



# Dilemas éticos en psicoanálisis

---

NAHIR BONIFACINO<sup>1</sup>

La confidencialidad se postula como regla ética fundamental en nuestra disciplina; sin embargo, entre los diversos psicoanalistas se plantean importantes diferencias en cuanto a su alcance. Para algunos, la prerrogativa de preservar la privacidad del paciente no tiene límites. Otros, en cambio, plantean la necesidad de reflexionar y tomar posición acerca de diversas situaciones en las que la confidencialidad puede correr el riesgo de quedar desdibujada.

Por un lado, la propia formación analítica requiere de supervisiones y presentaciones de material clínico, acciones estas que involucran al paciente más allá del trabajo en el consultorio. Ni aun la propia generación de conocimiento en psicoanálisis resulta ajena a la temática de la confidencialidad. Las publicaciones de material clínico que permiten poner a prueba los principios teóricos y la práctica analítica se consideran elementos esenciales para el desarrollo de la disciplina. Sin embargo, frente a estos temas surgen importantes cuestionamientos éticos que confluyen en una interrogante básica: ¿cómo transmitir conocimientos relativos a la comprensión del material clínico en psicoanálisis sin violar la confidencialidad de los pacientes?

Otras situaciones controversiales para la ética tienen lugar en la práctica clínica y su posible vínculo con terceros. En este sentido se incluye la relación del analista con otros técnicos tratantes, la respuesta a la demanda

1 Miembro asociado de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. nboni@adinet.com.uy

de informes de pacientes por seguros de salud o instituciones educativas, en el caso del trabajo con niños; o bien, en otro orden, las declaraciones ante jueces o abogados.

Frente a esta realidad, diversos autores han planteado la necesidad de dar lugar a una discusión abierta sobre los dilemas éticos que suelen estar presentes en nuestra disciplina. La literatura psicoanalítica, en su intento de abrir caminos de reflexión y de brindar soluciones a esta temática, presenta diferentes perspectivas y posturas, algunas de las cuales generan francos enfrentamientos. Este texto no pretende ser más que un punteo, al modo de una invitación para el intercambio.

#### ¿CONFIDENCIALIDAD ABSOLUTA O RELATIVA? DEL PSICOANÁLISIS Y LOS SISTEMAS LEGALES

La IPA promulga como un principio ético de todo analista el respeto a la confidencialidad de la información de los pacientes y de su registro, pero se ha planteado una confrontación en cuanto a la concepción y el alcance de esta regla básica.

En esta divergencia, Bollas (Bollas y Sundelson, 1995, citados por Goldberg, 1996) y Gabbard (2000) surgen como representantes de una posición radical en cuanto a la privacidad del paciente en análisis y a la necesidad de aislamiento del par analítico como condición imprescindible para la práctica.

Estos autores (en reseña de Goldberg, 1996) hacen notar dificultades en la confidencialidad que se dan con relación al sistema legal en Estados Unidos, que asumen como hostil al psicoanálisis. Plantean que a partir de 1976 los terapeutas de pacientes con intenciones violentas están obligados por ley a proteger a víctimas potenciales, alertándolas o contactando a las autoridades. Mencionan, además, la existencia de leyes que alcanzan a todas las disciplinas (maestros, pediatras, psicoanalistas) y que obligan a informar casos de negligencia física o de abuso sexual en niños. Agregan también, con gran preocupación, el tema de los tratamientos psicoterapéuticos financiados por seguros de salud, los que demandan informes con la descripción de los síntomas del paciente a lo largo del proceso.

Ante estas situaciones, los autores proponen desmarcar tajantemente al psicoanálisis (que denominan «psicoterapia privada») de otras terapias

(calificadas como «terapias sociales») que consideran que podrían ser objeto de requerimientos legales de información y de estar en contacto con informes para abogados y seguros de salud. En una postura extremadamente crítica ante lo que asume como una verdadera traición al psicoanálisis, Bollas se aparta de cualquier contacto de nuestra disciplina con las instituciones no psicoanalíticas por considerarlo incompatible con la práctica.

En esta perspectiva, concibe la supervisión de material clínico como la única excepción permitida a la confidencialidad. Sostiene que debe ser realizada con la condición de enmascarar la identidad del paciente, y agrega que si bien esta implica una acción que introduce la presencia de un tercero en el par analítico, es la única que, a su entender, se realiza en beneficio del paciente. En cambio, toda otra situación es catalogada por el autor como «una traición al paciente, que destruye al psicoanálisis» (Bollas, 1999), y es concebida únicamente en beneficio de terceros. Esta concepción, sin embargo, no es unánime. Goldberg (1996) hace notar que, de acuerdo al *Ethics case book*, los informes a los seguros de salud, entre otras situaciones, también pueden ser considerados en beneficio del paciente.

Bollas (1999) apunta a ciertas relaciones profesionales en las que la confidencialidad es legal y de obligado cumplimiento (abogado-cliente, periodista-fuente), y alienta a los psicoanalistas a tomar una posición políticamente activa en este aspecto. Reforzando esta postura, Slovenko (1974, citado por Golberg, 2004) plantea que sin la privacidad de los sacerdotes y abogados los terapeutas quedan a la deriva en una incertidumbre ética.

Goldberg (1996), por el contrario, surge como representante de un enfoque más relativista, aunque sin desconocer que en esta temática de la confidencialidad no hay respuestas sencillas. Por un lado, acuerda con los autores mencionados en la necesidad de una postura más activa de las instituciones psicoanalíticas en reclamo de legalizar una mayor confidencialidad. Coincide también en que las incursiones en la privacidad del paciente generan conflicto con los fines terapéuticos en psicoanálisis, pero, en lugar de cerrarles las puertas, plantea la posibilidad de cuestionarse acerca de las implicancias que cobra cada una de estas situaciones en cada proceso analítico.

Este autor (1996, 2001) sostiene que la entrada de un abogado o de un seguro de salud en el diálogo analítico convierte este diálogo en una conversación de tres partes, y asume que a veces el análisis no podría continuar sin esta conexión. En esta perspectiva, cuestiona fuertemente el modelo absolutista propuesto por Bollas. Entiende que este genera un marco reasegurador para el analista, pero lo concibe como una retirada o como un ocultamiento que obstaculiza su posibilidad de cuestionarse y de analizar en cada situación, y sin juicios de valor preconcebidos, la naturaleza que cobra la participación de un tercero para el proceso analítico y para cada integrante de la dupla.

Aceptando la complejidad de esta temática y la necesidad de ser cautelosos ante estas incursiones, Goldberg (2001) se niega a asumir la confidencialidad como un mandato automático, y sostiene que en psicoanálisis toda situación es pasible de indagación e interpretación. Plantea que los riesgos no están presentes solamente en la postura relativista que él sostiene, sino que hay situaciones problemáticas de la práctica en las que negarse a priori a la participación de un tercero, por un mandato automático de confidencialidad, también puede implicar una actuación del analista. Agrega que, de acuerdo a las particularidades del caso, el analista podría estar confabulándose con el paciente, tanto en mantener la confidencialidad como en incumplirla.

Por otra parte, hace notar que la regla de confidencialidad en nuestra disciplina comienza con la excepción de permitir exponer el material del paciente para una supervisión. Concibe que estas acciones —condiciones ineludibles para la propia formación analítica— abren una brecha a partir de la cual la confidencialidad como valor absoluto se desliza en un terreno de imprecisiones. Menciona en este sentido toda otra serie de excepciones que pueden presentarse en un proceso analítico: intercambios del analista con un psiquiatra tratante, conversaciones con miembros de la familia del paciente, informes para los seguros, comunicaciones a abogados o en una audiencia; y en otro orden, propone considerar también la presentación del material clínico y su publicación en medios profesionales o en otros no especializados.

Complejizando aún más esta temática, la psicoanalista argentina Andrea Rodríguez Quiroga (2012) precisa que toda exposición del material

psicoanalítico de un paciente requiere considerar entre los temas éticos el sistema legal y las prerrogativas de la práctica en cada región. Un estudio citado por esta autora (Garvey y Layton, 2005) pone en evidencia que estos dos marcos reguladores varían en las diversas regiones, no siempre confluyen y a veces entran en francas contradicciones. Esta investigación menciona que en Brasil se requiere un consentimiento informado del paciente para realizar intercambios profesionales incluso dentro de los equipos de salud mental. En Estados Unidos y en Alemania, en cambio, la confidencialidad se extiende a los equipos de salud si se trata de grupos pequeños de supervisión o discusión, pero esta situación, que es habilitada por el sistema legal, es considerada una falta a la confidencialidad por las normas profesionales, las cuales exigen un consentimiento informado.

Ante esta serie de contradicciones y de desencuentros de las prerrogativas del psicoanálisis con los sistemas legales de cada región, Leibovich de Duarte (2006) manifiesta que en la actualidad son las propias organizaciones profesionales las que establecen códigos de ética que regulan su actividad.

Además del debate que puede generarse con relación a los distintos criterios expuestos sobre esta materia, quizás también vale la pena preguntarnos en qué medida nuestra práctica se ve implicada en vicisitudes o contradicciones más o menos cercanas a las consideradas. Es decir: ¿existen en nuestro medio leyes que generan conflicto con la confidencialidad profesional en psicoanálisis? Y si las hay, ¿en qué condiciones nos alcanzan?

Otras interrogantes se desprenden de lo antedicho: ¿cómo resolvemos el pedido de presentación de informes a una institución que financia el tratamiento del paciente, a otros técnicos tratantes o a una institución educativa en el caso del trabajo con niños o aun con adolescentes? ¿Cómo nos ubicamos al ser citados a declarar a una audiencia ante jueces y/o abogados? ¿Cómo se acompasan nuestras obligaciones ante la ley con nuestro voto de confidencialidad al paciente, en estas y otras incursiones en las que se nos demanda una salida del consultorio?

Además, agregando complejidad, tal vez sea posible considerar ciertas circunstancias en las que la salida del consultorio puede dar lugar a intercambios que generen un real aporte a nuestra comprensión de la conflictiva del paciente y al propio trabajo en la sesión. Pienso, por ejemplo, en algunos encuentros con docentes o con psicólogos de instituciones a las

que acuden niños o aun adolescentes en análisis que despliegan particularmente en el escenario del ámbito educativo síntomas o dificultades de diverso orden.

#### PRESENTACIÓN Y PUBLICACIÓN DE MATERIAL CLÍNICO: ACUERDOS Y DISCREPANCIAS ÉTICAS

Una dificultad que se presenta ante el mandato de confidencialidad refiere a la presentación y publicación de materiales clínicos. Hay coincidencia en cuanto al valor que tienen estas acciones para el avance de nuestra disciplina. Dado que la validación teórica del psicoanálisis es posible en función de la práctica, la documentación de casos clínicos resulta un importante aporte para su evolución. Sin embargo, Rodríguez Quiroga (2012) hace notar que desde hace largo tiempo se alerta sobre la insuficiencia de materiales clínicos para su estudio e investigación, lo cual genera una importante problemática para la formación analítica. Esta autora formula algunas posibles causas que intervienen en esta situación: el cuidado del paciente y su intimidad, la dificultad del analista para exponerse en su quehacer y la ausencia de una resolución acerca de la forma apropiada de presentación del material clínico.

Se han realizado varios cuestionamientos acerca de cómo resolver el dilema ético planteado entre la necesidad de publicación y, a la vez, la obligación de preservar la privacidad del paciente. Si bien no parece haber solución ante tal confrontación, hay coincidencia en cuanto a que la alternativa de dejar de publicar material clínico no es una opción viable (Goldberg, citado por Gabbard, 1997; Gabbard, 1997, 2001).

Rodríguez Quiroga (2012) destaca dos principios en común, que surgen de un relevamiento realizado por Garvey y Layton (2005) en diversas instituciones de la IPA: 1) la obligación de los analistas de una misma organización o de un equipo de mantener en reserva la información confidencial de la práctica, y 2) la necesidad de conservar el anonimato de los pacientes cuando se expone el material a un público más amplio, ya sea en presentaciones, publicaciones o investigaciones.

Sin embargo, aun siguiendo estos principios surgen discrepancias en cuanto a la forma apropiada para la presentación y publicación del

material. Uno de los temas de debate es la validez de la desfiguración de estos. Goldberg (citado por Gabbard, 1997), por un lado, cuestiona que los materiales clínicos se presentan con insuficiente desfiguración, y a la vez manifiesta el riesgo del enmascaramiento o disfraz como recurso, en tanto considera que esta modalidad puede alejarse de la realidad del paciente y llegar a generar un relato sobre una ficción.

Estas apreciaciones son confrontadas por Gabbard (1997), quien hace notar la imposibilidad de contar con pruebas que evidencien en qué aspectos se desfigura un material, y defiende, en cambio, la idea de que un disfraz bien logrado puede constituir una buena exposición de lo que realmente sucede en un proceso analítico.

Este autor se adscribe al modelo de la Asociación Psicoanalítica Americana, que apunta a que en los relatos clínicos se minimice la información biográfica del paciente, de forma de evitar la identificación, y, en cambio, se apunte a dar cuenta del proceso analítico con una presentación detallada del diálogo en la sesión, manteniendo incambiados deseos, fantasías y conflictos (Gabbard, 1997).

Si bien las mencionadas expresiones muestran a este autor proclive a la desfiguración del material, también plantea que el objetivo del disfraz es que el material no pueda ser identificado por nadie más que el analista y el propio paciente (Gabbard, 1997). Esta concepción me resulta llamativa en diversos aspectos. Por un lado, parece implicar que el disfraz del material está dirigido a terceros y no al propio paciente, quien sí podría identificarse en él. Me pregunto, entonces, si antes de la presentación o publicación del material, siguiendo este criterio, este analista no considera de alguna manera un cierto tratamiento de esta situación con el paciente involucrado, en tanto este puede reconocerse en el material expuesto. Y por otro lado, me planteo: ¿no sería posible, o hasta deseable tal vez en ciertas ocasiones, pensar en una forma de desfiguración del material que tienda a evitar que el paciente pueda reconocerse en él?

Más allá de estas apreciaciones, que tal vez refieran a temas que resulten más explícitos en otros textos del autor, Gabbard (1997) plantea algunas líneas que a su entender preservan el anonimato del paciente a la vez que dan lugar al interés científico de presentación y publicación. Estas son: no incluir más información que la necesaria, desfigurar elementos que

puedan llevar a la identificación del paciente, mostrar una viñeta en lugar de materiales extensos y evitar escribir sobre tratamientos en curso. Propone, además, que al escribir sobre una entidad clínica se puede exponer un caso compuesto por características de varios pacientes, con la salvedad de que esta desfiguración no conduzca a errores de información; y agrega la posibilidad de convenir la presentación con otro colega que figure como autor o como proveniente de un grupo de analistas, de tal forma que ambas identidades —la del paciente y la del analista— queden enmascaradas.

En referencia a limitaciones para la presentación o publicación de relatos clínicos, Goldberg (2004) propone que todas las posibilidades planteadas para salvaguardar la confidencialidad serían válidas para materiales de pacientes ajenos al entorno analítico, lo cual excluye los procesos de los candidatos, aunque estos serían una literatura muy valiosa para el psicoanálisis.

Ambos analistas acuerdan que el método para preservar la confidencialidad debe ser elegido por el autor para cada caso, sobre la base de consideraciones clínicas, y no desconocen que cada uno de ellos presenta sus propias dificultades, implicancias y limitaciones. Se alerta, además, con respecto a riesgos que existen en la actualidad, en cuanto a la facilidad de acceso a las publicaciones que pueden tener personas fuera del campo profesional a través del ciberespacio.

A partir de las complejidades expuestas, los autores mencionados incitan a los analistas a reflexionar y generar un debate para lograr nuevas estrategias que apunten a una perspectiva integradora de la producción de conocimiento científico en psicoanálisis. En el *Journal* por el momento se plantea como política editorial una serie de alternativas para tener en cuenta en la preparación de trabajos escritos, y se solicita a quienes incluyan material clínico que informen sobre el método elegido para la protección de la privacidad de los pacientes. En caso de haber optado por un consentimiento escrito, se plantea además la posibilidad de solicitar su presentación.

Algunos interrogantes pueden quedar pendientes en función de lo expuesto: ¿existe en nuestro medio un criterio establecido en cuanto a qué medidas tomar para preservar la identidad del paciente en un trabajo en el que se lo involucra en la exposición del material clínico? ¿Es necesario

unificar un criterio en este sentido? ¿Compartimos en este aspecto las leyes vigentes en nuestro medio para médicos y/o psicólogos, o existen ciertas reglas propias de las instituciones psicoanalíticas?

CONSENTIMIENTO INFORMADO:  
DIVERSAS PERSPECTIVAS Y DILEMAS ÉTICOS

Solicitar al paciente un consentimiento informado se plantea en distintos ámbitos profesionales como una opción válida para la presentación y publicación de trabajos, así como para la utilización de materiales clínicos para la investigación. Sin embargo, en psicoanálisis este procedimiento ha generado controversias relativas a sus implicancias éticas y a sus efectos en el proceso analítico.

En su posición como editor del *Journal of Psychoanalysis*, Gabbard (2001) rechazó una declaración del Comité Internacional de Editores de Publicaciones Médicas (2000) en la que se planteaba que los relatos clínicos no debían ser disfrazados, sino que se debía apelar a un consentimiento informado del paciente. El autor no acepta este criterio como adaptable para los escritos psicoanalíticos, porque, a su entender, al dejar de lado la desfiguración del material clínico no se considera la protección de la privacidad del paciente, que es el objetivo. Sin embargo, Gabbard asume la solicitud de consentimiento como una opción complementaria que se puede manejar en ciertas situaciones.

Rodríguez Quiroga (2012) ha realizado una extensa revisión de la literatura psicoanalítica acerca de diversas perspectivas sobre esta temática. Señala que los principios éticos de la IPA de 1993 establecen normas relativas a los valores humanitarios del psicoanálisis y a las obligaciones profesionales con los pacientes, pero no mencionan específicamente el consentimiento informado. En cambio, la autora alude a algunas organizaciones psicoanalíticas para las cuales este procedimiento no es ajeno. Menciona que los códigos de ética de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires (1993), de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (1991) y de la Asociación Psicológica Americana (2010) sugieren a los profesionales pedir a los pacientes un consentimiento informado para el inicio de un tratamiento psicoterapéutico y/o psiquiátrico, y que la Asociación Psicoanalítica Americana

(1983) extiende este planteo también a los analistas en formación. Si bien no se desprende del texto si en estas organizaciones este recurso incluye la posibilidad de presentación y publicación del material clínico, esta autora postula que el consentimiento informado es un derecho para los pacientes y un deber para los analistas e investigadores.

Quienes comparten esta postura consideran que el pedido de consentimiento informado implica el respeto por la autonomía del paciente, y que el analista no tiene derecho a violar la confidencialidad si el paciente no lo consiente. En este marco, se apela a la libre determinación de los pacientes para su decisión. La constatación de que estos no siempre dan su consentimiento es considerada en esta perspectiva como una prueba de su autonomía.

La principal controversia con relación al pedido de consentimiento al paciente es si este es un procedimiento posible en la situación analítica. Respecto a este punto, Gabbard (2000) encuentra múltiples dificultades. En primer lugar, en contraposición a la postura de la libre determinación del paciente, el autor considera que la decisión de este no resulta ajena a la influencia de las vicisitudes transferenciales, por lo cual no puede ser considerada una decisión objetiva y racional.

Basado en esta concepción, Gabbard (2001) entiende que la aceptación o no del paciente puede tener variaciones en función de distintas etapas del análisis, y que de acuerdo a las normativas éticas, este podría revocar su consentimiento en cualquier momento, si lo desea. Tomando en cuenta tal situación, el autor alerta sobre las ambivalencias que puede generar este dispositivo en ambos integrantes de la dupla analítica. Agrega además que en tanto el consentimiento implica que el material que se va a exponer va a ser leído por el paciente antes de su presentación o publicación, este hecho expone al autor a la posibilidad de revisar partes del manuscrito que puedan ser objetadas por el paciente, lo cual inevitablemente condiciona la transmisión del analista.

Rodríguez Quiroga, sin embargo, sostiene una visión radicalmente distinta, que transcribo a continuación: «la discusión previa a la publicación es otro valioso ejemplo de coconstrucción del material a presentar, que puede dar lugar o no, a modificaciones por parte del paciente, minimizando el riesgo de potenciales reacciones negativas e incluso, dando

lugar a posibles consecuencias positivas» (Rodríguez Quiroga, 2012: 975; traducción propia).

Ante esta perspectiva, me permito expresar nuevos interrogantes acerca de los efectos que puede alcanzar esta situación en el trabajo de la dupla analítica y en la propia presentación del material: ¿cómo no considerar la incidencia o tal vez la distorsión que este recurso puede generar en la exposición del relato de una sesión o de un proceso analítico? ¿Será que en pos de la participación del paciente podemos llegar a omitir en el texto vicisitudes claves del tratamiento por la imposibilidad de sacar a luz fantasías, afectos o vivencias que el paciente rechaza? ¿Cómo dar a conocer dificultades del paciente en la captación de su conflictiva, experiencias analíticas fallidas o incluso ciertos aspectos contratransferenciales que pueden vivirse con gran intensidad? ¿No se transformará en un riesgo de este procedimiento la posibilidad de mostrar solamente aquel material en el que, más allá de vicisitudes resistenciales, el paciente se ha mostrado receptivo y el tratamiento resulta exitoso? ¿Cómo podríamos entonces discutir y aprender también de los procesos analíticos no logrados?

En el intento de paliar las dificultades que acarrea la inclusión del consentimiento en la práctica analítica, Gabbard (2000) reflexiona acerca de la posibilidad de incorporarlo en las entrevistas preliminares, de tal forma que este quede establecido como parte del encuadre. Sin embargo, esta opción no llega a convencer al autor, porque considera que la propuesta podría afectar el curso del análisis e inducir al paciente a retener información. Propone, en cambio (2001), la alternativa de considerar las ventajas de que sea solicitado después de la terminación del análisis, pero se plantea que aun así pueden ser necesarias algunas entrevistas para que el paciente pueda procesar el significado de este pedido.

A pesar de sus controversias, en un texto anterior este autor identifica situaciones en las que este recurso le parece recomendable como medida para la presentación del material. Estas comprenden: 1) casos en que el paciente puede tener acceso a las publicaciones psicoanalíticas, 2) pacientes que son candidatos, y 3) situaciones en las que el material refiere a alguien conocido o del campo de la salud mental. En todas ellas recomienda que el consentimiento sea por escrito, más que un acuerdo verbal (Gabbard, 1997).

Rodríguez Quiroga (2012) cuestiona que en general se subraya el impacto negativo que el pedido de consentimiento puede tener para el paciente, y en cambio refiere a autores (Kantrowitz, 2005; Lipton, 1991) que hacen notar posibles efectos positivos. En este sentido aluden a la percepción por el paciente de la ética del analista, a la importancia que adquiere el propio proceso analítico para ayudar a otros, y al sentimiento de estar colaborando en el avance del conocimiento.

Con el objetivo de minimizar las vicisitudes y ambivalencias que puede generar la inclusión del pedido de consentimiento en la práctica clínica, esta autora realiza propuestas que involucran a los centros asistenciales de las instituciones psicoanalíticas. En este sentido, plantea que estas entidades pueden preguntar a las personas que concurren para recibir atención si desean colaborar con las investigaciones que las instituciones llevan adelante. Preocupada por el manejo que se hace del material del paciente en los institutos de formación, considera que de esta forma se podría sortear un primer obstáculo de esta problemática.

En otro extremo, y dando lugar a una nueva perspectiva, Levine y Stagno (2001) plantean que la solicitud de consentimiento informado puede llegar a resultar un acto no ético, en tanto ubica al paciente en una situación de vulnerabilidad. Estos autores proponen reservar este recurso a materiales identificables cuya publicación se considera esencial para los fines científicos, o bien cuando persisten dudas en el texto acerca del anonimato del paciente. Asumen, además, que en ambas situaciones lo éticamente apropiado sería solicitar el consentimiento cuando el manuscrito ya estuviera elaborado.

Postulan, en cambio, como alternativa, la necesidad de trabajar el manuscrito para alcanzar el anonimato en el material sin requerir el consentimiento del paciente, quien no sería identificable. Manifiestan que en este caso la ausencia de pedido de consentimiento no podría ser considerada una falta ética, en tanto se asume en función del principio de menos daño al paciente. Estos autores plantean dos caminos concomitantes para confirmar la preservación del anonimato: 1) pedir a colegas la revisión del texto antes de su exposición, y 2) considerar la apreciación del editor, quien podrá solicitar mayores modificaciones en este aspecto.

De acuerdo a Levine y Stagno (2001), los principios éticos formales que guían la actitud clínica deben ser considerados en función de un contexto en el que están incluidos diversos factores que se deben tener en cuenta. En tal sentido, los autores transmiten la dificultad de adherir a una postura radical en esta temática, y apuntan, en cambio, a sostener la confianza en el criterio profesional —guiado por el principio de protección a las personas— sin necesidad de recurrir a un modelo absoluto que pueda llegar a interferir en los procesos terapéuticos o a limitar las oportunidades del profesional para transmitir su experiencia clínica. ♦

## BIBLIOGRAFÍA

- ARBISER, S. «La confidencialidad. Su centralidad en psicoanálisis». En Congreso Internacional de la API, 44: *Trauma. Nuevos desarrollos en psicoanálisis*. Río de Janeiro: IPA, 2005.
- «The man with the bus symptom». En *International Journal of Psychoanalysis*, v. 75, 1994, pp. 729-742.
- BOLLAS, C. «Acerca de la pérdida de confianza en psicoanálisis». *Newsletter IPA*, v. 8, 2, 1999.
- DUARTE, A. «La ética en la práctica clínica. Consideraciones éticas en la investigación psicoanalítica». En *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, v. 102, 2006, pp. 197- 220.
- FREUD, S. «Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico» (1912). En *O. C.* tomo XII, Buenos Aires: Amorrortu, 1980.
- GABBARD, G. «Case histories and confidentiality». En *International Journal of Psychoanalysis*, v. 78, 1997, pp. 820-821.
- «Disguise or consent: problems and recommendations concerning the publication and presentation of clinical material». En *International Journal of Psychoanalysis*, v. 81, 2000, pp. 1071-1086.
- GABBARD, G., y P. WILLIAMS. «Preserving Confidentiality in the Writing of Case Reports». En *International Journal of Psychoanalysis*, v. 82, 2001, pp. 1067-1068.
- GOLDBERG, A. «A risk in the confidentiality». En *International Journal of Psychoanalysis*, v. 85, 2004, pp. 301-310.
- «Psicoanálisis posmoderno». En *Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, v. XXIII (1), 2001, pp. 43-52.
- Review of «The new informants: the betrayal of confidentiality in psychoanalysis and psychotherapy», by C. BOLLAS and D. SUNDELSON. En *American Journal of Psychoanalysis*, v. 56, 1996, pp. 363-364.
- LEVINE, S., y S. STAGNO. «Informed Consent for Case Reports. The Ethical Dilemma of Right to Privacy versus Pedagogical Freedom». En *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, v. 10, 2001, pp. 193-201.
- LEY n.º 18331, «Protección de datos personales y acción de “habeas data”». *Diario Oficial*, 18/8/2008 - n.º 27549. Poder Legislativo de la República Oriental del Uruguay.
- RODRÍGUEZ QUIROGA DE PEREIRA, A., V. M. MESSINA y P. A. SANSALONE (2012). «Informed consent as a prescription calling for debate between analysts and researchers». En *The International Journal of Psychoanalysis*, 93: 963-980. doi: 10.1111/j.1745-8315.2012.00615.x.
- ROUSSOS, A., M. BRAUN y J. OLIVERA. *Conductas responsables para la investigación en psicología*. Buenos Aires: Funic, 2012.