

USO Y OPINIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO ENTRE PSICOTERAPEUTAS: UN ESTUDIO PILOTO*

USE AND OPINIONS ON INFORMED CONSENT AMONG PSYCHOTHERAPISTS: A PILOT STUDY

Valeria Corbella, Andrea Rodríguez Quiroga de Pereira, Laura Borensztein, Laura Bongiardino, Juan Carlos Marengo, Cintia Riveros, María Marta Varrenti y Gabriel Pacheco

Universidad del Salvador, Instituto Universitario de Salud Mental
valeriacorbella@yahoo.com.ar

Resumen

El artículo analiza el uso y opinión del consentimiento informado entre psicoterapeutas. A partir de la Ley Nacional de Salud Mental (26657/2010), el uso del consentimiento informado es una práctica obligatoria dentro del campo de la Salud Mental; los códigos de ética profesional también sostienen la necesidad y obligación de su implementación. La inclusión de mismo confronta con un nuevo paradigma de la relación profesional-paciente en tanto la consideración del paciente como sujeto libre, autónomo y con derechos a ser tenidos en cuenta. La falta de discusión sobre el tema, en relación a acciones que la práctica clínica, la publicación y la investigación imponen, y aún más el posible desconocimiento de la temática, implican riesgos para el paciente, el analista y para el vínculo analítico. Metodológicamente, se trata de un proyecto piloto de la investigación "Uso y opinión del consentimiento informado entre psicoanalistas". El piloto se realizó sobre una muestra de psicoterapeutas sin tener en cuenta más allá de sus filiaciones teóricas y fue llevado a cabo por los alumnos de la cátedra de Metodología de la Investigación, de la carrera de Psicología, de la Universidad del Salvador, como trabajo de campo. Es un estudio de tipo exploratorio-descriptivo, de diseño mixto. El objetivo general del proyecto piloto es estudiar el uso y opinión del consentimiento informado entre psicoterapeutas en tanto se hi-

* Agradecimiento: Los autores agradecen a Suyai Pilheu y a los alumnos de Metodología de la Investigación 2014 pertenecientes a las comisiones FM y GM, quienes participaron con gran responsabilidad en las primeras fases de este proyecto piloto.

potetiza variabilidad en los usos y opiniones sobre el mismo. Se confía que esta investigación posibilite una discusión más informada de los analistas con respecto a esta temática y la toma de posición responsable en cuanto al ejercicio del consentimiento informado dentro del ámbito profesional.

Palabras clave: Consentimiento informado; Ética; Psicoterapia; Derecho del paciente; Psicoanálisis; Responsabilidad del terapeuta.

Abstract

The article analyzes the usage and opinion of the informed consent among psychotherapists. From the National Mental Health Law (26657/2010), the use of informed consent is a mandatory practice in the field of Mental Health. Ethics Codes also argue the need and obligation of its implementation. Its inclusion confronted with a new paradigm of professional-patient relationship while considering the patient as a free, autonomous and rights subject to be taken into account. The lack of discussion on the subject, in relation to actions clinical practice, and research publication imposed and further insufficient knowledge of the subject, involve risks for the patient, the analyst and the analytic relationship. Methodologically, it is a pilot research project "Use and Opinions on Informed Consent among Latin American Psychoanalysts". The pilot was conducted on a sample of psychotherapists, beyond their theoretical affiliations, and was carried out by students of the Cathedra of Research Methodology, career of Psychology, at El Salvador University, like fieldwork. It is a descriptive exploratory study, type of mixed design. The overall objective of the pilot project is to study the use and opinions on informed consent among psychotherapists is hypothesized as variability in applications and opinions on it.

It is hoped that this research will enable an informed debate between analysts regarding this subject and making responsible position in the exercise of informed consent in the professional field.

Keywords: Informed consent; Ethics; Psychotherapy; Law; Psychoanalysis; Therapist responsibility.

El presente trabajo describe el estudio piloto "Uso y opinión del Consentimiento Informado entre Psicoterapeutas", como parte de la investigación "Uso y Opinión del consentimiento informado entre psicoanalistas latinoamericanos y analistas en formación". Esta última se propone informar acerca del grado de conocimiento, el uso y la opinión que los psicoanalistas tienen respecto del consentimiento informado.

Este estudio piloto, se realizó en el marco de la materia Metodología de la Investigación, de las carreras de grado de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador. La modalidad de trabajo de la cátedra permitió transmitir, desde la experiencia, la responsabilidad ética inherente al trabajo profesional para el cual se están formando los alumnos, lo cual favorece la prevención de conductas o comportamientos inadecuados respecto al ejercicio profesional (Roussos, Braun y Leibovich de Duarte, 2011; Rosendo, 2009).

El estudio piloto realizado tuvo el propósito de recabar información acerca del uso y la opinión del consentimiento informado entre psicoterapeutas de variadas orientaciones teóricas (psicodinámicos, cognitivos-conductuales, existencialistas-humanistas, sistémicos e integrativos).

Si bien el proyecto marco está específicamente orientado a una población de terapeutas psicoanalíticos, es importante remarcar que el presente piloto se realizó sobre una población de terapeutas con variadas orientaciones teóricas. Por tales motivos, los resultados y su discusión se centraron en analizar los datos sin controlar la orientación teórica del terapeuta. Se decidió convocar a los participantes, independientemente de su marco teórico para facilitar la conformación de las muestras. Queda pendiente para futuros estudios analizar la información de acuerdo al marco teórico del participante.

Antecedentes y relevancia del estudio

Se entiende que el consentimiento informado, tema central de este estudio, es una de las normas éticas establecidas por la comunidad internacional (Leibovich de Duarte, 2000, 2006; Roussos, Braun, y Leibovich de Duarte, 2011). Sus orígenes, se remontan al año 1914 y provienen de la práctica médica a partir de un juicio histórico "Schloendorf vs Society del New York Hospital" (Bennett, 2000), que dictaminó el derecho del paciente a decidir sobre el propio cuerpo. Dicho dictamen fue posteriormente refrendado por el Código de Núremberg (1947). Sus requerimientos básicos se refieren al derecho a que el sujeto esté informado, comprenda y acceda voluntariamente a aquello que consiente (Roussos, Braun y Olivera, 2013). En la actualidad, el consentimiento informado según Bonilla (2000), está inserto dentro del contexto de la ética profesional. Según este autor, en sentido estricto, se refiere al conjunto de normas contempladas en los códigos de cada profesión. Asimismo lo entiende como el conjunto de normas compartidas y aceptadas por cada comunidad profesional y que tienen el valor de un código escrito. El primer Código de Ética para psicólogos fue elaborado en 1948 por la Asociación de Psicólogos Americana (American Psycholo-

gical Association). Esta asociación es la más antigua del mundo, creada en el año 1892 (Leibovich de Duarte, 2006). Varias organizaciones de diferentes regiones geográficas, consideran al consentimiento informado como un punto esencial en sus Códigos de Ética. Tal como lo ejemplifica Rodríguez Quiroga de Pereira, Messina y Sansalone (2012), para iniciar un tratamiento psicoterapéutico y/o psiquiátrico, el Código de Ética de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires de 1993 y el de la Asociación Argentina de Psiquiatras, recomiendan a los psicoterapeutas, pedir a sus pacientes un consentimiento informado.

Sin embargo, aún hoy, el uso del consentimiento informado se encuentra cuestionado dentro de la comunidad profesional psicoterapéutica. Su implementación, o la ausencia de la misma, está signada muchas veces por prejuicios, posicionamientos teóricos y éticos, desconocimiento y diferencias históricas marcadas por la subjetividad social de cada época.

Dentro de estas problemáticas están quienes como Tuckett (2000) cuestionan la inclusión del consentimiento informado, llegando a rechazar la obligatoriedad del mismo dentro del campo psicoanalítico, entendiendo que el enmascaramiento del material es suficiente. Un paso más da, este autor, al refutar explícitamente las condiciones de publicación del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Estos últimos sugieren la necesidad de obtener el consentimiento informado de aquellos pacientes sobre los cuales se elaborará un informe (Rodríguez Quiroga, Messina y Sansalone, 2012).

En el área clínica, Roussos, Bucci y Maskit (Roussos, Bucci y Maskit, 2007) plantean, como antecedente histórico dentro del psicoanálisis: el caso Eitingon. Este caso constituye una situación sin precedentes, ya que este pionero del psicoanálisis dejó luego de su muerte, grandes cantidades de historiales y escritos clínicos. No fue posible publicar los mismos, al no contarse con el consentimiento informado de cada uno de los sujetos. La sociedad científica resolvió proteger la confidencialidad de los pacientes y el material se almacenó en el archivo Nacional de Israel, estableciéndose que solamente se pueden dar a conocer dichos historiales clínicos una vez cumplidos 120 años. Al margen de la controversia que implica suponer que los derechos de los pacientes tienen caducidad, estos ejemplos nos sitúan en la complejidad de la temática a tratar y la necesidad de permanente revisión y mejoría de las normativas éticas.

Por otro lado, ya Freud (1905) se encargó de aclarar sobre la necesidad de tomar ciertas precauciones al publicar materiales clínicos para fines científicos. Estas consistían en desfigurar suficientemente los datos del paciente, como para que no pudiera ser identificado y se conservara en secreto la identidad del sujeto. Así lo expresa en la introducción del caso Dora, en donde dice que para lograr este objetivo muchas veces el analista debe res-

tringir el uso de cierta información o demorar en el tiempo la publicación del historial. Leibovich de Duarte (2006) recorre las problemáticas tenidas en cuenta por Freud en varios de sus historiales clínicos y especifica que, en una nota agregada en 1923 al historial de Dora, Freud aclara que tanto en los historiales de Juanito como en el del Hombre de los Lobos se pidió consentimiento para su publicación. Por otro lado, esta autora retoma un tema central en relación al consentimiento referido a la manifestación consciente del paciente, preguntándose si esto resulta suficiente resguardo dentro del contexto de un tratamiento. Se comprende al consentimiento informado como un proceso, siendo importante rescatar que en todo momento, el paciente puede cambiar su opinión en relación a haber dado su consentimiento y el terapeuta puede también retractarse del uso del mismo, si considera que no será beneficioso para su paciente.

En investigación, el consentimiento informado implica hacer explícito, al sujeto participante, de los beneficios y/o perjuicios que implica la participación en una determinada investigación (Leibovich de Duarte, 2000). Desde este campo, al igual que en otros, se remarca la necesidad de que el sujeto firme voluntaria y libremente su autorización para la participación en un tratamiento y/o investigación. Lo expuesto es válido además para publicaciones y exposiciones académicas o científicas, debiéndose tener una clara constancia de que el sujeto ha comprendido lo que le han dicho.

Aspectos jurídicos del consentimiento informado

El consentimiento informado también es considerado dentro del marco legal, que establece los criterios de responsabilidad jurídica en el ejercicio de cada profesión (Leibovich de Duarte, 2000, 2006).

En la legislación Argentina, respecto a la regulación del consentimiento informado, se encuentran las siguientes leyes que reglamentan su uso y administración en Salud Mental: la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657/2010. Anexo 1: Reglamentación de la Ley 26657/2013; la Ley Nacional de Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado N° 26529 y su Reglamentación y la Ley N° 26742 que modifica la Ley N° 26529, que estableció los derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de la Salud.

El Decreto Reglamentario 603/2013 de la Ley Nacional de Salud Mental 26657/2010 dice que el consentimiento informado es:

La declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del equipo interdisciplinario interviniente, información clara, precisa y adec-

uada con respecto a: su estado de salud; el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; los beneficios esperados del procedimiento; los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto, las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados (p. 64-65).

Esta misma ley aclara, explícitamente, que es derecho del paciente a no ser objeto de investigaciones clínicas sin su consentimiento fehaciente y que se puede brindar información acerca del paciente sólo con su consentimiento y/o el de sus representantes legales, siendo revocable en el momento que el paciente así lo desee. El paciente puede negarse a participar en la enseñanza e investigación científica. Además refiere que debe reservarse la identidad del paciente para todos los casos en donde se expusiera material clínico para fines académicos.

Las leyes 26529 y 26742 reiteran lo dicho en la Ley Nacional de Salud Mental, sumando que debe solicitarse el consentimiento informado para cualquier exposición con fines académicos, antes de que estas tengan lugar. Agregan además que los consentimientos informados deben formar parte de toda historia clínica y su instrumentación puede ser verbal y/o escrita. Si es verbal el profesional tratante deberá asentar en la historia clínica la fecha y alcance de cómo y sobre qué practica operó el mismo. Si es escrito, además de firmarlo el paciente y/o representantes legales, también será firmado por el profesional tratante y se agregará a la historia clínica. La revocación del mismo también deberá quedar asentada en la historia clínica.

El Código de Ética Nacional de la Federación de Psicólogos de la República Argentina, aprobado en 1999 y modificado en 2013, contempla como primera norma deontológica el pedido de consentimiento informado de aquellas personas con las que el psicólogo trabaja en su práctica profesional, basándose en el respeto por la autonomía de las personas. Su implementación es considerada como un proceso que se construye y se revisa permanentemente según los cambios y dinámicas de la relación entre el profesional y quien consulta. Además, afirma que la muerte del paciente no hace caducar el secreto profesional que obliga al profesional y hace extenso el secreto profesional a los colegas o grupo de colegas, con los cuales se comparte o se hubiera compartido, información acerca de un paciente.

Lo que entiende el Código de Ética Nacional por consentimiento informado y el alcance del mismo está en la misma línea de lo que refiere la Ley Nacional de Salud Mental. Se agrega que los psicólogos podrán intervenir sin el consentimiento informado del consultante en casos de catástrofes, ur-

gencias y/o situaciones de riesgo. Por otro lado, refiere que el consentimiento que le fuera otorgado al psicólogo, no lo exime de evaluar la continuidad de la práctica que esté desarrollando si entiende que existen elementos que interfieren negativamente en los resultados que espera se produzcan de su proceder profesional.

Sintetizando sobre éste aspecto: los puntos mencionados referidos en diversas leyes, iluminan los aspectos legales acerca del consentimiento informado ya sea contemplado como tal en la Ley de Salud Mental, como requerimientos de la protección de datos personales o como normas deontológicas del proceder ético profesional.

Objetivos de la presente investigación

El objetivo general es indagar, mediante la administración de una encuesta y una entrevista semiestructurada, el uso y opinión del consentimiento informado de psicoterapeutas con variadas orientaciones teóricas, que desarrollan su actividad profesional en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Los objetivos específicos son: 1) describir los diferentes usos del consentimiento informado que refieren los psicoterapeutas, 2) estudiar las similitudes y diferencias en el uso y opinión sobre el consentimiento informado entre psicoterapeutas en relación a la docencia universitaria, las publicaciones, las investigaciones empíricas y la práctica clínica, 3) describir las opiniones que tienen los psicoterapeutas sobre el uso del consentimiento informado y 4) indagar acerca del conocimiento que los psicoterapeutas tienen respecto de la legislación correspondiente al uso del consentimiento informado.

Metodología

El presente piloto es un estudio de tipo exploratorio-descriptivo de diseño mixto y consta de una muestra por cada instrumento utilizado. La encuesta fue administrada a 52 psicoterapeutas y la entrevista semiestructurada se realizó a 51 psicoterapeutas. Se trataron de dos muestras no probabilística, con un muestreo por conveniencia.

Dentro de las consideraciones éticas se contempló la solicitud de un consentimiento informado por escrito a los sujetos participantes de la investigación.

Muestra

Las características de la muestra de la encuesta (n=52) se detallan a continuación: todos los sujetos fueron argentinos (98%), a excepción de un sujeto

francés (2%). Del total de la muestra, 43 fueron sujetos femeninos (83%) y 9 masculinos (17%). El 96% de los sujetos fueron psicólogos y el 4% ejerce la psiquiatría. La franja etaria de la muestra rondó entre 31 y 50 años predominantemente (65%). La mayoría refiere ejercer su profesión en consultorio privado (87%) y el resto trabaja además, en sistemas de prepagos y hospitales públicos (42%). El 75% trabaja en clínica de adultos y un 54% en clínica de niños. El modelo teórico de pertenencia de los sujetos encuestados se circunscribió a los siguientes porcentajes: 63% modelo psicodinámico, 25% modelo integrativo, 15% modelo humanista-existencial y 10% modelo cognitivo-comportamental.

Se detalla a continuación la caracterización de la muestra de los sujetos entrevistados (n=51). Del total de la muestra, 43 fueron sujetos femeninos (83%) y 8 masculinos (16%). El rango de edad se distribuyó mayoritariamente del siguiente modo: 16% entre 20 y 30 años, 22% tenía entre 31 y 40 años, 37% entre 41 y 50 años y un 16% entre 51 y 60 años. El 96% fueron psicólogos y el 4% psiquiatras. La mayoría ejerce su profesión en consultorio privado (90%) y el resto trabaja además, en sistemas de prepagos (12%), hospitales públicos (10%), servicios de salud (18%) y en minoridad (2%). El 75% trabaja en la clínica de adultos, un 73% en la clínica de niños y adolescentes, un 31% en clínica vincular, un 8% en clínica psiquiátrica y un 2% en minoridad. La pertenencia a ciertos modelos teóricos quedó distribuida de la siguiente manera: el 53% se adscribe al modelo psicodinámico, el 39% al modelo integrativo, el 20% al modelo humanista-existencial, el 17% al modelo cognitivo-comportamental y el 14% en el modelo sistémico.

Instrumentos

Se ha utilizado como instrumento la versión modificada de la encuesta de Saks y Golshan (2013). La misma indaga, por medio de 26 ítems, múltiples tópicos relacionados al uso del consentimiento informado de los encuestados. Algunos de ellos se refieren a: la clase de información que le brinda al paciente y con qué fines la transmite; a la información transmitida acerca del encuadre, el tipo de tratamiento ofrecido, los beneficios y perjuicios del mismo y otras alternativas terapéuticas posibles. Asimismo hacen referencia a la información brindada respecto de la psicopatología del paciente y de la confidencialidad y medidas que se toma para resguardar la misma, especialmente en presentaciones en congresos, supervisiones, publicaciones e investigación. También se incluyen preguntas referidas a la opinión que los encuestados tienen acerca de la solicitud del consentimiento informado para la práctica clínica, presentaciones, publicaciones e investigación; su opinión acerca de su administración e instrumentación; opinión acerca de

la obligatoriedad del mismo. Este instrumento se modificó para adecuarlo a los objetivos del presente estudio (ver procedimientos).

Por otro lado, se ha confeccionado una entrevista semiestructurada. La misma consta de 20 preguntas referidas a aspectos controvertidos relacionados al consentimiento informado, como ser: obligatoriedad del mismo; consecuencias de su inclusión en la relación paciente-terapeuta; momento adecuado de su inclusión; distinción entre el uso del consentimiento informado y el enmascaramiento del material clínico y opinión de los beneficios y perjuicios de la inclusión del mismo.

Cada pregunta de la entrevista se diseñó incluyendo una breve presentación que sirviera como un disparador para indagar en cada una de las diferentes temáticas relacionadas con el consentimiento informado.

Ambos instrumentos, incluyeron preguntas específicas que permitieran diferenciar acerca del uso y opinión sobre el consentimiento informado en relación a diversas prácticas profesionales, como ser: publicaciones, presentaciones en congresos, investigación, supervisiones y práctica clínica. Asimismo se distinguieron las particularidades de su uso en la clínica de adultos, de niños, vincular y psiquiátrica. Del mismo modo, tanto la encuesta como la entrevista, indagaron sobre el nivel de conocimiento del participante respecto a la legislación vigente sobre consentimiento informado.

Procedimientos

Tal como fue mencionado los encuestadores y entrevistadores de este estudio fueron alumnos de grado de la materia Metodología de la Investigación, de las carreras de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador. Este hecho implicó la realización de un entrenamiento de los alumnos que se detalla a continuación.

Se preparó una guía de procedimientos que se trabajó exhaustivamente y de diversas formas, con el alumnado, durante las clases de la asignatura incluyendo: a) importancia de la sistematización de los datos, b) pautas para la pre-entrevista y entrevista, c) criterios para la toma de datos demográficos, d) pedido de consentimiento informado, e) normas de grabación y desgrabación, f) role playing de encuestas y entrevistas, f) distintas modalidades de enfrentar posibles eventualidades.

Los alumnos trabajaron en duplas, que debían realizar una encuesta a un psicoterapeuta y una entrevista a otro psicoterapeuta, que podía ser vía Skype o personalmente. Los terapeutas podían pertenecer a cualquier línea teórica. Tanto los encuestados como los entrevistados fueron seleccionados por los alumnos para la realización de su práctica académica.

Recibieron capacitación en técnicas de grabación y desgrabación de entre-

vistas (Mergenthaler y Grill, 1996), así como también en la importancia de la generación de un buen clima de trabajo con el entrevistado. La responsabilidad ética implicó el compromiso en el pedido de consentimiento informado tanto de los entrevistados como el de los encuestados. Los resultados de ambos instrumentos fueron analizados por el equipo de investigación. Respecto de la modificación de la encuesta de Saks y Golshan (2013), el equipo de investigación solicitó a dos expertos una doble traducción al castellano de la encuesta americana. Se contemplaron las diferencias entre ambas traducciones y se consensuaron las mismas. Se modificaron algunos ítems según los objetivos propuestos para la investigación y según parámetros profesionales relativos a la cultura local. Posteriormente, se testeó con un grupo de expertos para verificar la adecuada comprensión de los ítems y del lenguaje. Se solicitó la autorización a los autores de la encuesta original para su modificación.

Los datos obtenidos de las encuestas y de las entrevistas, fueron cargados en el programa Survey Monkey para su procesamiento y análisis. Se utilizaron estadísticas descriptivas para el análisis de las encuestas (frecuencias, medias y porcentajes). Las entrevistas semiestructuradas se analizaron con metodología cualitativa, siguiendo los parámetros del modelo CQR de Hill, Thompson y Nutt-Williams (Hill, Knox, Thompson, Nutt-Williams, Hess & Ladany, 2005). De esta forma se han determinado las categorías de uso y opinión de consentimiento informado para el análisis de los datos.

Resultados

Encuesta

Se indagó acerca de lo que la población encuestada entiende por consentimiento informado y los resultados fueron: que el consentimiento informado es asociado a: la información que se le brinda al paciente acerca del tratamiento, sus condiciones y riesgos (82%). La autorización que el paciente otorga para hacer presentaciones o supervisiones clínicas acerca de él (61%), para hacer publicaciones acerca de él (51%) y/o para hacer investigación acerca de él (41%).

Se exploró acerca de la información que los terapeutas transmiten a sus pacientes y se encontró que un porcentaje alto de los encuestados (88%) refiere que siempre le transmite al paciente aspectos del encuadre, costos y duración de las sesiones. Los porcentajes disminuyen frente a la comunicación de la naturaleza del proceso analítico (35%), los beneficios (35%) y riesgos del mismo (24%) y otras alternativas de tratamiento (19%).

Por otro lado, en relación a las cuestiones ético-legales y su opinión acerca de la obligatoriedad del consentimiento informado, el 53% de la pobla-

ción encuestada entiende que el uso del consentimiento informado debería de ser obligatorio en psicoterapia y el 47% respondió lo contrario. La diferencia entre ambos grupos es relevante en tanto la obligatoriedad de su uso para la clínica, para la presentación de caso y la investigación es desconocida por un gran número de la población considerada.

De aquellos sujetos que en alguna oportunidad pidieron un consentimiento informado, el 84% refiere no haber recibido rechazo por parte del paciente de otorgarlo y un 63% refirió que le hubiera gustado que le solicitaran un consentimiento informado como paciente.

Asimismo, los encuestados manifestaron que el consentimiento informado debería ser incluido como parte del encuadre para hacer presentaciones (72%), para publicaciones (76%) y grabaciones de las sesiones (88%). Las cifras disminuyen frente a la investigación (65%) y para llevar a cabo el tratamiento (48%). Pero al ser preguntados en cuanto a su opinión respecto de la obligatoriedad de la aplicación del consentimiento informado el 80% respondió que debe ser obligatorio para realizar presentaciones clínicas, el 82% para publicar material acerca del paciente y disminuye a un 67% para la investigación sobre pacientes.

Finalmente se los consultó acerca del conocimiento que pudieran tener acerca de alguna ley que regulara la obligatoriedad del uso del consentimiento informado en diversas áreas. Los datos revelaron que el 58% de los sujetos desconoce la existencia de una reglamentación en el área clínica. El 68% desconoce su reglamentación para realizar presentaciones que incluyan material clínico. El 63% desconoce la regulación para la realización de publicaciones que incluyan material clínico. El 58% desconoce la reglamentación del consentimiento informado para investigación.

Entrevista

En cuanto a los datos surgidos a partir de la entrevista, el 71% de sujetos acordaron en incluir el consentimiento informado como parte de los Códigos de Ética. Sin embargo, surgieron comentarios a destacar, como ser: “no es algo pertinente a la ética”, “sólo es una cuestión legal”, “es burocrático” o “acá no se usa”.

Asimismo, fueron preguntados acerca de su opinión respecto del uso del consentimiento y del enmascaramiento del material. Un total de 32% de los entrevistados opinó que pedirían el consentimiento informado, el 25% de los sujetos dijeron que habría que enmascarar el material y el 24% dijo que habría que enmascarar y solicitar el consentimiento informado. Este último punto estaría sugiriendo el desconocimiento acerca de que el enmascaramiento es parte inherente del consentimiento informado.

Por otro lado, el 42% de los sujetos coincidieron en que comparten, con colegas, información de los pacientes sin el consentimiento de éste (ej.: supervisiones, presentaciones con material clínico).

Los entrevistados fueron consultados acerca de la afectación del consentimiento informado sobre el vínculo transferencial que se da entre paciente y terapeuta¹. Se les planteó que algunos autores sostienen que incluir el consentimiento informado dentro de los tratamientos es un problema debido a la influencia que tiene la transferencia en los mismos y que, habría que pensar y debatir, como generar condiciones técnicas adecuadas para el pedido del consentimiento informado en las diferentes actividades que se realizan en relación a la práctica clínica. Se les preguntó cuál era su opinión acerca de esto y de qué manera creían que la aplicación del consentimiento informado influía en las representaciones que el paciente puede tener del tratamiento y del terapeuta. Surgió así que el 65% de los mismos entiende que el uso del consentimiento informado afecta al vínculo y lo consideran un problema (Ver tabla 1).

En relación a las publicaciones, el 57% de los sujetos refirió que el uso del consentimiento informado interfiere en las representaciones que el paciente tiene tanto del terapeuta como del tratamiento.

Al mismo tiempo se les preguntó, a partir de resultados de una investigación que refiere que el consentimiento informado puede tener efectos positivos en los pacientes en cuanto a considerar su autonomía y a sentirse reconocido (Kantrowitz, 2005), su opinión en relación a esa perspectiva. El 74% de los sujetos acordaron en los efectos positivos del consentimiento informado.

La mayoría de los entrevistados (82%) estarían de acuerdo en solicitar el consentimiento informado para publicaciones, presentaciones clínicas e investigación. Sus opiniones se fundamentaron en aspectos éticos, en los derechos de los sujetos, en los deberes del terapeuta, en comprender que el paciente es sujeto y no objeto, entre otras.

Si bien muchos de los encuestados entregaron un consentimiento informado (41%), a partir de los resultados se observó que su uso no es una práctica habitual a excepción de aquellos que trabajan en Hospitales Públicos o Sistemas de Prepagos. El resto de los sujetos (43%) manifiesta no haber solicitado un consentimiento.

En relación a uso de audio grabadoras, el 82% de los sujetos acordaron en solicitar el permiso del paciente para el uso de las mismas pero, más allá de este dato, el 51% de ellos refirió no utilizar este recurso.

1. Se utiliza el término transferencia en un sentido psicoanalítico, considerando la misma como las proyecciones que el paciente pudiera realizar, de modo inconsciente, sobre la persona del terapeuta, tomando como modelo aquellos vínculos pasados con personas significativas.

Los entrevistados fueron consultados acerca del momento de inclusión del consentimiento informado y se vio que el 49% acordó en que el inicio del tratamiento es el momento adecuado para incluirlo y el 24% afirmó que debe ser incluido luego del establecimiento de una transferencia positiva.

Se indagó la inclusión del consentimiento informado en relación a las diversas prácticas de cada entrevistado. Así, 22 sujetos (de 35 respuestas) pedirían el consentimiento en caso de que el tratamiento sea de niños, 11 sujetos (de 22 respuestas) lo pedirían si su actividad refiere a la clínica vincular de familia y pareja.

Finalmente se preguntó acerca de un modo adecuado como para poder transmitir, en el proceso de enseñanza, el modo de trabajar con pacientes sin violar la privacidad de los mismos. Fueron 7 los sujetos que acordaron que el anonimato es el modo adecuado, 4 personas respondieron que éste es un proceder insuficiente y 8 no pudieron dar cuenta de una respuesta.

Discusión y conclusión

En primer lugar es de notar las limitaciones con las que cuenta la presente investigación. Se entiende que la escasa experiencia de los alumnos para la toma de la encuesta y de la entrevista ha podido interferir al momento de recabar y aclarar información. Este aspecto fue considerado desde los momentos iniciales sabiendo que la falta de entrenamiento y práctica constituía una limitación.

Para adentrarse en la discusión de la temática aquí planteada y partiendo del análisis de los resultados, el debate acerca del uso y opinión del consentimiento informado entre terapeutas cobra fuerza.

De acuerdo al objetivo general de presente piloto y en base a la muestra considerada, los datos obtenidos dan cuenta del escaso conocimiento que los psicoterapeutas tienen acerca del uso y regulación del consentimiento informado en los diversos ámbitos de práctica profesional (clínica, presentaciones, publicaciones, investigación). Existe un alto nivel de acuerdo en que el consentimiento informado no es una práctica habitual entre los psicoterapeutas, a excepción de aquellos que trabajan para sistemas de prepagos, hospitales o instituciones. Se entiende que en estos espacios de trabajo, en su mayoría, el pedido de consentimiento es una práctica obligatoria para los terapeutas.

El conocimiento que los psicoterapeutas poseen acerca de lo que es el consentimiento es insuficiente, en tanto entienden que es notificar al paciente acerca del tratamiento y principalmente aspectos del encuadre como ser horarios, honorarios, etc. pero no necesariamente acerca de las ventajas y desventajas del mismo, alternativas terapéuticas y riesgos posibles, entre otros.

Por otro lado, en cuanto a la opinión acerca de la obligatoriedad del mismo no se ha encontrado una diferencia entre aquellos que promulgan su obligatoriedad de aquellos que van en contra de la misma. Una curiosidad surge en relación a si los consultados conocen la ley y no acuerdan con ella o es que tan solo la desconocen. Esto surge de la ausencia de alguna referencia explícita de la población consultada, respecto de la existencia de la ley que regula el uso e instrumentación del consentimiento informado en los diversos ámbitos (clínica, publicaciones, presentaciones, investigación).

En cuanto al uso del consentimiento informado en diversas áreas de ejercicio profesional, los datos dan cuenta de que un mayor número de terapeutas entiende que debe solicitarse en el ámbito de la práctica clínica pero el acuerdo disminuye gradualmente en el uso del mismo para presentaciones, publicaciones e investigación. La mayoría de los terapeutas acuerdan en que no lo solicitan para supervisiones.

En el ámbito de la práctica clínica, surge un dato interesante. La mayoría de los encuestados que refirieron haber solicitado consentimiento informado manifestaron no recibir un rechazo por parte del paciente y que además hubieran querido que les soliciten uno, información que ilumina sobre algunos prejuicios existentes en el ámbito terapéutico y en su implementación.

Los terapeutas consultados manifestaron gran acuerdo en que no recibieron pedido de consentimiento informado cuando ellos fueron pacientes en un tratamiento psicoterapéutico, manifestando que les hubiera agrado que les soliciten el mismo. También expresaron su desconocimiento acerca de si sus terapeutas publicaron o presentaron algo referido a su caso en particular, manifestando curiosidad acerca de este punto.

A pesar de estos últimos datos, hay gran acuerdo en que el consentimiento informado condiciona negativamente los aspectos transferenciales del vínculo terapéutico, alterando las representaciones internas que terapeuta y paciente tienen respecto del otro.

Datos contrapuestos han surgido en torno a los efectos positivos y negativos de la inclusión del consentimiento dentro del ámbito terapéutico. Si bien la mayoría de los terapeutas piensan que tiene efectos negativos y condiciona el desarrollo de la transferencia, el 71% de los entrevistados mencionaron que podría tener efectos positivos. Se entiende que esta respuesta puede estar condicionada a partir de la situación modelo que se plantea en la entrevista. Este ejemplo refiere que el consentimiento informado puede tener una repercusión positiva sobre el paciente en tanto valoración de su libertad y autonomía para decidir (Kantrowitz, 2005). Ambigüedades como ésta, son las que llevaron a la modificación de los instrumentos. De cualquier modo, el desconocimiento existente alrededor del tema planteado ha

sido un factor constante a lo largo del estudio.

Más intrincado resulta el posicionamiento que se toma respecto al lugar del consentimiento informado. Pautas culturales y científicas llevan el tema a una zona de debate en cuanto a la objetividad que deben revestir algunas prácticas profesionales. Si es suficiente el enmascaramiento, si el respeto por la libertad y autonomía quedan centralizados en uso del consentimiento informado, si es suficiente con solicitar un consentimiento para contemplar la subjetividad del individuo, son algunos de los cuestionamientos que surgen en las publicaciones científicas. Si bien la legislación resulta clarificadora, pareciera ser que estos debates no quedan agotados en ella.

Para concluir, se puede agregar que en lo que refiere a la legislación, reglamentación e instrumentación del consentimiento informado, tanto la Ley de Salud Mental como el Código de Ética para Psicólogos son suficientemente claros. El problema surge alrededor del desconocimiento parcial por parte de los profesionales de las normativas de los mismos. A pesar de ello, la complejidad de esta dificultad es menor en tanto la capacitación y actualización serían formas posibles de resolución.

La necesidad de explorar dicha área, recabar la opinión de los terapeutas, promover el debate alrededor de las consecuencias de su inclusión y consensuar el uso e instrumentalización del consentimiento informado dentro de la práctica profesional son aspectos que deben ser considerados. Algunos de estos aspectos constituyen el motivo central de la presente investigación.

Referencias

- Bennett, M. (2000). A history of informed consent. *Psychoterapy Forum*. Recuperado de http://www.ventanacenter.com/articlesbackground_007.htm
- Bonilla, A. (2000). La enseñanza de la Ética en la formación de profesionales universitarios. Recuperado de http://www.ddhhmigraciones.com.ar/publicaciones/bonilla/Bonilla_Laensenanzadelaetica.pdf
- Código de Ética Nacional de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (1999/2013). Recuperado de <http://www.fepra.org.ar/2015>
- Código de Núremberg (1947). Tribunal Internacional de Núremberg. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/codigo_nuremberg.pdf
- Freud, S. (1905) "Fragmento de análisis de un caso de histeria [Caso Dora]", en *Obras Completas*, t. VII (pp. 1-107). Buenos Aires: Amorrortu.
- Hill, C., Knox, S., Thompson, B., Nutt-Williams, E., Hess, S. & Ladany, N.

- (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 196-205.
- Kantrowitz, J.L. (2005). Writing About Patients: IV. Patients' Reactions to Reading About Themselves. *J Amer Psychoanal Assn*, 53, 103-129.
- Leibovich de Duarte, A. (2000). La dimensión ética en la investigación psicológica. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología UBA*, 5(1), 41-61.
- Leibovich de Duarte, A. (2006). Ética en investigación psicoanalítica. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 102, 197-220.
- Ley N° 26742 que modifica la Ley N° 26529. Recuperado de <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/199296/norma.htm>
- Ley Nacional de Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado n° 26529 y su Reglamentación. Recuperado de <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26657. Anexo 1: Reglamentación de la Ley N°26657. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/saludmental/index.php/informacion-para-la-comunidad/ley-nacional-de-salud-mental-no-26657>
- Mergenthaler, E. & Grill, S. (1996). Descripción de las reglas para la transcripción de sesiones de psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 5, 163-176.
- Rodríguez Quiroga de Pereira, A., Messina, A. y Sansalone, P. (2012). Informed Consent as a prescription calling for debate between analysts and researchers. *International Journal of Psychoanalysis*, 93, 963-980.
- Rosendo, E. (2009). Los olvidos de la salud mental en los procesos de desinstitucionalización. Antecedentes históricos, formación universitaria y abordaje social. La Ley de Salud Mental N° 448, un ejemplo paradigmático. Centro De Documentación En Políticas Sociales. *Documentos / 42*. Buenos Aires.
- Roussos, A., Braun, M. y Leibovich de Duarte, A. (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. (2013). *Conductas responsables para la investigación en psicología: guía práctica*. Buenos Aires: Funicis. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/224875320_Conducta_responsable_para_la_investigacion_en_Psicologia
- Roussos, A., Bucci W. y Maskit, B. (2007). First Steps towards a Clinical Library. En W. Bucci y N. Freedman (Eds.). *From impressions to in-*

quiry; A tribute to the work of Robert Wallerstein (pp. 152-172). International Psychoanalytic Association.

Saks, E. & Golshan, S. (2013). *Informed Consent to Psychoanalysis. The law, the Theory, and the Data*. New York: Fordham University Press.

Tuckett, D. (2000). Reporting Clinical Events in the Journal: Towards the Construction of a Special Case. *Int J Psychoanal*, 81, 1065-1069.

Tablas

Tabla 1

Respuestas de psicólogos sobre consentimiento informado y transferencia

	A. Es un problema en los tratamientos debido a la transferencia	B. Influye el CI en las representaciones del paciente sobre el terapeuta o el tratamiento
Si	65%	57%
No	22%	16%
No sabe	4%	2%
Respuesta inespecífica	6%	8%
No responden	0%	14%

Recibido: 10/2015
Aceptado: 12/2015