

# Comentario sobre el artículo «Dilemas éticos en psicoanálisis»



---

SILVIA WAJNBUCH<sup>1</sup>

Me resulta muy estimulante comentar este artículo, dado que la confidencialidad es un tema muy discutido actualmente, no solo desde el punto de vista ético de nuestra profesión sino también desde el punto de vista legal.

Nahir Bonifacino presenta diferentes perspectivas y posturas y nos invita al intercambio. Después de una breve introducción, plantearé las ideas que me surgen a partir de sus preguntas, basándome en mi experiencia clínica e institucional.

Comienzo por definir ciertos términos:

El *consentimiento* «es la manifestación libre en la que el titular de los datos personales (afectado) manifiesta de forma inequívoca su voluntad para permitir el tratamiento de los datos de carácter personal»;<sup>2</sup> y el *consentimiento informado* es «la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta su salud».<sup>3</sup>

1 Miembro titular de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. silviwaj@gmail.com

2 Consentimiento (s. f.). Recuperado el 23 de marzo de 2013, de <<http://www.derecho.com/c/tiki-index.php?page=Consentimiento>>.

3 Consentimiento informado (s. f.). Recuperado el 23 de marzo de 2013, de <<http://www.derecho.com/c/Consentimiento+informado>>.

El *secreto profesional* es definido, en una mirada bioética, como la obligación jurídica, el derecho legal y el deber moral de los profesionales del arte de curar de guardar silencio sobre los hechos o acciones que llegan a su conocimiento con motivo de su profesión, en forma directa o indirecta. Esto implica guardar silencio sobre todo aquello que vieron, oyeron, descubrieron o realizaron durante el ejercicio de su profesión. Recordemos que desde Hipócrates (siglo I d. C.) se plantea el deber del secreto: el derecho del paciente sobre su intimidad y privacidad y la obligación del profesional a la confidencialidad.

En la modalidad utilizada en Inglaterra, el secreto puede ser *absoluto*, es decir que su revelación no admite ninguna excepción. El médico no podrá confiar un hecho conocido por medio de su profesión ni siquiera a sus colaboradores.

En cambio, la legislación vigente argentina y la del resto de América del Sur aceptan el *secreto relativo*, que implica que la revelación queda supeditada a una «justa causa», es decir, cuando de él derive un gravísimo daño para terceros o cuando pueda revelarlo un magistrado competente por justa causa.

En términos generales podemos decir que la justa causa se da cuando de la no revelación del secreto puede seguirse daño severo, irreversible o permanente en terceros, tema tratado ampliamente en el caso Tarasoff vs. Regents of the University of California.

En este caso, Prosenjit Poddar, un estudiante de la Universidad de California, Berkeley, le reveló a su psiquiatra que mataría a su compañera Tatiana Tarasoff. El psiquiatra informó a la policía de la escuela, que detuvo al estudiante, pero lo dejó libre luego de haberle parecido que había cambiado su actitud y de que este prometiera que no se acercaría a Tarasoff. No se tomó ninguna otra acción y Tarasoff no fue advertida de la amenaza. Dos meses después, en octubre de 1969, Poddar mató a Tarasoff. El fallo indicó que el profesional de la salud debe advertir a una víctima potencial de una amenaza, aun si se viola la confidencialidad de la relación médico-paciente. Tarasoff II (una extensión del primer fallo) indicó que el psiquiatra también tiene la obligación de proteger a la persona alertando a las autoridades pertinentes.<sup>4</sup>

Pero a la vez, en la Argentina el artículo 156 del Código Penal establece pena de multa e inhabilitación por seis meses a tres años «para el que te-

niendo noticia, por razón de su estado, oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño lo revelare *sin justa causa*». La ley no exige que la divulgación cause efectivamente un daño, sino que *potencialmente pueda generarlo*. Es un delito de peligro, que se consuma con la mera divulgación. El daño puede ser de cualquier naturaleza.

La obligación de guardar secreto se hace extensible a la historia clínica como a toda documentación que involucre al paciente.<sup>5,6</sup>

Para resumir, concuerdo con Nahir en que la confidencialidad es un problema ético, que se complejiza en la práctica clínica, dado su posible vínculo con terceros, y que se encuentra actualmente más amenazada por los adelantos técnicos: la informatización de las historias clínicas, el trabajo en equipo, la difusión de la información, etcétera.

Considero por ende de fundamental importancia que los psicoanalistas en sus instituciones nacionales, regionales e internacionales reflexionen sobre estas cuestiones y tomen decisiones que puedan derivar en la implementación de reglas. Estas reglas proporcionarían el marco ético y legal a nuestra práctica clínica y ayudarían a evaluar cada caso en particular, preservando y protegiendo tanto a los pacientes como a sus miembros.

Intentemos ahora una aproximación a la pregunta de Nahir: ¿cómo transmitir conocimientos relativos a la comprensión del material clínico en psicoanálisis sin violar la confidencialidad de los pacientes?

La autora plantea en su artículo varios interrogantes y situaciones problemáticas relacionados con el tema de la confidencialidad: primero el tema de las publicaciones y luego el de la práctica clínica y su posible vínculo con terceros. Ambos se encuentran relacionados con el tema del consentimiento.

4 R. Salinas (2007). «La confidencialidad de la consulta psiquiátrica y el deber de protección a terceros: El caso Tarasoff». En *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 45 (1), 68-75. Recuperado el 9 de marzo de 2013, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272007000100011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272007000100011&script=sci_arttext).

5 P. Altamirano (2008). «Secreto médico: Una mirada bioética». Recuperado el 23 de marzo de 2013, de [http://www.colmed9.org.ar/Bioetica/SECRETO\\_PROFESIONAL.pdf](http://www.colmed9.org.ar/Bioetica/SECRETO_PROFESIONAL.pdf).

6 M. Cortesi (2006). «Relación clínica con el paciente: Alcances y límites del secreto profesional en Argentina». Recuperado el 23 de marzo de 2013, de <http://www.bioetica-debat.org/modules/news/article.php?storyid=93>.

Gabbard (2000) plantea que la posibilidad de incorporación del consentimiento en las entrevistas preliminares de tal forma que este quede establecido como parte del encuadre podría afectar el curso del análisis e inducir al paciente a retener información. Por el contrario, considero que la aclaración del uso del secreto profesional y el pedido de consentimiento planteado desde el inicio del tratamiento son instrumentos que facilitan que el paciente hable con entera libertad, porque le estamos garantizando que nada de su material será revelado ni utilizado sin su aprobación.

#### CONFIDENCIALIDAD Y RELACIÓN CON TERCEROS

##### DEFINICIÓN DE UN ENCUADRE

Mi técnica habitual es explicarles a los pacientes o a sus padres y a «terceros» involucrados que tengo por norma no entregar informes escritos. Me fundamento en que, además del cuidado de la confidencialidad, se corre el riesgo de no saber para qué y cómo se podrá usar ese escrito. Solo el intercambio verbal puede tratar de garantizar que el otro entienda lo que uno le está planteando. Lo importante es justamente «el intercambio» y el enriquecimiento mutuo a favor de la ayuda al paciente. De esta manera, se pueden planear un trabajo y una estrategia en conjunto. Considero de mucha utilidad poder trabajar en equipo y armar una «red» con otros profesionales tratantes, o con docentes, etcétera.

Siempre que me pongo en contacto con un «tercero» vinculado con el paciente, lo trabajo en primer lugar con el último. Si tengo su aprobación, le comento lo que voy a decir y le aclaro que lo informaré sobre lo conversado con el tercero. Es decir que pido su consentimiento y me comprometo a darle la información en la sesión subsiguiente.

Al tomar un paciente en tratamiento, si vislumbro la posibilidad de algún tipo de riesgo, aclaro que mantendré el secreto profesional *a menos* (causa justa) que considere que existe algún riesgo para él, en cuyo caso, a manera de cuidado, me comunicaré con quien evalúe pertinente. Si se trata de niños o adolescentes, les planteo previamente que es necesario tener una entrevista con los padres y los invito a participar. Por lo general no desean hacerlo, así que en estos casos también les aclaro que después les informaré sobre lo conversado.

## MATERIAL CLÍNICO Y SUPERVISIÓN

Entiendo que tanto el psicoanalista tratante como el supervisor deben mantener la confidencialidad, el secreto profesional y el cuidado hacia la intimidad del paciente. No veo en este caso la necesidad de desfigurar el material.

Más allá de que todo material llevado a supervisión implica su «relato», concuerdo con Goldberg en que el enmascaramiento o disfraz puede implicar un riesgo como recurso, dado que el material puede alejarse de la realidad del paciente y llegar a generar una «ficción».

## CONFIDENCIALIDAD, CONSENTIMIENTO INFORMADO Y PUBLICACIONES

Hace un tiempo un psicoanalista me contó que después de muchos años de haber terminado un tratamiento se encontró con un expaciente quien le comentó que con mucho asombro había encontrado su material de sesiones en un libro. El asombro también fue para el terapeuta, ya que había sido su supervisor quien había escrito el artículo, sin el consentimiento del paciente ni del terapeuta.

Considero que efectivamente podemos intentar disfrazar o desfigurar los datos biográficos, pero si transcribimos una viñeta o una sesión no podemos cambiar su contenido. No podemos escribir una sesión o un sueño «disfrazados», y es esperable que el paciente en cuestión se reconozca aunque sus datos estén modificados. Por ende, no creo posible desfigurar el material para tratar de evitar que el paciente pueda reconocerse en él. Considero que siempre es necesario contar con el consentimiento del paciente y, de no tenerlo, no deberíamos escribir sobre él.

Muchas veces nos es difícil encontrar la manera de cambiar los datos conservando su significación. Creo que esto pasa especialmente con los nombres de los pacientes. Por ejemplo, si una paciente se llama «Soledad Nadia» me parece que al intentar disfrazarlo con otro nombre para que no pueda ser reconocido se intenta buscar un «equivalente» que difícilmente podrá serlo. Sería como intentar desfigurar el dibujo original de un niño. Indudablemente el sentido y su interpretación quedarían afectados.

Para concluir y a manera de resumen, quiero remarcar que el psicoanálisis tiene su raigambre en la ética, con lo cual el tema del consentimiento

me parece un concepto fundamental para ser discutido entre los psicoanalistas en sus instituciones. Considero que es importante estar al tanto de la legislación vigente en cada país. Entiendo que incluir el consentimiento al inicio de los tratamientos favorece la libertad de expresión de los pacientes, dadas la confianza y tranquilidad que surgen del enunciado del secreto profesional y la aclaración de que su material no será informado a terceros sin su aprobación. ♦