., González, L., Kopittke, C., Nader, V., Peiter, C., Rodríguez Quiroga de Pereira, A. y Rouillon, G. (2018). Confidencialidad, disfraz y ¿consentimiento informado? *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 126, 129-151.



Anexo del trabajo: "Consentimiento informado: su uso y opinión entre psicoanalistas latinoamericanos"

► <https://goo.gl/RZUHcz>