



Ética profesional en salud mental

Guía de actuación ético-deontológica y legal en Psicología Clínica y Psiquiatría

Joaquín Manuel Pastor Morales
Carmen del Río Sánchez

PSICOLOGÍA

PIRÁMIDE

Ética profesional en salud mental

**Guía de actuación ético-deontológica
y legal en Psicología Clínica y Psiquiatría**

JOAQUÍN MANUEL PASTOR MORALES

DOCTOR EN PSICOLOGÍA. FACULTATIVO ESPECIALISTA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

CARMEN DEL RÍO SÁNCHEZ

DOCTORA EN PSICOLOGÍA. PROFESORA TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD,
EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA

Ética profesional en salud mental

**Guía de actuación ético-deontológica
y legal en Psicología Clínica y Psiquiatría**

EDICIONES PIRÁMIDE

COLECCIÓN «PSICOLOGÍA»

Director:

Francisco J. Labrador

Catedrático de Modificación de Conducta
de la Universidad Complutense de Madrid

Edición en versión digital

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del copyright.

© Joaquín Manuel Pastor Morales y Carmen del Río Sánchez, 2018

© Primera edición electrónica publicada por Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2018

Para cualquier información pueden dirigirse a piramide_legal@anaya.es

Juan Ignacio Luca de Tena, 15. 28027 Madrid

Teléfono: 91 393 89 89

www.edicionespiramide.es

ISBN digital: 978-84-368-4039-1

Índice

Prólogo	11
1. Deontología y ética profesional	13
1. Principios de la Bioética	13
2. Los códigos deontológicos	14
2.1. Código de Deontología Médica (CDM, 2011).....	14
2.2. Declaración de Madrid sobre los requisitos éticos de la práctica de la psiquiatría (AMP, 2002).....	15
2.3. El Código Deontológico del Psicólogo (1987, con revisiones de 2010 y 2014)	17
2.4. El Metacódigo de la EFPA (2005)	17
2.5. Código Ético de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2002, 2010, 2016).....	19
3. Estudios sobre ética y deontología	21
4. Variables que se relacionan con la valoración deontológica	22
4.1. Categoría profesional y ámbitos específicos de trabajo.....	23
4.2. Experiencia profesional.....	23
4.3. Orientación psicoterapéutica.....	23
4.4. Formación legal y ético-deontológica	23
4.5. Consulta del código deontológico.....	24
4.6. Formación sanitaria especializada mediante residencia	24
4.7. El sexo del terapeuta y el contexto, rural o urbano, donde presta sus servicios	25
5. Proceso de toma de decisiones éticas.....	25
5.1. Modelo de toma de decisiones éticas de la Asociación Canadiense de Psicología (CPA, 2017).....	27
5.2. Modelo de toma de decisiones éticas de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA, 2015).....	28
2. Mala praxis y responsabilidad profesional	33
1. <i>Lex artis</i> y mala praxis en salud mental	33
2. Situaciones de riesgo de mala praxis	34

3.	Tipos de responsabilidad profesional.....	34
3.1.	Responsabilidad administrativa	34
3.2.	Responsabilidad penal	37
3.3.	Responsabilidad civil	38
3.4.	Responsabilidad deontológica colegial.....	38
3.	Formación ética y deontológica en salud mental	41
1.	Propuesta de un programa de una asignatura de Ética profesional	42
4.	Privacidad y confidencialidad	45
1.	Regulación del deber de secreto.....	46
2.	El riesgo de suicidio y la testificación ante los tribunales como excepciones frecuentes al deber de confidencialidad	50
3.	Regulación deontológica del secreto profesional	51
4.	Obstáculos en el mantenimiento del secreto profesional.....	56
5.	Confidencialidad en las terapias de grupo	56
6.	Confidencialidad y proceso terapéutico.....	57
7.	Confidencialidad de la historia clínica.....	57
5.	Consentimiento informado	67
1.	El consentimiento informado en salud mental	69
2.	La manifestación por escrito del consentimiento informado.....	74
3.	Tratamientos involuntarios y medidas coercitivas en salud mental.....	79
3.1.	Los ingresos hospitalarios involuntarios.....	79
3.2.	Alimentación forzada en trastornos alimentarios restrictivos	82
3.3.	Contención mecánica.....	83
6.	Confidencialidad y consentimiento informado en salud mental infanto- juvenil	87
1.	La implicación de múltiples profesionales	88
2.	La incapacidad del menor versus «menor maduro»	88
3.	Menores cuyos progenitores están divorciados	90
4.	El internamiento en unidades de salud mental de menores	96
5.	Menores e historia clínica: consentimiento y derecho de acceso y opo- sición	98
7.	Transgresión de los límites profesionales y establecimiento de relacio- nes duales.....	101
1.	Los límites en psicoterapia	101
2.	La transgresión de los límites profesionales.....	103
3.	Dimensiones que pueden suponer situaciones de riesgo para las transgre- siones de los límites profesionales.....	104
3.1.	Tiempo y frecuencia entre las citas.....	105
3.2.	Lugar y espacio.....	105

3.3. Regalos	105
3.4. Revelaciones personales	109
3.5. Contacto físico.....	112
4. Creencias erróneas de los profesionales respecto del establecimiento de relaciones duales	112
5. Relaciones duales durante la psicoterapia.....	113
6. Relaciones duales tras la terminación de la terapia.....	115
7. Relaciones duales entre un facultativo y un residente al que supervisa	117
8. Los códigos deontológicos y las relaciones duales	121
9. Características de los terapeutas que se implican en relaciones duales.....	124
10. Relaciones duales y modelos de toma de decisión	126
8. Evaluación psicológica	131
1. Cualificación de los profesionales para la evaluación	138
2. Manejo adecuado de los test psicológicos	140
3. Evaluación mediante Internet.....	144
4. El informe clínico y la devolución de los resultados	145
9. Intervenciones psicoterapéuticas.....	149
1. Competencia y formación del psicoterapeuta	149
2. Elección y fines del tratamiento psicológico	156
3. Sesgos del terapeuta	158
4. Intervención con múltiples pacientes: psicoterapia de grupo, de familia y de pareja.....	159
5. Terapias mediante Internet.....	160
6. Situaciones de riesgo para la mala praxis en psicoterapia	162
10. Investigación con participantes humanos.....	169
1. Confidencialidad y consentimiento informado en investigación.....	178
2. Balance de riesgos y beneficios	180
3. La utilización del engaño en investigación	182
4. La publicación de datos científicos.....	184
5. Los comités de ética de investigación	187
Referencias bibliográficas	189

Prólogo

Lo primero que suelo hacer cuando hojeo por primera vez un libro es preguntarme qué me ofrece, por qué debería interesarme y qué razones hay para que dedique un tiempo a su lectura y estudio. Desde su título mismo este libro atrajo mi atención e interés, de manera que no hubo lugar para preguntas como esas, pero a medida que avanzaba en su lectura me surgían otras sobre mi propio ejercicio profesional como psicóloga clínica. Creo que esa es precisamente la mayor virtud de este texto: hacernos dudar sobre nuestra actuación profesional, revisar nuestras prácticas, plantearnos preguntas, sorprendernos, aumentar nuestra capacidad de autocrítica y, en definitiva, sincerarnos.

De un modo u otro, cualquier profesional de salud mental conoce, o cree conocer, los principios éticos por los que debe regirse en su actuación: respeto a los derechos y a la dignidad de las personas, responsabilidad, integridad, justicia, competencia, buscar el beneficio del cliente y evitar cualquier mal, etcétera. Lo complicado es aplicar esos principios de manera reflexiva y adecuada en la actividad profesional diaria. Algunos ejemplos son: ¿cuáles son los límites de la confidencialidad?, ¿cómo debemos comunicar los resultados de una evaluación diagnóstica?, ¿cómo se debe dar por finalizada una relación terapéutica?, ¿cómo debe obtenerse el consentimiento informado?, ¿bajo qué circunstancias se puede plantear el uso de medidas coercitivas y tratamientos forzosos, como la alimentación en un paciente con anorexia?, ¿se deben aceptar regalos? Y ¿cómo hacer todo eso sin ame-

nazar la alianza terapéutica, sin adoptar actitudes paternalistas, respetando la autonomía del paciente, sin dejarnos influir por nuestros propios prejuicios y valores, o por los de nuestros colegas o superiores? Y aún más: ¿debemos regirnos por los mismos principios tanto si tratamos con adultos como si se trata de menores o de personas dependientes, ¿cómo aplicar todos los principios éticos imprescindibles al llevar a cabo una investigación?, ¿cómo actuar ante los nuevos retos que nos plantean las nuevas tecnologías, como por ejemplo la evaluación o las intervenciones terapéuticas a través de plataformas de Internet?, ¿qué amenazas a la privacidad y la integridad se plantean en esos casos y cómo resolverlas?

Afortunadamente, es notable la sencillez con la que este libro explica situaciones complejas como las enunciadas, de manera que a través no solo de la información legislativa necesaria, sino también proponiendo y resolviendo multitud de ejemplos prácticos reales, permite encontrar las mejores respuestas a nuestras dudas. Además de revisar a fondo los fundamentos teóricos y legales sobre los que debe fundamentarse la ética profesional en el ámbito de la salud mental, los autores proporcionan multitud de datos recogidos por ellos mismos y por otros investigadores, lo que aumenta la ya de por sí importante valía del texto.

Por todo lo antedicho, me sumo a una afirmación que hacen los autores en las primeras páginas: «El conocimiento de los códigos de ética que regulan la profesión, así como el análisis de sus fundamentos, son contenidos imprescindibles en

la formación de los profesionales». La materia que se contempla en este libro debería ser de obligado cumplimiento en cualquier plan de estudios que pretenda formar futuros profesionales de la salud y, en especial, de salud mental. Si, como advertía Karl Popper, «la verdadera ignorancia no es la ausencia de conocimientos, sino el hecho de negarse a adquirirlos», no neguemos a los futuros profesionales la oportunidad de aprender cómo deben ejercer su actividad sobre la base de un profundo conocimiento de las normas éticas y los valores que sustentan su profesión.

Bien es cierto que, como también indican los autores, la práctica y la experiencia son imprescindibles para una aplicación adecuada de las normas y principios éticos. Aristóteles, refiriéndose a la ética, advertía de que «esta doctrina requiere ánimos libres de pasión y sosegados, ajenos de toda codicia y aptos para deliberaciones, cuales suelen ser los de los que han llegado a la madura edad». No estoy

muy segura de que la madurez y, por tanto, la experiencia, sean por sí solas garantías suficientes, pero cierto es que sin la confrontación de los conocimientos con la realidad clínica que solo puede proporcionar la práctica profesional, resulta imposible aprender y poner a prueba nuestros propios déficits. Este libro resulta extraordinariamente útil a ese propósito. Me parece que llegará a ser uno de esos textos clásicos que todos atesoramos y con los que acabamos creando un potente vínculo. Como no podría ser de otro modo, agradezco muy sinceramente a Carmen y Joaquín la oportunidad que me brindan al pedirme prologar su libro. Pero, sobre todo, les agradezco que lo hayan escrito.

AMPARO BELLOCH FUSTER
Catedrática de Psicopatología,
Universidad de Valencia.
Psicóloga Especialista
en Psicología Clínica

Deontología y ética profesional

1

La *ética* implica el estudio de la conducta en relación con la corrección o incorrección de una acción y a la bondad o maldad de sus motivos o fines (Bloch, Chodoff y Green, 2001); la *deontología*, por su parte, es la parte de la ética que se ocupa de los deberes profesionales a partir del desarrollo de códigos de comportamiento que pretenden regular la actividad de las profesiones. Se trataría pues de la ética del ejercicio profesional.

Por otro lado, la *bioética* es considerada el nuevo rostro de la ética científica (Gracia, 2008), orientada para el desarrollo de la ciencia (Potter, 1970) y la mejora de la calidad de vida de las personas (Mandal, Ponnambath y Parija, 2017). Analiza para ello los valores que acompañan a los hechos clínicos en el contexto de las actividades asistenciales e investigadoras con personas, explorando las cuestiones éticas surgidas a raíz de los avances en la investigación y abarcando los aspectos sociales, ambientales y legales que afectan a los seres humanos. Se trata así de una nueva ética, instalada en el respeto de los derechos de las personas (usuarias de las prestaciones clínicas o participantes de investigaciones), en el laicismo, la pluralidad y la interdisciplinariedad. Alejada de posicionamientos paternalistas tradicionales, surge como respuesta a las violaciones de los derechos humanos por parte de algunos investigadores y profesionales de la salud, pero también por las repercusiones que los avances de la biomedicina pudieran tener en la vida humana (Engelhardt, 2004), pretendiendo la búsqueda, mediante la deliberación equilibrada, rigurosa y sensible al contexto, de aquellas conclusiones apli-

cables al dilema surgido en la práctica clínica (McKeown, 2017).

1. PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

Los principios de la bioética, tomados de la *teoría principalista o de la moral común* de Beauchamp y Childress en 1979, han orientado a los profesionales en la toma de decisiones éticas, proporcionándoles un marco en el que identificar problemas morales, reflexionar sobre ellos y tomar decisiones en torno a situaciones surgidas en la práctica clínica, a veces generadoras de conflictos y dilemas. Este *enfoque principalista* permite la descripción del dilema moral como un conflicto entre los principios bioéticos, que solo puede ser analizado específicamente a la luz del caso concreto. Supone, por tanto, un *enfoque de equilibrio y ponderación*.

En la teoría referida se desarrollan cuatro principios fundamentales:

- **Autonomía** o respeto a la capacidad de la persona para tomar decisiones propias, libres de coacciones externas y guiadas por sus valores y opciones personales. El clínico, una vez haya informado al paciente, ha de acatar las decisiones autónomas del mismo (*consentimiento informado*), reconociéndole así su derecho de decisión entre las alternativas terapéuticas disponibles. No obstante, no todos los pacientes

van a ser capaces de tomar sus propias decisiones autónomas: por un lado, esta capacidad va madurando a lo largo de la vida de las personas, en tanto se presupone que los menores son incapaces para decidir; por otro, algunas personas pierden, total o parcialmente, esta capacidad, debido a enfermedades, incapacitaciones mentales u otras circunstancias que restringen su capacidad o su libertad de elección.

- **No maleficencia** o intención de no generar daños o perjuicios a los pacientes o, en el caso de ser necesario o inevitable, generar el mínimo posible. Este principio fue ya formulado en la medicina hipocrática (*primum, non nocere*; ante todo, no hacer daño). El término *negligencia* se emplea para referirse a varios tipos de incumplimiento de las obligaciones del profesional, incluyendo la de no proteger a los demás de riesgos que pudieran producir algún daño.
- **Beneficencia** u obligación de proporcionar beneficios que superen a los posibles daños generados. Una de las motivaciones para diferenciar la no maleficencia de la beneficencia es que es plausible que ambas entren en conflicto cuando el clínico ha de procurar el beneficio al paciente o evitar un mal, no siendo posible el logro de ambos.
- **Justicia** o imparcialidad en el reparto de costes y beneficios en el ámbito del bienestar vital. También es llamado principio de equidad, en tanto pretende la consideración del derecho de los ciudadanos a ser tratados con respeto frente a cualquier otro, sin atenciones deferentes ni privaciones distintivas de aquellas opciones, evaluativas o terapéuticas, para recuperar la salud.

Beauchamp y Childress explican que los cuatro principios antes expuestos obligarían por igual al clínico, quien en caso de *conflicto* entre dos o más de ellos tendría que evaluar la situación concreta para analizar qué principio pudiera ser prioritario, de modo que serían las circunstancias y las consecuencias específicas las que permitirían

ordenarlos jerárquicamente. Esta *especificación* implicaría la ponderación, a través de un proceso de *deliberación*, de casos concretos.

2. LOS CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS

En el ámbito de la medicina, los códigos de ética y deontología profesional datan de los albores de dicha ciencia. Así, el *juramento hipocrático*, donde aún no se menciona a la «locura», es el primero y más representativo de ellos y sigue siendo la referencia sobre el que se han elaborado las posteriores guías.

Los códigos de ética han ofrecido garantías a la sociedad, dado que: 1) refuerzan a la medicina científica, 2) suavizan los conflictos entre los profesionales médicos, 3) definen al verdadero profesional de la medicina y lo diferencian del que no lo es, y finalmente, 4) fomentan sus legítimos intereses (Vera, 2015).

La adecuación ética en el específico campo de la Psiquiatría, además de regirse por el Código de Deontología Médica de 2011, tiene como referente más claro la Declaración de Madrid de la Asociación Mundial de la Psiquiatría sobre los requisitos éticos de la práctica de la psiquiatría aprobada por la Asamblea General de Madrid el 25 de agosto de 1996 y revisada por la Asamblea General de Yokohama, Japón, el 26 de agosto de 2002.

En nuestro ámbito, los Códigos más relevantes son los que describimos a continuación.

2.1. Código de Deontología Médica (CDM, 2011)

El CDM delimita los principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional del médico. Los deberes que impone obligan a todos los médicos en el ejercicio de su profesión, con independencia de su especialidad o ámbito de actuación. El incumplimiento de sus normas, o de alguna de ellas, supondría la falta disciplinaria tipificada en los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial.

Se organiza en 66 artículos, organizados en 21 capítulos.

Capítulos del CDM (2011)

Capítulo I. Definición y ámbito de aplicación.

Capítulo II. Principios generales.

Capítulo III. Relaciones del médico con sus pacientes.

Capítulo IV. Calidad de la atención médica.

Capítulo V. Secreto profesional del médico.

Capítulo VI. Objeción de conciencia.

Capítulo VII. Atención médica al final de la vida.

Capítulo VIII. Relaciones de los médicos entre sí y con otros profesionales sanitarios.

Capítulo IX. Relaciones con la Corporación Médica Colegial.

Capítulo X. Trabajo en las instituciones sanitarias.

Capítulo XI. Trasplante de órganos.

Capítulo XII. Reproducción humana.

Capítulo XIII. Pruebas genéticas.

Capítulo XIV. Investigación médica sobre el ser humano.

Capítulo XV. Tortura y vejación de la persona.

Capítulo XVI. Dopaje deportivo.

Capítulo XVII. Médicos peritos.

Capítulo XVIII. Docencia médica.

Capítulo XIX. Publicaciones profesionales.

Capítulo XX. Publicidad médica.

Capítulo XXI. Economía y honorarios.

Dado que se trata de un código deontológico para la profesión médica en su conjunto y, por tanto, no solo para los médicos especialistas en psiquiatría, nos encontramos con vacíos respecto de algunos de los campos de intervención que, o bien son propios de dicha disciplina o lo son de otras profesiones sanitarias próximas a la psiquiatría con las que el médico de dicha especialidad tendrá necesariamente que colaborar en el trans-

curso de su quehacer profesional, por ejemplo la práctica de la psicoterapia, la implementación de técnicas de evaluación psicológica o el mantenimiento de los límites profesionales.

2.2. Declaración de Madrid sobre los requisitos éticos de la práctica de la psiquiatría (AMP, 2002)

La Asociación Mundial de Psiquiatría aprobó en 1977 la Declaración de Hawái, en la que se establecían las normas éticas para la práctica de la psiquiatría. Se sucederían después dos Asambleas Generales, en las que se aprobarían algunas importantes directrices éticas que se erigen como referencias para los psiquiatras de todo el mundo: la primera de ellas, en Madrid (1996); la segunda, en Yokohama (2002), supuso una actualización de la anterior.

Si bien no se trata de un código de ética profesional, esta exigua pero relevante declaración contiene aspectos, en algunas de sus directrices, no contemplados en el mencionado Código de Deontología Médica. Por ejemplo, se reseñan algunas cuestiones respecto del establecimiento de la relación terapéutica o la adecuada formación técnica en psicoterapia.

La declaración enfatiza que el psiquiatra debe tener en cuenta las implicaciones éticas del ejercicio de la medicina, así como las exigencias éticas específicas de su especialidad; insta al profesional de la psiquiatría a defender el tratamiento justo y equitativo de los enfermos mentales; y le advierte, además, de la importancia de tener en cuenta los límites de la relación terapéutica, así como de la necesidad de guiarse por el respeto al paciente y la preocupación por su bienestar e integridad.

Se desarrolla a lo largo de 7 importantes directrices y 12 pautas para situaciones específicas. Entre ellas destacamos las relacionadas con la participación del psiquiatra en los medios de comunicación, la aplicación de la psicoterapia en medicina o los conflictos de intereses con la industria.

Directrices de la AMP (1996, 2002)

1. La psiquiatría es una disciplina médica cuyos objetivos son proporcionar el mejor tratamiento posible para los trastornos mentales, rehabilitar a las personas que sufren estas enfermedades y promover la salud mental. El psiquiatra debe atender a sus pacientes proporcionándoles el mejor tratamiento disponible de acuerdo con los conocimientos científicos y los principios éticos aceptados. El psiquiatra debe seleccionar las intervenciones terapéuticas menos restrictivas para la libertad de sus pacientes y debe buscar asesoramiento en todo lo que no tuviere una experiencia suficiente. Además, el psiquiatra debe tener en cuenta y preocuparse por una distribución equitativa de los recursos sanitarios.

2. Es deber del psiquiatra mantenerse al corriente de los avances científicos de su especialidad y transmitir estos conocimientos debidamente actualizados. Los psiquiatras con experiencia en investigación deben procurar el avance de las fronteras científicas de la psiquiatría.

3. El paciente debe ser aceptado, por derecho propio, como un colaborador en el proceso terapéutico. La relación psiquiatra-enfermo debe basarse en la confianza y respeto mutuos, para permitir que el paciente tome decisiones libres e informadas. El deber del psiquiatra es proporcionar al paciente la información relevante para que pueda tomar decisiones lógicas de acuerdo con sus propios valores y preferencias.

4. Cuando el paciente esté incapacitado, no pueda hacerse un juicio adecuado como consecuencia de un trastorno mental, tenga deficiencias graves o sea incompetente, el psiquiatra deberá consultar con la familia y, si fuere necesario, buscar asesoramiento legal, para salvaguardar la dignidad humana y los derechos legales del enfermo. No se debe llevar a cabo ningún tratamiento contra la voluntad del paciente, a menos que el no hacerlo ponga en peligro su vida o la de los que le rodean. El tratamiento debe tener siempre como objetivo el interés del paciente.

5. Al ser requerido para evaluar a una persona, el psiquiatra tiene como primer deber informarle claramente sobre el propósito de la intervención profesional, el uso que se fuere a hacer de sus resultados y las posibles repercusiones de la evaluación. Esto es particularmente importante cuando intervengan terceras partes.

6. La información obtenida en la relación terapéutica es confidencial, y su única y exclusiva finalidad es mejorar la salud mental del paciente. El psiquiatra tiene prohibido hacer uso de esta información en su propio beneficio, por motivos económicos o académicos. Solo se permite la violación de la confidencialidad cuando el mantenerla pudiere dar lugar a un daño físico o mental grave para el paciente o para una tercera persona, tal y como ocurre en el abuso infantil. En estos casos el psiquiatra deberá, en la medida de lo posible, informar primero al paciente sobre las medidas a tomar.

7. Una investigación que no se realice de acuerdo con los cánones de la ciencia no es ética. Toda investigación debe ser aprobada por un comité ético debidamente constituido. El psiquiatra debe someterse a la normativa, nacional e internacional, para la investigación. Solo los psiquiatras debidamente cualificados pueden dirigir o llevar a cabo una investigación. Es necesario extremar las precauciones para salvaguardar la autonomía y la integridad física y mental de las personas con trastornos psiquiátricos, ya que son sujetos de investigación especialmente vulnerables. Las normas éticas también se aplican a la selección de grupos de población, en todo tipo de investigación, incluyendo los estudios epidemiológicos y sociológicos y las investigaciones en colaboración de naturaleza multidisciplinaria o multicéntrica.

2.3. El Código Deontológico del Psicólogo (1987, con revisiones de 2010 y 2014)

El Código Deontológico del Psicólogo entró en vigor en 1987, habiendo sufrido pequeñas modificaciones al tenerse que adaptar a la Ley Ómnibus en 2010, y posteriormente, en 2014, siguiendo las recomendaciones de la Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia (CNMC).

En todos los Estatutos de los colegios de psicólogos del Estado se indica que la actuación profesional tendrá que estar en consonancia con las normas éticas contenidas en el Código Deontológico. Igualmente, las normas deben darse en concordancia con las normas legales vigentes y, si bien

podiera existir algún conflicto entre ellas, siempre debiera prevalecer la Ley cuando esto ocurriese.

La profesión de Psicología plantea problemas éticos susceptibles de distintas soluciones sistemáticas que, generalizadas como normas, constituyen una deontología específica (Del Río, 2005). El conocimiento de los códigos de ética que regulan la profesión, así como el análisis de sus fundamentos, son contenidos imprescindibles en la formación de los profesionales, ya que expresan los principios compartidos por la comunidad con la que el psicólogo, en tanto que profesional, está obligado (Calo, 2000).

El Código Deontológico del Psicólogo (COP, 1987, 2010, 2014) se estructura en 61 artículos, todos ellos de obligado cumplimiento, organizados en 9 títulos diferentes:

Código Deontológico del Psicólogo (1987, 2010, 2014)

Preliminar.

Capítulo I. Principios generales.

Capítulo II. De la competencia profesional y relación con otras profesiones.

Capítulo III. De la intervención.

Capítulo IV. De la investigación y docencia.

Capítulo V. De la obtención y uso de la información.

Capítulo VI. De la publicidad.

Capítulo VII. De los honorarios y remuneración.

Capítulo VIII. Garantías procesales.

2.4. El Metacódigo de la EFPA (2005)

En noviembre de 1988 la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA) aprobó la *Carta Ethica or Charter of Professional Ethics for Psychologists*, siendo esta refrendada por la Asamblea General de 1995 donde se aprobó el Metacódigo, si bien una nueva edición del mismo, la última hasta el momento, se ratificó en Granada en el año 2005 con alguna pequeña modificación.

Este Metacódigo obliga en su preámbulo a que los códigos éticos de las asociaciones-miembro estén en consonancia con sus principios y contenidos.

El Metacódigo establece cuatro principios éticos:

— **Respeto a los derechos y a la dignidad de las personas.** Aspectos relacionados con este principio serán la privacidad, la confidencialidad y el consentimiento informado.

«Los psicólogos respetarán y promoverán el desarrollo de los derechos, la dignidad y los valores fundamentales de todas las personas. Respetarán los derechos de los individuos a la privacidad, la confidencialidad, la autodeterminación y la autonomía, de acuerdo con las demás obligaciones profesionales de los psicólogos y con la ley.»

— **Competencia.** Obligaría al conocimiento de las normas deontológicas, la actualización profesional y los límites de los procedimientos técnico-científicos que se aplican.

«Los psicólogos se esforzarán en asegurar y mantener niveles altos de competencia en su trabajo. Reconocerán los límites de su competencia particular y de su especialización. Proporcionarán solo aquellos servicios y utilizarán solo aquellas técnicas para las que estén debidamente cualificados por su formación o experiencia.»

— **Responsabilidad.** En cuanto a la exigencia de intervenciones de calidad, el reconocimiento de los problemas éticos que pudieran suceder, la evitación de daños o la colaboración con otros profesionales, entre otros aspectos.

«Los psicólogos serán conscientes de las responsabilidades profesionales y científicas de cara a sus clientes, a la comunidad y a la sociedad en la que trabajan y viven. Evitarán producir daños, serán responsables de sus propias acciones y se asegurarán, en la medida de lo posible, de que sus servicios no sean mal utilizados.»

— **Integridad.** Importancia de mantener actitudes de sinceridad, franqueza y honestidad tanto en el desempeño profesional como en el trato con el usuario.

«Los psicólogos promoverán la integridad en la ciencia, en la docencia y en la práctica de la psicología. En estas actividades serán honestos, justos y respetuosos con los demás. Intentarán clarificar sus roles como profesionales y actuarán apropiadamente de acuerdo con ellos.»

Además, se reconoce una fuerte *interdependencia entre los cuatro principios éticos* fundamentales, lo cual quiere decir que en la resolución de un problema o dilema ético se requerirá reflexión por parte del psicólogo, y a menudo diálogo con clientes u otros colegas, sopesando principios éticos diferentes.

Importante es recordar que el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (CGCOP),

y por tanto todos los colegios españoles, forman parte de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA) desde 1988 como miembros de pleno derecho, lo cual comporta la necesidad (Bermejo, 2009) de adaptar el Código Deontológico del Psicólogo vigente a los principios del Metacódigo de la EFPA (2005), tarea que a fecha del cierre de esta edición no se ha llevado a cabo.

La motivación de esta recomendación de la EFPA a los colegios profesionales miembros de dicha asociación es que sus respectivos códigos se fundamenten y eviten contradicciones con los principios éticos descritos en el Metacódigo.

Con el objetivo de ahondar en este entendimiento común y la convergencia entre sus organizaciones miembro, recientemente el Consejo de Ética de la EFPA ha elaborado un Modelo de Código (que complementa el Metacódigo), con la pretensión de proporcionar orientación y pautas mediante las cuales tanto los psicólogos como los colegios profesionales puedan informar de la práctica de la psicología y mejorar la competencia profesional, independientemente de a qué colegio concreto se pertenezca o en qué país se ejerza, al estar todos sujetos a los mismos principios éticos. Este Modelo de código también incluye directrices en cuanto a la elaboración de procedimientos disciplinarios que pudieran abrirse tras las quejas o denuncias interpuestas por los usuarios por supuesta mala praxis.

El logro de esta convergencia, según indica el propio Consejo de Ética de la EFPA (2015), debe ser entendido como una aspiración a largo plazo (2030) y deja espacio para una transición gradual y natural entre los respectivos marcos éticos y códigos de los distintos países. En cuanto a la aplicación del Modelo de Código de Ética debe tenerse en cuenta que los códigos éticos pueden diferir dependiendo de las distintas legislaciones de los países. En algunos, los códigos están legalmente reconocidos y son parte del sistema disciplinario legal. Además, se asume que pueden existir diferencias entre las normas sociales de los distintos países con respecto a lo que es culturalmente aceptable.

El objetivo general del Modelo de Código de Ética es proporcionar orientación sobre cómo aplicar los principios éticos en la práctica profesional, de forma que aumente la conciencia ética y la reflexión. Sus objetivos concretos son: 1) servir de apoyo a los psicólogos en situaciones en las que estén obligados a tomar una posición sobre cuestiones éticas, 2) proteger a los clientes de acciones inapropiadas y/o dañinas, 3) apoyar la cooperación entre psicólogos, y entre psicólogos y otros profesionales, 4) conservar y mejorar la confianza del público en la profesión de la psicología, 5) servir de base para la creación de directrices y marcos para las distintas áreas de especialización dentro de la psicología, y 6) servir de base para la creación de procedimientos y estructuras para el manejo de las denuncias y asuntos relacionados por parte de las asociaciones miembro.

Del Río (2005) señala que, si bien han transcurrido muchos años desde la aprobación del Código Deontológico del Psicólogo, aún no es lo suficientemente conocido por todos los profesionales. Pero lo más alarmante ha sido constatar que no solo el Código Deontológico del Psicólogo (1987, 2010, 2014), sino tampoco el Código de Deontología Médica (2011), sirven de guía suficiente a los especialistas en salud mental (psicólogos clínicos y psiquiatras) en sus actuaciones profesionales, ni tan siquiera a los que sí suelen consultarlos habitualmente (Pastor, 2017). Ello podría deberse, además de a lo señalado por Del Río (2005), a los siguientes aspectos:

- Articulado lacónico, que no contribuye a que el profesional clarifique las dudas ético-deontológicas derivadas de situaciones controvertibles que pudieran darse en el ejercicio de su práctica profesional.
- El tiempo transcurrido desde la publicación del Código Deontológico del Psicólogo vigente, con escasa o casi nula adaptación a los desarrollos legislativos actuales y posteriores a su publicación.
- Igualmente, la falta de adaptación del Código Deontológico del Psicólogo al Metacódigo de la EFPA (2005).

- La escasa concreción del Código de Deontología Médica a los ámbitos específicos de actuación de la Psiquiatría.

2.5. Código Ético de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2002, 2010, 2016)

Supone una versión de los *Principios Éticos y Código de Conducta de los Psicólogos de la American Psychological Association (APA)*, adoptada por el Consejo de Representantes de la APA en reunión de agosto de 2002, si bien posteriormente se han añadido algunas enmiendas en 2010 y 2016. A continuación se resumen los principios de este código:

- **Principio A. Beneficencia y no maleficencia:** Los psicólogos deben esforzarse por beneficiar a aquellos con quienes trabajan y, al mismo tiempo, intentar evitar la producción de daños. En sus acciones profesionales intentarán salvaguardar el bienestar y los derechos de aquellos con quienes interactúan profesionalmente y de otras personas afectadas, así como del bienestar de los animales que son sujetos de una investigación. Cuando se produzcan conflictos entre sus obligaciones o preocupaciones, intentarán resolverlos de una manera responsable, evitando o minimizando el daño. Ya que las opiniones científicas y profesionales y las acciones de los psicólogos pueden afectar las vidas de otras personas, estarán alerta frente a factores personales, financieros, sociales, organizacionales o políticos que pudieran llevar a una mala utilización de su influencia. Los psicólogos deberán ser conscientes del posible efecto que su propia salud física y mental pudiera tener sobre su habilidad para ayudar a aquellos con quienes trabajan.
- **Principio B. Fidelidad y responsabilidad:** Los psicólogos deben establecer relaciones de confianza con las personas con las que

trabajan. En el curso de su trabajo, serán conscientes de sus responsabilidades profesionales y científicas ante la sociedad y las comunidades específicas en las cuales trabajan. Mantendrán normas de conducta profesional, clarificarán sus roles profesionales y obligaciones, aceptarán las responsabilidades adecuadas por su conducta y se esforzarán en manejar los conflictos de interés que pudieran resultar en explotación o daño. Consultarán, derivarán o cooperarán con otros profesionales e instituciones hasta donde sea necesario, con el fin de servir a los mejores intereses de aquellos con los que trabajan. Los psicólogos se interesarán por el cumplimiento ético que mantienen sus colegas en su conducta científica y profesional. También se esforzarán en contribuir con una porción de su tiempo profesional, a cambio de una pequeña o ninguna compensación o ventaja personal.

- **Principio C. Integridad:** Los psicólogos deben promover la precisión, la honestidad y la veracidad en la ciencia, la docencia y en la práctica de la Psicología. En estas actividades los psicólogos no se apropiarán indebidamente, no estafarán y no se involucrarán en ninguna actividad fraudulenta, subterfugio o falsedad de forma intencional. Se esforzarán por mantener sus promesas y evitar compromisos imprudentes o poco claros. En las situaciones en las que el engaño pudiera estar éticamente justificado, con el objeto de conseguir un beneficio y minimizar un daño, los psicólogos tendrán la seria obligación de considerar la necesidad y posibles consecuencias de tal situación, así como su responsabilidad en cuanto a la rectificación de cualquier desconfianza resultante u otros efectos dañinos originados por el uso de tales técnicas.
- **Principio D. Justicia:** Los psicólogos deben reconocer que igualdad y justicia suponen que todas las personas tienen el derecho a acceder y a beneficiarse de las contribucio-

nes de la Psicología, así como a recibir con similar nivel de calidad los procesos, procedimientos y servicios proporcionados por los psicólogos. Estos serán razonables en sus opiniones, y tomarán precauciones para asegurarse de que sus prejuicios o sesgos potenciales, los límites de su competencia y las limitaciones de su especialización no les conduzcan a mantener o a tolerar prácticas injustas.

- **Principio E. Respeto a los derechos y dignidad de las personas:** Los psicólogos deben respetar la dignidad y el mérito de todas las personas. También respetarán los derechos de los individuos a la privacidad, confidencialidad y autodeterminación. Serán conscientes de que pueden ser necesarias unas garantías especiales para proteger los derechos y el bienestar de personas o comunidades cuyas vulnerabilidades impidan una toma de decisiones autónomas. Los psicólogos deben ser conscientes y respetar las diferencias culturales, individuales y de rol, incluyendo aquellas diferencias basadas en la edad, género, identidad de género, raza, etnia, cultura, nacionalidad, religión, orientación sexual, invalidez, idioma y estatus socioeconómico, considerando estos factores cuando trabajan con miembros de tales grupos. Los psicólogos intentarán eliminar el efecto que los prejuicios basados en esos factores pudieran tener en su trabajo, y no participarán intencionadamente o tolerarán actividades ajenas basadas en tales prejuicios.

Este código, aunque obviamente no es de obligado cumplimiento para los psicólogos clínicos como los otros dos anteriores (Metacódigo de la EFPA y Código Deontológico del Psicólogo), tiene un alto interés, ya que las normas éticas que en él se contienen están más desarrolladas que en cualquier otro, por lo que consideramos que su conocimiento y estudio podría resultar muy instructivo no solo para el psicólogo

go clínico, sino también para el psiquiatra, ya que proporciona orientaciones en temas de relevancia para la práctica clínica e investigadora en salud mental.

Las normas éticas de este Código se dividen en diez apartados:

1. Resolución de problemas éticos.
2. Competencia.
3. Relaciones humanas.
4. Privacidad y confidencialidad.
5. Publicidad y otras declaraciones públicas.
6. Mantenimiento de archivos y honorarios.
7. Educación y formación.
8. Investigación y publicación.
9. Evaluación.
10. Terapia.

Téngase en cuenta que las normas éticas, si bien no son leyes (Chamorro, 2007), han de orientar y guiar al clínico en sus decisiones profesionales. El propósito de cualquier Código Deontológico es proporcionar orientación para los profesionales en cuanto a reglas de conducta. Los Códigos no se proponen para ser fundamento de responsabilidad civil, e incluso el hecho de que profesionales de la psiquiatría o de la psicología clínica hubiesen violado las normas de sus correspondientes Códigos Deontológicos no determinaría por sí mismo responsabilidad legal en un proceso judicial, salvo que hubiese coincidencia con un supuesto delito, como por ejemplo pudiera ser vulnerar el secreto profesional.

Así pues, como acabamos de comprobar, la normativa ética y deontológica se ajusta y se desarrolla en cada uno de los campos de intervención de la psicología clínica y de la psiquiatría (evaluación psicológica y/o psiquiátrica, confidencialidad y sus límites, consentimiento del paciente para las intervenciones, investigación, intervención psicoterapéutica, transgresión de los límites profesionales, el internamiento involuntario de pacientes, etc.), regulando la práctica profesional y guiando al clínico en sus actuaciones.

Existen, no obstante, determinados artículos en los distintos códigos de deontología profesional

que no aclaran cuáles serían las vías de solución ajustadas a la ética frente a decisiones controvertibles generadoras de conflictos entre los principios éticos. En este sentido, queremos resaltar la importancia de desarrollar e implementar planes de formación reglada en estos aspectos en psicología clínica y en psiquiatría durante los años de formación sanitaria especializada. La experiencia demuestra que los clínicos van a enfrentarse a situaciones profesionales que van a generarles importantes dudas ético-deontológicas y/o legales. Precisamente porque resulta del todo improbable que estas estén contenidas en su totalidad en los Códigos Deontológicos (por muchas actualizaciones que se realicen), se debería contar con un programa exhaustivo de formación y reciclaje que desarrollase y complementase los Códigos vigentes, especialmente en la resolución de dilemas éticos.

3. ESTUDIOS SOBRE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA

El interés por la ética y la deontología aplicada a profesionales de la psicología y de la medicina se ha planteado desde numerosos estudios nacionales e internacionales (por ejemplo, Montgomery, Cupit y Wimberley, 1999; Pope, Tabachnick y Keith-Spiegel, 1987; Pope y Vetter, 1991).

Artículo de referencia es el referido y ya clásico trabajo de Pope et al. (1987), estudio a partir del cual se han desarrollado numerosos trabajos que pretendían el análisis de las valoraciones éticas por parte de psicólogos clínicos, psiquiatras y trabajadores sociales en torno a distintas situaciones o actuaciones profesionales presentadas, en su mayoría, a modo de dilemas. Esta investigación, realizada para determinar el nivel de conocimientos de ética de los profesionales de la psicología, contó, en su versión inicial, con una muestra de 456 psicólogos de la división 29 de la APA. Desde la fecha de su publicación han sido numerosas las réplicas realizadas más o menos fieles al estudio original (por citar solo a algunos: Rae y Worchel, 1991; Pope y Vetter, 1992; Rubin y Dror, 1996; Pomerantz, Ross, Gfeller y Hughes, 1998; Gius y

Coin, 2000; Pomerantz y Grice, 2001; Tubbs y Pomerantz, 2001; Sullivan, 2002; Hadjistavropoulos, Malloy y Sharpe, 2003; Del Río, Borda y Torres, 2007; Pomerantz y Pettibone, 2005; Urra, 2007; Politis y Knowles, 2013).

Téngase en cuenta que la actividad profesional de psicólogos clínicos y psiquiatras (incluso de aquellos con muchos años de experiencia y formación) conlleva el juicio ético de las situaciones en las que estas actividades se producen. De este modo, los profesionales han de enjuiciar múltiples aspectos en su quehacer clínico diario, cada uno de ellos con matices diferenciadores. Algunos ejemplos serían: 1) si se mantiene o no la confidencialidad en situaciones especiales, como la revelación de información a petición de una instancia judicial; 2) la estrategia de consecución del consentimiento informado del paciente para procedimientos evaluativos, terapéuticos o investigadores; 3) el mantenimiento de los límites profesionales en la relación terapéutica; 4) la garantía de una relación clínico-paciente que, aunque asimétrica, respete la autonomía del paciente sin caer en actitudes paternalistas; 5) cómo y de qué manera comunicar al paciente los resultados de un estudio psicométrico; 6) cuándo finalizar el tratamiento psicológico o, finalmente, 7) cuándo, en el contexto de menores cuyos progenitores están divorciados y uno de ellos es desconocedor de la asistencia del menor a salud mental, iniciar o rechazar una intervención psicológica.

Pope y Vetter (1992), en un estudio con 1.319 miembros de la APA a los que pidieron que señalaran situaciones generadoras de conflictos éticos, obtuvieron un total de 703 incidentes, agrupados en 23 categorías diferentes. Del resultado de la categorización realizada, se halló que el número de incidencias más numeroso se correspondía con aspectos relacionados con la confidencialidad (18 por 100), seguidos por aquellas situaciones relacionadas con el mantenimiento de los límites terapéuticos o, lo que es lo mismo, con la implicación en relaciones duales con pacientes (17 por 100).

Posteriormente, otros autores, como Lindsay y Colley (1995) y Colnerud (1995), han coincidido,

con una metodología similar a la seguida por Pope y Vetter (1992), en señalar a las situaciones relacionadas con la confidencialidad y con el mantenimiento de los límites terapéuticos como las más controvertibles para los profesionales.

Los primeros estudios en España respecto al nivel de conocimientos ético-deontológicos fue el llevado a cabo por Del Río, Borda y Torres (2003) con estudiantes universitarios del último curso de la Licenciatura en Psicología. Más recientemente se ha llevado a cabo un estudio con facultativos y residentes ejercitantes en el ámbito de la salud mental del sistema sanitario público español (Pastor, 2017). En este estudio, que contó con la participación de 308 profesionales de la salud mental (psicólogos clínicos, psiquiatras, residentes de psicología clínica y residentes de psiquiatría), se identificaron como situaciones profesionales más controvertibles aquellas relacionadas con la confidencialidad y el consentimiento informado en la infancia, muy particularmente en situaciones en las que el clínico debía dilucidar si evaluar e intervenir, o, en su caso, posponer o incluso rechazar la intervención con menores cuyos progenitores estaban divorciados. En este sentido, Gracia, Jarabo, Espíldora y Ríos (2001) ya señalaron que la cuestión del consentimiento informado en el caso de los menores era una de las cuestiones más complejas, también una de las que más angustian a los clínicos, lo cual nos advierte no solo de dicha complejidad en la resolución de situaciones profesionales que resultan altamente controvertibles, sino también de las repercusiones emocionales en los profesionales, lo cual nos lleva a considerar la necesidad de directrices que orienten al respecto. Otras situaciones, en línea con estudios previos ya comentados, que resultaban controvertibles en el referido estudio, guardaban relación con el establecimiento de relaciones duales de tipo no sexual con pacientes.

4. VARIABLES QUE SE RELACIONAN CON LA VALORACIÓN DEONTOLÓGICA

A lo largo de este apartado vamos a nombrar algunas variables que distintos estudios han rela-

cionado con las valoraciones ético-deontológicas realizadas por profesionales de la salud mental a distintas situaciones que pudieran darse en la práctica profesional.

4.1. Categoría profesional y ámbitos específicos de trabajo

Aunque próximas, la psicología clínica y la psiquiatría son especialidades diferenciadas, con ámbitos de actuación y competencias distintos. Por ejemplo, son los profesionales de la psiquiatría, especialistas o residentes, quienes deciden mayormente los ingresos hospitalarios de los pacientes. Y dado que se trata de un ámbito en el que estos profesionales toman decisiones asiduamente, son ellos, en contraposición a los psicólogos clínicos, quienes se adhieren más a las normas ético-deontológicas y legales en situaciones en las que se ha de promover un ingreso hospitalario. Justo lo opuesto sucede con las valoraciones testológicas. Los psicólogos reciben formación específica en evaluación psicológica y psicometría a lo largo de sus estudios de licenciatura o grado; los médicos, por el contrario, adolecen de esta formación en sus cursos universitarios. Además, la evaluación psicológica es una tarea más propia de la psicología clínica que de la psiquiatría. Por ello, y porque son los psicólogos clínicos y residentes los más avezados en la realización de tareas evaluativas, las valoraciones deontológicas resultan más apropiadas en estos grupos profesionales (Pastor, 2017).

4.2. Experiencia profesional

Los años de experiencia profesional mejoran el ajuste a las normas ético-deontológicas de los clínicos, siempre que estos hayan realizado la formación sanitaria especializada (PIR o MIR). Entre quienes no la realizaron, los resultados no son consistentes.

Es decir, en términos generales los profesionales con más años de experiencia profesional ajustan sus valoraciones a las normas ético-deontológicas

en mayor medida que los profesionales con menos años de práctica, cuando los clínicos han realizado la formación sanitaria especializada (Pastor, 2017).

4.3. Orientación psicoterapéutica

Existe evidencia empírica de que la orientación teórica del terapeuta afecta a la percepción de los problemas éticos derivados del establecimiento de una relación dual, a la decisión de implicarse en relaciones que supongan la transgresión de los límites terapéuticos (Williams, 1997), al encuadre y al *rapport* psicoterapéuticos y, obviamente, a la elección de técnicas, basadas estas o no en la evidencia empírica, algo que podría ser explicable teniendo en cuenta que los modelos psicoterapéuticos de referencia conllevan no solo una diferente formulación clínica y psicológica de los mismos casos clínicos, sino también diferentes abordajes y distintas concepciones de la relación terapéutica (Pastor, 2017; véase el recuadro de la siguiente página).

El hecho de que la relación terapéutica sea concebida de modo distinto en función del paradigma desde donde el terapeuta interviene, explica los hallazgos de Borys y Pope (1989), quienes concluyeron que mientras que los terapeutas psicodinámicos realizaban valoraciones éticas más negativas del establecimiento de relaciones duales de tipo no sexual, eran los terapeutas humanistas quienes transgredían más frecuentemente los límites de la terapia, revelando aspectos personales a los pacientes e implicándose con más frecuencia en relaciones duales de negocios con los mismos.

4.4. Formación legal y ético-deontológica

Entendemos que la formación reglada para psicólogos y médicos internos residentes en el dominio de la ética y la deontología (Del Río, 2009) constituye un elemento esencial de la formación de estos especialistas, formación esta que debiera estar asentada en los códigos nacionales de Medicina y Psicología. Nederlandt (2009) invita a los

Algunos hallazgos del estudio de Pastor (2017)¹ son:

- Con respecto a las relaciones duales:
 - a) Si bien los profesionales consideraron de modo unánime que las relaciones duales de tipo sexual con pacientes eran inadecuadas, fueron los terapeutas sistémicos los más favorables a implicarse en este tipo de situaciones.
 - b) Igualmente, los terapeutas sistémicos consideraron menos inadecuado que los terapeutas cognitivo-conductuales mantener relaciones sexuales con residentes en formación.
- Con respecto a las intervenciones psicoterapéuticas:
 - a) Los profesionales, con independencia de su orientación psicoterapéutica, consideraron éticamente apropiado la implementación de técnicas psicoterapéuticas no validadas empíricamente, pero sí eficaces desde su criterio profesional. Estas valoraciones se daban principalmente entre terapeutas que intervenían desde orientaciones distintas al paradigma cognitivo-conductual, pero también entre estos.
 - b) Los terapeutas cognitivo conductuales eran más partidarios (y por tanto consideraban éticamente más apropiado) de consensuar con el paciente los objetivos y las técnicas a implementar en el transcurso de una psicoterapia.

responsables de la formación a la reflexión sobre la forma de integrar la formación reglada en deontología en los planes formativos.

En línea con este autor se pronuncia Del Río (2009), quien alerta de que la enseñanza informal y el pretendido aprendizaje por «ósmosis», entendiendo este como el que se produce en el transcurso de la relación con el clínico o tutor durante la discusión de los casos clínicos, es absolutamente insuficiente para que los profesionales en formación incorporen las normas deontológicas que les permitan hacer frente a los dilemas éticos que se suceden en la práctica profesional. Así, esta autora realiza una propuesta formativa de ética y deontología profesional con unos contenidos básicos que, a su juicio, todos los profesionales debieran incorporar.

¹ Este estudio, que contiene otros muchos resultados y análisis, se llevó a cabo con 308 profesionales del sistema sanitario público español (psicólogos clínicos y psiquiatras). Se incluyeron en el análisis a terapeutas que se identificaban con las orientaciones cognitivo-conductual, sistémica, psicodinámica y ecléctico-integradora.

4.5. Consulta del código deontológico

La consulta del código deontológico no se asocia a valoraciones ético-deontológicas más ajustadas por parte de psicólogos clínicos y psiquiatras en el estudio de Pastor (2017). Ya hemos reflexionado anteriormente en torno a la necesidad de plantearnos si realmente los códigos vigentes son lo suficientemente esclarecedores y ajustados a los desarrollos deontológicos y normativos legales actuales.

4.6. Formación sanitaria especializada mediante residencia

Constituye una variable de influencia considerable en las valoraciones ético-deontológicas, sobre todo en dilemas y situaciones relacionados con la confidencialidad y con el consentimiento informado (Pastor, 2017). La formación especializada a través de PIR o MIR permite a los futuros especialistas rotar por diferentes dispositivos y unidades asistenciales, trabajar con poblaciones diversas, intervenir en programas de atención am-

bulatoria o de hospitalización (parcial o completa) y realizar los trámites para gestionar ingresos hospitalarios (voluntarios o involuntarios). No todos los especialistas han obtenido su titulación como tales tras la formación sanitaria especializada y, entre estos, algunos de ellos no han tenido la oportunidad de trabajar en ámbitos diferentes y, por tanto, tampoco se han enfrentado a situaciones en las que los que sí han sido residentes han tenido que conocer protocolos y procesos ajustados a la normativa legal y ético-deontológica, así como en ocasiones iniciar un proceso de toma de decisiones éticas para solventar situaciones en las que se hallaban implicados principios bioéticos en conflicto. Así, por ejemplo, un profesional que siempre ha desarrollado su labor asistencial en una Unidad de Rehabilitación y que no fue especialista mediante residencia, difícilmente va a ser conocedor de los desarrollos normativos actuales que rigen los ingresos de menores en salud mental.

4.7. El sexo del terapeuta y el contexto, rural o urbano, donde presta sus servicios

El sexo del terapeuta y el contexto público o privado desde donde este preste sus servicios también se han erigido como variables explicativas de algunas situaciones o dilemas planteados. Así, ser hombre se ha relacionado más habitualmente con el establecimiento de relaciones duales de tipo sexual; por su parte, prestar servicios asistenciales en unidades rurales de salud mental se ha asociado con una mayor transgresión de los límites terapéuticos: por ejemplo, los terapeutas de ámbitos rurales son más proclives a aceptar invitaciones de pacientes a eventos familiares (bodas, graduaciones, bautizos...) o a trasladar a pacientes en sus propios vehículos. Además, es más probable que los pacientes sean conocedores de aspectos de la vida privada del terapeuta (si está casado, si tiene hijos o incluso la calidad de las relaciones que mantiene con su familia) en ámbitos rurales (Lamb, Catanzaro y Moorman, 2003; Somer y Saadon, 1999; Reschke y Kranich, 1996; Thoreson, Shaughnessy, Heppner y Cook, 1993).

5. PROCESO DE TOMA DE DECISIONES ÉTICAS

Un dilema ético surge cuando en una situación entran en colisión dos deberes de obligado cumplimiento, es decir, cuando la única manera de cumplir con una obligación es infringiendo otra. En este punto es cuando el profesional ha de adoptar una solución o decisión ética que oriente su acción posterior (Singer, 2002). Beauchamp y Childress (1999) proponen un procedimiento de reflexión moral para la resolución de tales conflictos: la deliberación. Se trata de analizar el repertorio completo de los cursos de acción posibles, a fin de ponderar las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos y optar por el que maximice los valores en juego, es decir, por el que se considere mejor. De cualquier forma, es obvio que, utilizando este modelo, no se puede asegurar que al final del proceso todos los profesionales opten por la misma solución o crean que un determinado curso de acción sea el más correcto. En cualquier caso, la decisión que finalmente tomemos, si hemos seguido los pasos adecuados, seguramente será coherente y, llegado el caso, podrá ser avalada por los organismos colegiales y por las instancias legales en el caso de que se presentara una queja o denuncia ante los mismos. En todos los casos en los que tengamos que tomar decisiones que pudieran estar «al límite» respecto a normas éticas y/o legales, es conveniente que registremos todas nuestras argumentaciones y los pasos seguidos, con el objeto de que, en caso de que fuera necesario, seamos capaces de proporcionar una razonada explicación de la ejecución de nuestra conducta profesional a lo largo de todo el proceso. También es recomendable que consultemos con otros colegas y/o con la Comisión Deontológica de nuestro colegio, sobre todo cuando preveamos que tales personas o instancias pudieran añadir información y/o objetividad al proceso de toma de decisiones. A pesar de que la responsabilidad de la decisión por el curso de acción o estrategia seleccionada nos concierne solo a nosotros (al profesional que toma la decisión), la búsqueda y la consideración de dicha ayuda

refleja, sin duda, un abordaje ético en dicho proceso de búsqueda de soluciones (Del Río, 2017).

El profesional de la psiquiatría o de la psicología clínica se halla inmerso en un proceso continuo de toma de decisiones éticas del que, no obstante, no siempre es del todo consciente, dado que en muchos casos se trata de dilemas que, por su frecuencia, resuelve con diligencia de modo casi automático. Existen, no obstante, nuevos desafíos, como por ejemplo los que suponen la reciente incursión de las tecnologías en el sistema sanitario público (con la historia clínica digitalizada) o las crecientes demandas de la comunidad para proteger los derechos que la legislación vigente les otorga en torno a la protección de los datos referidos a su salud.

Algunas situaciones controvertibles (Pastor, 2017) para los profesionales, y por tanto generadoras de dilemas éticos, son aquellas que implican decisiones en torno a:

- La administración, corrección e interpretación de pruebas psicométricas, testológicas o evaluativas (qué profesional administra las pruebas y qué decisiones en torno a los resultados se adoptan).
- Situaciones en las que existe discrepancia en el ejercicio de la patria potestad. En este sentido, el consentimiento de la intervención de menores cuyos progenitores están divorciados y mantienen discrepancias en torno a la necesidad de iniciar un tratamiento psicológico o psiquiátrico por parte del menor plantea numerosas dudas ético-deontológicas entre los profesionales. Téngase en cuenta, no obstante, que la discrepancia en el ejercicio de la patria potestad pudiera darse también entre progenitores que no están divorciados, siendo el modo de proceder en estos casos similar al que sugerimos en otro apartado de este libro respecto de los progenitores que sí lo están (véase capítulo 6).
- La ruptura de la confidencialidad ante peticiones de instancias superiores.

Claudio (2009) incorpora elementos emocionales y morales, al sostener que la emergencia de

un dilema no se explica solo en base a factores éticos y deontológicos. Considera que parte de los dilemas éticos dependen de nociones relacionadas con el bien y con el mal y de los valores morales de la persona, siendo de este modo su resolución siempre individual, es decir, el profesional estará abocado a ofrecer una solución particular.

La resolución de un dilema ético (EFPA, 2005) requiere de la reflexión por parte del clínico e incluso de la consulta con colegas o expertos. En dicha reflexión se han de poner en juego, para su análisis, los cuatro principios que la EFPA establece como primordiales en las actuaciones profesionales: respeto a los derechos y la dignidad de las personas, competencia, responsabilidad e integridad. Como se ha analizado anteriormente, se ha constatado en diferentes estudios que en este proceso reflexivo intervienen algunas variables como el sexo del terapeuta, su edad, el contexto público o privado desde donde presta sus servicios, la categoría profesional que ostenta o la orientación psicoterapéutica desde donde interviene (Lamb, Cantanzaro y Moorman, 2003; Somer y Saadon, 1999; Reschke y Kranich, 1996; Thoreson, Shaughnessy, Heppner y Cook, 1993).

En el mencionado proceso reflexivo se han de seguir los pasos adecuados en el proceso de toma de decisiones éticas. Ocurre a veces que este proceso es rápido, lo cual ocurre sobre todo en temas en los que existen directrices claras sin conflicto entre los principios (Del Río, 2007). Pero existen cuestiones generadoras de conflicto entre los principios referidos que no se resuelven fácilmente, incluso cuando el clínico actúa con prudencia, cautela y conocimiento en torno a las directrices ético-deontológicas y legales.

Casi todas las asociaciones profesionales incluyen en sus códigos de ética modelos de toma de decisiones. La Asociación Canadiense de Psicología (CPA) fue una de las primeras en incluir un proceso de toma de decisiones éticas que nos parece muy completo y que describiremos posteriormente (la cuarta edición es de 2017). Más recientemente, el Consejo de ética de la EFPA (2015) ha propuesto un modelo de toma de decisiones en el que se establecen parámetros dentro

de los cuales se deben hacer juicios profesionales. Sin embargo, como se indica, no puede, y tampoco tiene por objeto, aportar la respuesta a cada dilema ético al que un psicólogo se puede enfrentar. Basándose en la información de encuestas realizadas a psicólogos, datos sobre las consultas planteadas por los colegios profesionales e información procedente de quejas (o denuncias formales), parece que hay ciertas áreas de trabajo que producen la mayoría de preocupaciones acerca de cuestiones éticas. Estas áreas de interés incluyen: 1) relaciones duales o múltiples; 2) normas poco claras o inadecuadas sobre la práctica profesional (el psicólogo no es consciente o hace caso omiso de los procedimientos habitualmente utilizados por sus compañeros u otros profesionales en trabajos similares); 3) violación de la confidencialidad —por haber incumplido normas y obligaciones o no haber aclarado de antemano las condiciones con las partes interesadas; 4) incompetencia profesional —por declaraciones no fundamentadas o engañosas o cuando existen insuficientes salvaguardias y seguimiento en nuevos ámbitos de trabajo—; 5) cuestiones de investigación, incluyendo falsificación de datos, no obtención del consentimiento, plagio, no reconocimiento de forma adecuada del trabajo o la aportación de otros, etc.; 6) problemas de salud del profesional que afectan a su rendimiento o conducta y que pueden llevar al descrédito a la profesión o al colegio profesional, y 7) informes escritos de clientes que incluyen información de terceros.

Muchas de las preocupaciones anteriores suponen un comportamiento poco ético, pero otras implican más bien falta de información, mala planificación o descuido. La práctica reflexiva, el apoyo mutuo y la transparencia de la actividad profesional evitarían los problemas que se producen o el desarrollo de preocupaciones graves.

No obstante, aun actuando con prudencia y cuidado van a producirse dificultades éticas. Como hemos indicado, existen diferentes modelos de toma de decisiones que son de utilidad para el abordaje y resolución de dilemas éticos, y casi todas las asociaciones incluyen alguno en sus códigos. Como hemos indicado más arriba, uno de

los más completos es el de la CPA, descrito en Del Río (2007, 2017), y el Modelo de toma de decisiones de la EFPA (2015), cuyos pasos exponemos a continuación.

5.1. Modelo de toma de decisiones éticas de la Asociación Canadiense de Psicología (CPA, 2017)

1. Identificar el problema y las personas potencialmente afectadas por la situación.
2. Identificar los aspectos y prácticas éticas relevantes, teniendo en cuenta los derechos morales, los valores, el bienestar, los intereses superiores y las demás características pertinentes de los individuos y de los grupos afectados, así como el contexto cultural, social, histórico, económico, institucional jurídico o político u otras circunstancias en las que el problema ético se haya producido.
3. Considerar cómo cuestiones o prejuicios personales, presiones externas, necesidades personales, el interés personal o el contexto cultural, social, histórico, económico, institucional, jurídico o político podrían estar influyendo en la elección de un curso de acción determinado.
4. Desarrollar estrategias o cursos de acción alternativos.
5. Analizar los riesgos y beneficios a corto y largo plazo de cada una de las alternativas planteadas sobre los individuos y los grupos afectados, teniendo en cuenta los factores contextuales individuales, culturales, sociales, históricos, económicos, institucionales, jurídicos y políticos pertinentes.
6. Elegir las estrategias óptimas teniendo en cuenta los principios, los valores y las normas existentes, así como la legislación vigente.
7. Actuar asumiendo el compromiso de aceptar las consecuencias de la decisión o decisiones tomadas.
8. Evaluar los resultados de la aplicación de las estrategias seleccionadas.

9. Aceptar la responsabilidad derivada de la decisión tomada y, si fuese preciso, corregir las consecuencias negativas y retomar el proceso de toma de decisión si el problema ético no se hubiera resuelto.
10. Prevenir que en el futuro se vuelvan a plantear estos dilemas, realizando las actuaciones oportunas (p. ej., consulta con colegas, miembros del equipo u otros colaboradores y realizar cambios en los procedimientos y prácticas utilizadas).

5.2. Modelo de toma de decisiones éticas de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA, 2015)

Ha sido desarrollado por el Consejo de ética de la EFPA (2015), adaptando los temas básicos descritos anteriormente. Los pasos recomendados a seguir ante una situación que implique un dilema ético, según este modelo, son:

1. Identificar los aspectos relevantes.
2. ¿Cuáles son los parámetros de la situación (contexto)?
3. ¿Hay evidencias de investigación que pudieran ser relevante en el caso?
4. ¿Existe orientación jurídica?
5. ¿Qué aconsejan los compañeros?
6. ¿Hay orientación disponible desde los colegios profesionales u otros órganos pertinentes?
7. Identificar a los clientes y otras partes interesadas y obtener y tener en cuenta sus puntos de vista.
8. Utilizar el modelo de Código de Ética para identificar los principios éticos involucrados.
9. Evaluar los derechos, las responsabilidades y el bienestar de los clientes y otras partes interesadas.
10. Generar distintas estrategias o cursos de acción alternativos, preferentemente con otros compañeros que puedan actuar como grupo de orientación.
11. Establecer un análisis sobre riesgo/beneficio, tanto a corto como a largo plazo, de las consecuencias de esos posibles cursos de acción.
12. Tomar la decisión después de comprobar que el razonamiento seguido es lógico, lúcido y consistente. Documentar el proceso de toma de decisiones, que debe incluir los distintos puntos de vista posiblemente contradictorios.
13. Asumir la responsabilidad y controlar los resultados.
14. Pedir disculpas si los resultados fueran negativos. Muchas de las denuncias formales son a menudo la única forma que tiene el cliente de obtener un reconocimiento de su malestar. Decir «lo siento» no significa admitir de forma automática la responsabilidad.
15. Hacer todo lo posible para corregir los efectos negativos y seguir involucrado en el proceso de toma de decisiones.
16. Aprender del proceso en sí mismo, de las opiniones de otros y del colegio profesional (Comisión de Ética y Deontología).
17. Aunque el proceso descrito pueda parecer excesivo, el pensamiento que está detrás de las decisiones éticas debe ser claro, especialmente cuando el tiempo es corto y/o están involucrados altos niveles de emoción y riesgo.

A continuación presentamos algunas situaciones que se dan con cierta frecuencia en la práctica profesional y que resultan controvertibles para los profesionales, por ser generadoras de conflictos entre principios éticos (Pastor, 2017; Pope y Vetter; Lindsay y Colley, 1995, y Colnerud, 1995). Se aportan diferentes vías de acción a considerar.

Téngase en cuenta que el propósito de este manual es orientar al clínico en sus decisiones ético-deontológicas, por lo que será a lo largo de este trabajo donde ofreceremos orientaciones en torno a las situaciones que ahora presentamos.

Situación 1

Una psicóloga clínica del sistema sanitario público atiende a una chica de 14 años, hija de progenitores divorciados y cuya madre tiene un diagnóstico de trastorno mental grave.

La paciente presenta trastornos emocionales y cortes superficiales en antebrazos, a los que recurre para descargar el malestar emocional e ideas recurrentes de muerte.

El padre, quien ostenta la custodia de la menor y la acompaña a consulta, refiere que la madre no está debidamente informada, dado que es de sobra sabido por él que se negaría taxativamente a que se interviniera con la menor, ya que la madre sostiene que su trastorno mental es incurable por culpa de los especialistas de salud mental, por lo que no querría que su hija corriese la misma suerte.

La psicóloga clínica interconsulta con la psiquiatra referente de la madre de la menor, quien efectivamente le corrobora que la madre, casi con toda seguridad, se opondría a que la paciente fuese atendida. La psicóloga clínica, conocedora de que debe obtener el consentimiento de ambos progenitores, duda sin embargo acerca de cómo proceder en este caso.

- **Solución A:** La psicóloga clínica inicia la intervención con la menor sin contar con la autorización oportuna de la madre, aun a sabiendas de que debe contar con el mismo y que se expone tanto a una denuncia de la madre como al reproche deontológico por parte de la Comisión Deontológica de su Colegio Profesional.
- **Solución B:** La profesional solicita el consentimiento a la madre de la menor, esta se niega a conceder el permiso para que su hija sea atendida, y la psicóloga clínica da el alta a la paciente, con el consiguiente riesgo, incluso vital, que dicho alta supone, dadas sus ideas activas de muerte.
- **Solución C:** La psicóloga clínica realiza todos los esfuerzos oportunos, en coordinación con la psiquiatra referente de la madre de la paciente, para convencer a esta de la necesidad de que autorice una intervención con la paciente. Mientras, dada la gravedad de la chica, inicia seguimiento, aun no contando con el consentimiento oportuno, pero hace constar en la historia clínica que, si no obtiene el permiso correspondiente, o bien alentará al padre a obtener autorización judicial para intervenir incluso sin el consentimiento de la madre, o informará, junto a la trabajadora social del equipo de salud mental, a la Fiscalía de Menores, respecto de la situación clínica de la chica y de la negativa de su progenitora para iniciar una intervención especializada.

Situación 2

Un juzgado solicita al psiquiatra referente de un adulto de 38 años la remisión de la historia clínica del mismo. El psiquiatra, que acaba de concluir su formación sanitaria especializada, solicita permiso al paciente para realizar dicha remisión y este se niega. El facultativo medita y se plantea las opciones siguientes:

- **Solución A:** Remitir al Juzgado la historia clínica pese a la oposición del paciente, con el consiguiente perjuicio para la relación terapéutica que esta decisión conlleva.
- **Solución B:** Aducir condición de secreto profesional y no remitir al juzgado historia clínica alguna.

- **Solución C:** Informar al paciente de los límites de la confidencialidad y de la obligatoriedad de informar a instancias superiores ante la petición de una historia clínica, pese a no contar con la autorización del paciente. Además, el psiquiatra aprende de esa situación y se informa a través de manuales de ética y deontología de la importancia de advertir de los límites del secreto profesional en el proceso de obtención del consentimiento informado de forma previa a la intervención con el paciente.

Situación 3

En el Centro de Salud Mental donde un psicólogo clínico desempeña sus funciones, se recibe una citación judicial para que dicho psicólogo clínico declare como testigo-perito en un juicio en el que una de sus pacientes, de 50 años, se halla imputada.

El día del juicio, el tribunal comienza a hacer preguntas que llegan a incomodar al psicólogo clínico en tanto este ha de revelar información muy personal y confidencial que ha obtenido en el transcurso de sesiones psicoterapéuticas con la paciente. Así, considera que podría estar infringiendo alguna normativa deontológica, concretamente aquella que atañe al secreto profesional. No obstante, no está seguro de cómo proceder y reflexiona respecto de la posibilidad de negarse a contestar aduciendo el secreto profesional.

- **Solución A:** El profesional opta, dado que se trata de un tribunal, por revelar a los miembros de la Sala todos los detalles de la paciente. Sin duda, esto podría traerle consecuencias que afectasen a la relación terapéutica con su paciente.
- **Solución B:** El psicólogo clínico considera que el secreto profesional es una norma ética nuclear que prevalece ante cualquier otra y que, por tanto, podría tener protección jurídica y razón deontológica al negarse a declarar.
- **Solución C:** El profesional opta por colaborar y contestar a las preguntas requeridas por el Tribunal. No obstante, gestiona la información proporcionada y, aunque no miente en ningún momento, omite detalles que no le son preguntados o aquellos referidos a terceros.

Situación 4

Un psiquiatra empieza a registrar las historias clínicas de sus pacientes en formato digital. La normativa al respecto es que desaparezcan las historias clínicas en papel, de modo que el psiquiatra ha de registrar los datos de los pacientes en un formato de acceso a terceros que, a su juicio, no garantiza la confidencialidad. De este modo, se plantea lo siguiente:

- **Solución A:** El psiquiatra realiza un registro detallado de las sesiones aun a sabiendas de que los datos registrados son de acceso a otros profesionales sanitarios que nada tienen que ver con el paciente.
- **Solución B:** El profesional no registra de modo exhaustivo las sesiones, limitándose a recoger algunos pocos datos referidos a los antecedentes personales somáticos de los pacientes, los

signos y síntomas psicopatológicos que presentan, el diagnóstico y el tratamiento psicofarmacológico pautado. No obstante, los compañeros implicados en el tratamiento con el paciente se quejan de que las historias están incompletas, costándoles trabajar de este modo con los pacientes, e incluso el propio psiquiatra reconoce que se le olvidan muchos de los datos, que opta por no registrar, algunos de ellos muy relevantes según su criterio. Además, algún paciente comienza a advertir que el psiquiatra, dado el olvido evidente de algunos de los datos referidos en sesiones anteriores, no les presta la atención merecida.

- **Solución C:** El psiquiatra opta por buscar consenso con otros psiquiatras y psicólogos clínicos, realizan un escrito a jefes de servicio, directores médicos u otras instancias, alertándoles de que cualquier sanitario tiene acceso a registros que han de ser confidenciales. Advierte además de los riesgos del abandono de los pacientes que pudieran no considerar su privacidad garantizada o no sentirse debidamente atendidos.

Mala praxis y responsabilidad profesional

2

El ejercicio de la psicología clínica y de la psiquiatría lleva consigo la exigencia de responsabilidad profesional, la cual garantiza una práctica clínica cabal y comprometida con la reflexión en el ejercicio práctico que, muy especialmente, se ha emprender ante aquellas situaciones que, por su gravedad, complejidad o infrecuencia, resultan controvertibles para el clínico. Asimismo, la responsabilidad profesional implica la obligación de reparar o compensar los daños o perjuicios producidos por el profesional en el desarrollo de su quehacer profesional, ya sea por acción o por omisión, pudiendo además tratarse de errores tanto voluntarios como involuntarios. Los errores en la práctica clínica se derivan de decisiones desacertadas como consecuencia de aplicar criterios equivocados. Afortunadamente, la mayor parte de las decisiones que los clínicos toman en el desempeño de su práctica profesional son acertadas, pero los errores son a menudo difíciles de evitar, habiéndose identificado algunas situaciones de difícil manejo y, por tanto, de riesgo de mala praxis (Esbec y Echeburúa, 2016; Pastor, 2017). Algunos estudios (Aguirre-Gas y Vázquez-Estupiñán, 2006) han relacionado la probabilidad de errar con la falta de conocimientos (técnicos y éticos), habilidades y experiencia. En otros casos, nos encontramos ante situaciones en las que no hay una única opción inequívocamente acertada o decisiones claramente incorrectas (véase, en el capítulo 1, el proceso de toma de decisiones éticas).

1. LEX ARTIS Y MALA PRAXIS EN SALUD MENTAL

Un profesional de la psicología clínica y de la psiquiatría debe actuar conforme a la *lex artis* o, lo que es lo mismo, conforme a las prácticas que se consideren adecuadas para el tratamiento del paciente. De este modo, se exigiría a los clínicos la aplicación de los estándares, protocolos y/o técnicas que son considerados más convenientes en el momento actual, pudiendo no obstante variar dichos estándares a lo largo del tiempo, según se vayan actualizando los conocimientos científicos y técnicos de la psicología y de la medicina.

Cuando el clínico realiza un acto profesional inadecuado o incorrecto, no acorde con los estándares actuales o con los conocimientos científico-técnicos de su disciplina en vigor, decimos que ha actuado con mala praxis. Estos actos profesionales, en tanto son inadecuados, pudieran generar en el paciente un malestar, sufrimiento o daño que llevara al mismo a considerar la interposición de una queja o reclamación en la institución sanitaria, el colegio profesional o incluso ante los órganos judiciales competentes. Desde el punto de vista del derecho penal, hablaríamos de imprudencia o negligencia. Por supuesto, no se consideraría que el profesional ha incurrido en mala praxis cuando, como resultado de una intervención clínica realizada conforme a la *lex artis*, se dieran resultados desfavorables.

Lex artis:

Actuación profesional conforme a los estándares científicos y técnicos de su disciplina profesional.

Mala praxis:

Implica conductas negligentes o imprudentes que no se corresponden con los requerimientos que, según el conocimiento científico-técnico en vigor, se consideran adecuados y que causan daño físico o psíquico indemnizables al paciente con el que existía una relación profesional.

2. SITUACIONES DE RIESGO DE MALA PRAXIS

En un reciente artículo, Esbec y Echeburúa (2016) señalan algunos problemas en el ámbito de la psicología clínica y forense que llegan a los tribunales de justicia, entre los cuales se hallan: 1) ausencia de consentimiento informado en relación con el diagnóstico y el tratamiento psicológico; 2) errores en el diagnóstico debidos a una negligencia profesional; 3) transgresión del secreto profesional y revelación de información confidencial del paciente en determinadas circunstancias; 4) negligencia para prevenir el daño para el propio paciente u otras personas (suicidio u homicidio); 5) conflictos relacionados con la protección o conservación de la historia clínica; 6) problemas relacionados con la hospitalización psiquiátrica involuntaria y con el manejo del riesgo en pacientes suicidas o violentos, y 7) peritajes contradictorios en los tribunales. Por su parte, Pastor (2017) halla algunas situaciones controvertibles que fundamentalmente guardan relación con aspectos relacionados con la obtención del consentimiento informado en la infancia y con el manejo de la información revelada a instancias judiciales.

3. TIPOS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

La responsabilidad exigible a los profesionales de la salud mental viene regulada por aspectos técnicos y procedimentales (la *lex artis*), deontológicos, civiles, penales y administrativos. A continuación vamos a desarrollar los tipos de responsabilidad en los que se puede incurrir en el desarrollo de la práctica profesional de psicólogos clínicos y psiquiatras.

3.1. Responsabilidad administrativa

Es aquella que exige la Administración a sus empleados o funcionarios y que, por tanto, se deriva de la relación laboral de estos con instituciones u organismos. Sus consecuencias, de orden administrativo, son aplicadas por el incumplimiento de las normas por parte del profesional, concretándose en un expediente disciplinario que sanciona aquellas conductas contempladas como infracciones en la normativa legal y que deben ajustarse a los principios de inmediatez, celeridad y economía procesal. Este expediente disciplinario debe, además, garantizar los siguientes derechos: 1) a la presunción de inocencia; 2) a ser notificado tanto del nombramiento del instructor como de los hechos imputados, de la infracción, de las sanciones que pudieran imponérsele y de la resolución sancionadora; 3) a formular alegaciones en cualquier parte del procedimiento; 4) a proponer cuantas pruebas sean necesarias para la determinación de los hechos; 5) a ser asesorado y asistido por representantes sindicales y, en su caso, por un letrado (Ley 55/2003 del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud). En cualquier caso, ante denuncias interpuestas ante los colegios profesionales, el procedimiento disciplinario se seguirá en función de los estatutos colegiales aprobados por dichos organismos y acordes a la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

De este modo, la Administración debe probar los hechos y la supuesta culpa o negligencia del profesional. Dicha responsabilidad, deducida con el referido expediente sancionador, previa audiencia del interesado, concluye con una resolución que es recurrible.

Independientemente de la calificación establecida en los estatutos profesionales en la citada ley 55/2003, los tipos de faltas disciplinarias pueden ser muy graves, graves o leves.

Faltas muy graves:

- a) El incumplimiento del deber de respeto a la Constitución o al respectivo Estatuto de Autonomía en el ejercicio de sus funciones.
- b) Toda actuación que suponga discriminación por razones ideológicas, morales, políticas, sindicales, de raza, lengua, género, religión o circunstancias económicas, personales o sociales, tanto del personal como de los usuarios, o por la condición en virtud de la cual estos accedan a los servicios de las instituciones o centros sanitarios.
- c) El quebranto de la debida reserva respecto a datos relativos al centro o institución, o a la intimidad personal de los usuarios y a la información relacionada con su proceso y estancia en las instituciones o centros sanitarios.
- d) El abandono del servicio.
- e) La falta de asistencia durante más de cinco días continuados o la acumulación de siete faltas en dos meses sin autorización ni causa justificada.
- f) El notorio incumplimiento de sus funciones o de las normas reguladoras del funcionamiento de los servicios.
- g) La desobediencia notoria y manifiesta a las órdenes o instrucciones de un superior directo, mediato o inmediato, emitidas por este en el ejercicio de sus funciones, salvo que constituyan una infracción manifiesta, clara y terminante de un precepto de una ley o de otra disposición de carácter general.
- h) La notoria falta de rendimiento que comporte inhibición en el cumplimiento de sus funciones.
- i) La negativa a participar activamente en las medidas especiales adoptadas por las administraciones públicas o servicios de salud cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad.
- j) El incumplimiento de la obligación de atender los servicios esenciales establecidos en caso de huelga.
- k) La realización de actuaciones manifiestamente ilegales en el desempeño de sus funciones, cuando causen perjuicio grave a la Administración, a las instituciones y centros sanitarios o a los ciudadanos.
- l) El incumplimiento de las normas sobre incompatibilidades, cuando suponga el mantenimiento de una situación de incompatibilidad.
- m) La prevalencia de la condición de personal estatutario para obtener un beneficio indebido para sí o para terceros, y especialmente la exigencia o aceptación de compensación por quienes provean de servicios o materiales a los centros o instituciones.
- n) Los actos dirigidos a impedir o coartar el libre ejercicio de los derechos fundamentales, las libertades públicas y los derechos sindicales.
- o) La realización de actos encaminados a coartar el libre ejercicio del derecho de huelga o a impedir el adecuado funcionamiento de los servicios esenciales durante la misma.
- p) La grave agresión a cualquier persona con la que se relacionen en el ejercicio de sus funciones.
- q) El acoso sexual, cuando suponga agresión o chantaje.
- r) La exigencia de cualquier tipo de compensación por los servicios prestados a los usuarios de los servicios de salud.

- s) La utilización de los locales, instalaciones o equipamiento de las instituciones, centros o servicios de salud para la realización de actividades o funciones ajenas a dichos servicios.
- t) La inducción directa, a otro u otros, a la comisión de una falta muy grave, así como la cooperación con un acto sin el cual una falta muy grave no se habría cometido.
- u) El exceso arbitrario en el uso de autoridad que cause perjuicio grave al personal subordinado o al servicio.
- v) La negativa expresa a hacer uso de los medios de protección disponibles y seguir las recomendaciones establecidas para la prevención de riesgos laborales, así como la negligencia en el cumplimiento de las disposiciones sobre seguridad y salud en el trabajo por parte de quien tuviera la responsabilidad de hacerlas cumplir o de establecer los medios adecuados de protección.

Faltas graves:

- a) La falta de obediencia debida a los superiores.
- b) El abuso de autoridad en el ejercicio de sus funciones.
- c) El incumplimiento de sus funciones o de las normas reguladoras del funcionamiento de los servicios cuando no constituya falta muy grave.
- d) La grave desconsideración con los superiores, compañeros, subordinados o usuarios.
- e) El acoso sexual, cuando el sujeto activo del acoso cree con su conducta un entorno laboral intimidatorio, hostil o humillante para la persona que es objeto del mismo.
- f) Los daños o el deterioro en las instalaciones, equipamiento, instrumental o documentación, cuando se produzcan por negligencia inexcusable.
- g) La falta de rendimiento que afecte al normal funcionamiento de los servicios y no constituya falta muy grave.

- h) El incumplimiento de los plazos u otras disposiciones de procedimiento en materia de incompatibilidades, cuando no suponga el mantenimiento de una situación de incompatibilidad.
- i) El incumplimiento injustificado de la jornada de trabajo que, acumulado, suponga más de 20 horas al mes.
- j) Las acciones u omisiones dirigidas a evadir los sistemas de control de horarios o a impedir que sean detectados los incumplimientos injustificados de la jornada de trabajo.
- k) La falta injustificada de asistencia durante más de tres días continuados, o la acumulación de cinco faltas en dos meses, computados desde la primera falta, cuando no constituyan falta muy grave.
- l) La aceptación de cualquier tipo de contraprestación por los servicios prestados a los usuarios de los servicios de salud.
- m) La negligencia en la utilización de los medios disponibles y en el seguimiento de las normas para la prevención de riesgos laborales, cuando haya información y formación adecuadas y los medios técnicos indicados, así como el descuido en el cumplimiento de las disposiciones sobre seguridad y salud en el trabajo por parte de quien no tuviera la responsabilidad de hacerlas cumplir o de establecer los medios adecuados de protección.
- n) El encubrimiento, consentimiento o cooperación con cualquier acto a la comisión de faltas muy graves, así como la inducción directa, a otro u otros, a la comisión de una falta grave y la cooperación con un acto sin el cual una falta grave no se habría cometido.

Faltas leves:

- a) El incumplimiento injustificado del horario o jornada de trabajo, cuando no constituya falta grave.
- b) La falta de asistencia injustificada cuando no constituya falta grave o muy grave.

- c) La incorrección con los superiores, compañeros, subordinados o usuarios.
- d) El descuido o negligencia en el cumplimiento de sus funciones cuando no afecte a los servicios de salud, Administración o usuarios.
- e) El descuido en el cumplimiento de las disposiciones expresas sobre seguridad y salud.
- f) El incumplimiento de sus deberes u obligaciones, cuando no constituya falta grave o muy grave.
- g) El encubrimiento, consentimiento o cooperación con cualquier acto a la comisión de faltas graves.

La Ley 55/2003 también contempla los plazos de prescripción de las faltas: las muy graves prescribirán a los cuatro años, las graves a los dos años y las leves a los seis meses. El plazo de prescripción comenzará a contarse desde que la falta se hubiera cometido, y se interrumpirá desde la notificación del acuerdo de iniciación del procedimiento disciplinario, volviendo a correr de nuevo si este estuviera paralizado más de tres meses por causa no imputable al interesado.

Las faltas serán corregidas con las siguientes sanciones:

- a) Separación del servicio. Esta sanción comportará la pérdida de la condición de personal estatutario y solo se impondrá por la comisión de faltas muy graves.

Durante los seis años siguientes a su ejecución, el interesado no podrá concurrir a las pruebas de selección para la obtención de la condición de personal estatutario fijo ni prestar servicios como personal estatutario temporal.

Asimismo, durante dicho período no podrá prestar servicios en ninguna administración pública, ni en los organismos públicos o en las entidades de derecho público dependientes o vinculadas a ellas, ni en las entidades públicas sujetas a derecho privado y fundaciones sanitarias.

- b) Traslado forzoso con cambio de localidad, sin derecho a indemnización y con prohibición temporal de participar en procedimientos de movilidad para reincorporarse a la localidad de procedencia hasta un máximo de cuatro años. Esta sanción solo podrá imponerse como consecuencia de faltas muy graves.
- c) Suspensión de funciones. Cuando esta sanción se imponga por faltas muy graves, no podrá superar los seis años ni será inferior a los dos años. Si se impusiera por faltas graves, no superará los dos años. Si la suspensión no supera los seis meses, el interesado no perderá su destino.
- d) Traslado forzoso a otra institución o centro sin cambio de localidad, con prohibición temporal, hasta un máximo de dos años, de participar en procedimientos de movilidad para reincorporarse al centro de procedencia. Esta sanción únicamente podrá imponerse como consecuencia de faltas graves.
- e) Apercibimiento, que será siempre por escrito, y solo se impondrá por faltas leves.

3.2. Responsabilidad penal

Según se recoge en el artículo 10 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal: «Son delitos las acciones y omisiones dolosas o imprudentes penadas por la Ley». Afecta a las personas físicas, en tanto no es posible imponer una pena de prisión a una institución.

Psicólogos clínicos y psiquiatras pueden ser penalmente responsables de sus actos, pudiendo distinguir entre: 1) *acciones u omisiones dolosas*: realizadas con intencionalidad o malicia, originando un daño a sabiendas, y 2) *culposas o imprudentes*: caracterizadas por la ausencia de intencionalidad, obrándose con imprudencia grave o por simple imprudencia o negligencia. En los supuestos de imprudencia profesional, la responsabilidad penal exigible será la que corresponda al caso, pero, dado que es considerada un agravante, al derivarse de

una actuación profesional, se añaden a las penas oportunas la inhabilitación para el ejercicio de la profesión durante el período de tiempo que nuestro ordenamiento jurídico establezca.

La responsabilidad penal de psiquiatras y psicólogos no suele tener un origen doloso, sino que frecuentemente nos hallamos ante actos imprudentes, como consecuencia de prácticas alejadas de la *lex artis* o, en otros casos, por inhibirse en la actuación responsable ante un problema potencialmente tratable.

3.3. Responsabilidad civil

La responsabilidad civil es una obligación que nace de los contratos y cuasicontratos, y de los actos y omisiones ilícitos en los que intervenga la culpa o la negligencia. Implicaría la indemnización por los daños y perjuicios causados los profesionales que en el cumplimiento de sus obligaciones incurrieran en dolo, negligencia o morosidad, y los que de cualquier modo contravinieren al tenor de aquellas (Artículo 1101 del Código Civil).

Esta responsabilidad de carácter civil puede ser de tres tipos:

1. Contractual: cuando el acto médico o psicológico nace de una relación previa entre el profesional y el paciente a través de un contrato establecido, verbal o escrito, que es incumplido por el profesional al no ajustarse a lo pactado. En ningún caso se trataría de un contrato de resultados, en tanto la obligación es considerada de medios y exigiría del profesional la prestación de los cuidados que la salud del paciente requiriese.
2. Extracontractual: el capítulo II del actual Código civil («*De las obligaciones que nacen de culpa o negligencia*») arranca con el artículo 1902: El que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado. En la responsabilidad extracontractual no habría ningún con-

trato previo, pero se produce el quebrantamiento de los deberes propios del profesional al no actuar conforme a la *lex artis*, incurriendo en culpa o negligencia.

3. De origen criminal o delictivo: la responsabilidad penal conlleva la obligación de reparar e indemnizar por los daños y perjuicios ocasionados.

3.4. Responsabilidad deontológica colegial

Como ya hemos señalado, la conducta de los profesionales de la salud mental ha de regirse por un conjunto de normas éticas. Cuando los clínicos se alejan de la obligación de ajustar su quehacer profesional a la normativa ética de los códigos deontológicos y son denunciados en los colegios profesionales mediante la reclamación oportuna, son las Comisiones Deontológicas las que intervienen para juzgar la adecuación de las prácticas profesionales denunciadas para su calificación disciplinaria. Las sanciones, según el régimen disciplinario colegial de Médicos y Psicólogos, se clasifican:

Según los Estatutos generales de la Organización Médica Colegial (OMC, 2012)

Faltas leves:

- a) El incumplimiento de las normas establecidas sobre documentación colegial, o que hayan de ser tramitadas por su conducto.
- b) La negligencia en comunicar al Colegio las vicisitudes profesionales para su notación en el expediente personal.
- c) La desatención respecto a los requisitos o peticiones de informes solicitados por el Colegio.

Faltas menos graves:

- a) No corresponder a la solicitud de certificación o información en los términos éti-

cos cuando ello no suponga un peligro para el enfermo.

- b) Indicar una competencia o título que no se posea.
- c) No someter los contratos al visado de los Colegios respectivos.
- d) El abuso manifiesto en la nota de honorarios o que estos sean inferiores a los establecidos como mínimos.
- e) La reiteración de las leves dentro del año siguiente a la fecha de su corrección.

Faltas graves:

- a) La indisciplina deliberadamente rebelde frente a los órganos de gobierno colegiales y, en general, la falta grave del respeto a aquellos.
- b) Los actos y omisiones que atenten a la moral, decoro, dignidad, prestigio y honorabilidad de la profesión, o sean contrarios al respeto debido a los colegiados.
- c) La infracción grave del secreto profesional, por culpa o negligencia, con perjuicio para tercero.
- d) El incumplimiento de las normas sobre restricción de estupefacientes y la explotación de toxicomanías.
- e) La emisión de informes o expedición de certificados con falta a la verdad.
- f) La reiteración de las faltas menos graves durante el año siguiente a su corrección.

Faltas muy graves:

- a) Cualquier conducta constitutiva de delito doloso, en materia profesional.
- b) La violación dolosa del secreto profesional.
- c) El atentado contra la dignidad de las personas con ocasión del ejercicio profesional.
- d) La desatención maliciosa o intencionada de los enfermos.
- e) La reiteración de las faltas graves durante el año siguiente a su corrección.

Según los estatutos del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (COP, 2012)

Se clasifican en leves, graves y muy graves:

Faltas leves:

- a) El incumplimiento de las normas establecidas por el Consejo sobre documentación profesional.
- b) La desatención a los requerimientos de informes y otros documentos que realice el Consejo.
- c) La falta de respeto a los compañeros, siempre que no implique grave ofensa a los mismos.
- d) El incumplimiento de las normas sobre publicidad.

Faltas graves:

- a) La acumulación, en el período de un año, de tres o más sanciones por falta leve.
- b) La infracción de las normas deontológicas establecidas con carácter general.
- c) Las ofensas graves a los compañeros.
- d) Los actos y omisiones que atenten a la moral, dignidad o prestigio de la profesión.
- e) La infracción grave del secreto profesional, con perjuicio para tercero.
- f) La emisión de informes o expedición de certificados faltando a la verdad.
- g) El incumplimiento de los deberes que corresponden a los cargos electos en los órganos colegiales.
- h) Infracción de normas deontológicas contenidas en el Código Deontológico del Psicólogo.

Faltas muy graves:

- a) La reiteración de falta grave, durante el año siguiente a su corrección.
- b) Cualquier conducta constitutiva de delito doloso, en materia profesional.

- c) El atentado contra la dignidad de las personas con ocasión del ejercicio profesional.

Pese a las guías y orientaciones ético-deontológicas, existen sesgos o falacias éticas (Pope y Vásquez, 2016) a las que algunos profesionales recurren para justificar algunas prácticas profesionales éticamente reprochables. Si bien la mayoría de los clínicos nos consideramos personas comprometidas con el quehacer profesional responsable, ninguno de nosotros somos infalibles y, en algunos momentos (por descuido, agotamiento o confusión) o ante algunas circunstancias (sobre todo en aquellas que suponen un riesgo de mala praxis profesional), pudiéramos ser vulnerables a justificaciones éticas falaces. Pope y Vásquez (2016) consideran 21 falacias:

1. No es antiético porque ningún jefe o supervisor así nos lo ha sugerido.
2. No es antiético porque la asociación profesional a la que pertenece lo permite.
3. No es antiético en tanto el código de ética no alude a esta situación concreta.
4. No es antiético en tanto no infringe ninguna ley.
5. No es antiético si aceptamos nuestro error una vez que se ha detectado la infracción y somos descubiertos.
6. No es antiético en tanto otros hacen lo mismo.
7. No es antiético en tanto no teníamos la intencionalidad de dañar a nadie.
8. No es antiético si, pese a haber dañado a alguna persona, esta lo hubiese merecido por ser desagradable o haber tenido un comportamiento inadecuado.
9. No es antiético en tanto no hay estudios aceptables y rigurosos desde el punto de vista metodológico que muestren que lo que hicimos fue causa inmediata, necesaria y suficiente del daño al paciente.
10. No es antiético si no pudimos anticipar, o simplemente no anticipamos, consecuencias no intencionadas de nuestros actos.
11. No es antiético si atribuimos el comportamiento antiético de un profesional a un error puntual, inconsistente con la adherencia a las normas éticas que este profesional mantiene habitualmente.
12. No es antiético si sostenemos nuestra conducta en algunas de las siguientes expresiones: *a)* ¿qué otra cosa podría haber hecho?; *b)* alguien más hubiera hecho lo mismo; *c)* lo hice sin pensar; *d)* fue algo instintivo; *e)* fue lo más inteligente que pude hacer; *f)* fue sentido común; *g)* era lo que el paciente necesitaba; *h)* estaba entre la espada y la pared; *i)* soy humano; *j)* ¿cuál es el problema?
13. No es antiético si hemos escrito un artículo, capítulo o libro al respecto.
14. No es antiético porque hicimos lo que hicimos bajo un estrés intenso.
15. No es antiético siempre y cuando nadie se haya quejado de ello.
16. No es antiético en tanto sabemos que los miembros de comisiones deontológicas o de ética asistencial no siempre actúan desde la honestidad.
17. No es antiético pues genera más ingresos y/o prestigio.
18. No es antiético en tanto somos víctimas de una sociedad en la que «todo vale» y que carece de estándares éticos explícitos o de una sociedad cada vez más intolerante con los errores humanos.
19. No es antiético si fue casi imposible hacer las cosas de otra manera.
20. No es antiético en tanto existen libros, artículos o documentos que afirmen que es lo correcto.
21. No es antiético en tanto existen asesores que consideran que está bien hecho.

Ser conscientes de que podemos ser vulnerables a estas estrategias cognitivas puede constituir un aspecto importante de cara a mantener nuestra capacidad para responder éticamente a situaciones difíciles o controvertibles.

Formación ética y deontológica en salud mental

3

Si bien es un elemento indispensable, podríamos decir que las conductas antiéticas de algunos de nuestros gobernantes constituyen elementos de peso en la aparición y el mantenimiento de las crisis económicas. Crisis que, de algún modo, podríamos calificar también como de valores y que, a su vez, algunos consideran la excusa en la que ciertos gobernantes se apoyarían para recortar prestaciones públicas y recursos de financiación que supondrían, asimismo, toda una amenaza hacia el estado de bienestar. Aunque en menor medida, psicólogos clínicos y psiquiatras ejercitantes en el ámbito público también hemos sufrido el recelo de algunos ciudadanos, quienes acusaban a los empleados públicos en general de ser ineficientes en el cumplimiento de sus tareas o de ser destinatarios de recursos económicos desorbitados. En este contexto, las recomendaciones éticas han constituido una pieza indiscutible para contrarrestar algunas conductas alejadas de lo ético, cruciales en especialidades como la psicología clínica y la psiquiatría, donde los profesionales intervienen con personas. Por supuesto, estas recomendaciones requieren de programas formativos que las integren, pero, tal como alertan Santander y Morena (2003), la falta de reflexión y formación en aspectos éticos de la praxis psiquiátrica es más que preocupante. En los programas oficiales de las especialidades en psicología clínica (BOE, 2008) y psiquiatría (BOE, 2009) nos señalan que la formación en bioética se halla enmarcada en el apartado de *formación general transversal común con otras especialidades en Ciencias de la Salud*, circunstan-

cia que no compartimos, pues entendemos que el desempeño de las especialidades que nos ocupan requieren de una formación ética y deontológica muy específica que aborde de modo particular el trabajo en salud mental, y que difiere, en no pocos aspectos, de otras especialidades sanitarias.

Bioética¹

- a) Derechos humanos y salud mental.
- b) Relación médico-paciente.
- c) Consentimiento informado.
- d) Consentimiento del menor y del paciente incapacitado.
- e) Confidencialidad y secreto profesional.
- f) Ética y deontología: comités deontológicos y comités éticos de investigación clínica.

En el estudio de Pastor (2017) se halló que en torno al 25 por 100 de los profesionales ejercitantes en el sistema sanitario público español no había recibido nunca formación en aspectos éticos y deontológicos referidos a su especialidad; otro 18 por 100 había recibido formación hacía más de 10 años y tan solo el 57 por 100 de la muestra reveló haber realizado formación ético-deontológica en la última década.

¹ Formación general transversal común con otras especialidades en Ciencias de la Salud.

Qué duda cabe, al margen de lo establecido en los programas formativos, que la capacitación de psicólogos clínicos y psiquiatras en ética profesional debe constituir un elemento relevante no solo durante la formación sanitaria especializada, sino a lo largo de toda la vida profesional del clínico. No obstante, hay quienes consideran que la ética es innata, algo que se posee o no se posee y que, por tanto, no se puede aprender, al surgir del interior de la persona como resultado de su propia reflexión (Del Río, 2016). Pero que existan unos principios morales que podríamos considerar universales no exime a los clínicos de la necesidad de formarse en aspectos éticos y deontológicos referidos a sus especialidades. En cualquier caso, tanto la enseñanza informal (en la que se espera que el residente en formación absorberá del adjunto especialista los conocimientos éticos y deontológicos necesarios para una práctica profesional adecuada y próxima a la *lex artis*) como aquellas otras en la que se proporciona a los supervisados un ejemplar del Código Deontológico o incluso se asume sin más que los aspectos éticos quedarán integrados de modo transversal en seminarios o materias más generales, nos parecen claramente insuficientes. Por el contrario, entendemos que para que las recomendaciones éticas sean interiorizadas se requeriría de un programa formativo reglado que, por supuesto, incluya la discusión de los casos clínicos y la resolución de los dilemas éticos que estos conllevan a través de modelos de tomas de decisiones empleando técnicas de solución de problemas.

Por tanto, el conocimiento de los aspectos éticos es un elemento básico en la competencia del clínico en salud mental, de modo que los aspectos relacionados con los mismos resultan cruciales y deben incorporarse en el programa formativo de los psiquiatras y de los psicólogos clínicos. Dicha formación debe incluir el entrenamiento en la resolución de dilemas y el análisis ético de casos reales que pudieran surgir en el transcurso de la práctica profesional y que son resultado en todos los casos de intereses en conflicto. Además, estos dilemas siempre van a estar referidos a situaciones concretas, por lo que el entrenamiento en la

gestión de tales situaciones es primordial y la discusión a fondo de los casos, el *role-playing* o la solución de problemas podrían ser algunos de los métodos más recomendables para obtener una adecuada capacitación (EFPA, 2001).

1. PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE UNA ASIGNATURA DE ÉTICA PROFESIONAL

Del Río (2009), en función de su experiencia como docente de materias relacionadas con la ética profesional, propone un programa formativo en el que se apuesta, por ser la más eficaz, por una metodología docente interactiva en la que se favorezca la reflexión en pequeños grupos en torno a los casos propuestos para, posteriormente, trasladar la discusión a todo el grupo.

Adaptamos de forma esquemática la propuesta de la autora, al tiempo que proponemos un posible programa para residentes de psicología clínica y de psiquiatría del sistema sanitario público español.

Contenidos teóricos

1. Conceptos básicos: Ética y Deontología. Psicoética y Bioética. Principios éticos generales.
2. Los Códigos deontológicos y principales normativas legales de aplicación en la práctica profesional: el Código de Deontología Médica y el Código Deontológico del Psicólogo. Otros códigos relevantes.
3. La toma de decisiones éticas. Modelos de resolución de dilemas éticos.
4. *Lex artis*, *mala praxis* y responsabilidad profesional de psicólogos clínicos y psiquiatras. Las Comisiones de Ética y Deontología de los colegios profesionales y el régimen disciplinario colegial (AMC y COP). Comités de Ética Asistencial, Comités de Ética de la Investigación y Comités de Ética de la Investigación con medicamentos.

5. Normas o reglas éticas y/o deontológicas fundamentales que deben regir para una práctica profesional adecuada:
 - a) Competencia profesional: integración en la práctica profesional de los conocimientos científicos y técnicos con los éticos y legales.
 - b) Respeto a la intimidad y confidencialidad.
 - c) Respeto a la autonomía y autodeterminación: el consentimiento informado.
6. Otros aspectos que afectan a la competencia profesional:
 - a) Traspasos de los límites profesionales: las relaciones duales o múltiples (sexuales y de otros tipos).
 - b) Incapacidad para el ejercicio profesional: problemas de salud mental de los profesionales u otros que, por su naturaleza o intensidad, impidan el cumplimiento adecuado de las funciones profesionales.
7. Aspectos éticos en los principales ámbitos de intervención:
 - a) En la evaluación.
 - b) En la terapia.
 - c) En la intervención con menores.
 - d) En la intervención mediante Internet.
 - e) En la investigación y sobre los aspectos relacionados con la autoría y publicación de los trabajos científicos.

Contenidos prácticos

Resolución de dilemas éticos

Entrenamiento en el modelo de toma de decisiones éticas mediante la exposición de distintas situaciones profesionales que implican dilemas éticos. Los residentes, en pequeños grupos, tendrán que posicionarse en el lugar del profesional implicado y seguir los pasos básicos del modelo propuesto. Debate posterior de las conclusiones de cada grupo y puesta en común con el profesorado.

Estudio de casos instruidos en comisiones deontológicas o publicados en distintos medios y análisis de informes clínicos o periciales

Discusión, en grupos pequeños de alumnos, de casos ilustrativos (obtenidos a partir de casos reales desprovistos de cualquier elemento que permita la identificación de ninguna de las personas implicadas) que representan diferentes situaciones que suponen infracciones éticas. También se analizarán informes clínicos e informes periciales en el ámbito de la salud mental. La metodología a seguir sería:

- a) Los grupos de alumnos adoptarán el rol de «comités de ética» y realizarán un análisis ético de las situaciones presentadas o informes, identificando, en su caso, los artículos del Código Deontológico que consideran que se han vulnerado, así como las normas legales afectadas.
- b) Cada grupo expondrá ante sus compañeros las conclusiones de sus deliberaciones.
- c) Debate posterior de las conclusiones ante el profesorado.

En suma, la experiencia de tantos años nos permite asegurar que la enseñanza de la Ética profesional en nuestra sociedad es un reto que debemos abordar, implicando al alumnado desde el principio de sus estudios y posteriormente manteniendo la actualización de los conocimientos durante toda la trayectoria profesional, algo que se antoja necesario debido a las características de la materia, su repercusión en cuanto a una práctica profesional de calidad y los riesgos en el caso de actuar al margen de los requisitos ético-deontológicos y/o legales. El uso de metodologías activas y discusión de casos reales se ha comprobado que es una estrategia fundamental que favorece la integración entre las teorías, los códigos éticos y las situaciones profesionales cotidianas, capacitando a los profesionales para hacer frente a los problemas éticos y contribuyendo a promover la conciencia de los derechos humanos.

Privacidad y confidencialidad

4

Analizar el concepto de confidencialidad nos remite al *juramento hipocrático*, donde se incluye dicho deber entre las obligaciones del médico, aspecto este incorporado en los códigos éticos actuales de las profesiones sanitarias.

La confidencialidad constituye un *valor deontológico nuclear*, interiorizado y asumido tanto por parte de los profesionales de la salud mental como por los propios usuarios y/o pacientes, dado que se la considera una característica propia e intrínseca en la ética de las relaciones profesionales en el ámbito de la salud. Constituye, además, un *derecho* para el paciente a que no sean reveladas las informaciones confiadas a otra u otras personas, así como al deber de secreto que compromete a todo aquel que reciba tal confidencia (Carasevici, 2014). En tanto que norma deontológica y jurídica, la confidencialidad ha de mantenerse por parte de psicólogos clínicos y psiquiatras, siendo además un elemento nuclear de la relación psicoterapéutica mantenida entre clínico y paciente que la distingue de otras relaciones (Núñez-Cortés, 2014).

Los pacientes inician una psicoterapia por una variedad de razones, como el alivio o mejoría del sufrimiento emocional, la resolución de conflictos interpersonales o el crecimiento personal. En cualquier caso, al iniciarse una relación psicoterapéutica el paciente renuncia en cierto modo a su privacidad y expone al terapeuta aspectos relacionados con sus emociones, sus comportamientos, su modo de valorar e interpretar las relaciones humanas, su visión de sí mismo, etc. El paciente será quien establezca o controle que in-

formación va a referir a su terapeuta y lo hará con la expectativa de que este no va a revelarlas a terceros, convirtiéndose de este modo en información confidencial.

Pese a insertarse en códigos profesionales y sistemas legislativos actuales, la confidencialidad en salud mental está lejos de ser considerada un asunto del todo aclarado, siendo de hecho un tema altamente complejo y de muy difícil manejo que no ha permanecido al margen del debate ético (Carasevici, 2014), sobre todo teniendo en cuenta que el terapeuta se sitúa a menudo en la controversia de mantener la confidencialidad o de romperla debido a las múltiples peticiones (como, por ejemplo, aquellas que proceden de instancias judiciales, servicios sociales, centros educativos, o incluso del padre o de la madre en los casos en los que el paciente sea un niño o adolescente menor de edad). En este sentido, conviene tener presente que los pacientes tienden a considerar que todo lo revelado a su terapeuta es información confidencial y que, por consiguiente, y tal como más adelante explicaremos, es importante que el pertinente documento de consentimiento informado contenga aquellas cuestiones relativas a los límites del deber de confidencialidad de los terapeutas. En cualquier caso la confidencialidad no solo es el valor ético más asumido, sino también el más incomprendido, tanto si se vulnera como si el terapeuta se mantiene rígidamente fiel a su cumplimiento.

El ya clásico *caso Tarasoff* (Tobriner, 1987), que a continuación desarrollamos, ilustra la complejidad de las actuaciones profesionales para ad-

herirse adecuadamente a esta norma deontológica sin generar riesgos a terceros.

En 1968, Tatiana Tarasoff y Prosenjit Poddar, estudiantes ambos de la Universidad de California en Berkeley, comenzaron a salir juntos. Poddar consideró que esta relación era más seria de lo que creía Tatiana, por lo que cuando ella decidió romper, él sufrió una crisis emocional. En 1969 Prosenjit Poddar informó a su terapeuta, psicólogo residente, de su intención de asesinar a una mujer joven (Tatiana Tarasoff). Pese a no referir el nombre de dicha mujer, el psicólogo infirió de quién se trataba, pues precisamente la asistencia a las consultas psicológicas estuvo motivada por la referida crisis emocional de Poddar tras el rechazo de Tarasoff. Tras esta sesión de terapia el psicólogo contactó con la policía del campus para notificarles las intenciones de Poddar, ya que consideraba que podría llevarlas a cabo. La policía dio finalmente con Poddar, pero al considerarlo una persona racional no lo detuvieron. Sin embargo, la «obsesión» de Poddar llegó a un punto máximo cuando se dirigió a casa de Tatiana, la disparó y la acuchilló en 14 ocasiones hasta provocar su muerte. Luego se entregó. El supervisor docente del terapeuta, preocupado por la violación de la confidencialidad, exigió la destrucción de las notas relacionadas con el tratamiento psicoterapéutico de Poddar. La familia de Tatiana demandó a la Universidad de California por negligencia. En 1977 el máximo tribunal de California sostuvo que los psicoterapeutas tienen obligaciones con terceros, pese a no ser pacientes ni conocidos, cuando los pacientes revelan amenazas creíbles y serias para dañar a esos terceros. Así, «la confidencialidad terminaría donde comienza el peligro público». En 1982 el tribunal dictó un segundo fallo que ampliaba el anterior. Además de proteger, los terapeutas tendrían el deber de avisar, deber que genera una gran tensión entre los derechos de los pacientes a su privacidad y la necesidad de proteger a terceros, circunstancia que afecta a la relación terapéutica y al sentimiento de libertad y confianza del paciente para referir sus sentimientos.

El caso Tarasoff se ha erigido como referente para muchos terapeutas en el proceso de toma de

decisiones éticas y ha dado lugar a una gran cantidad de literatura científica, con la pretensión de vislumbrar los cursos de acción que los profesionales siguen ante situaciones en las que han de proteger a un tercero y, por consiguiente, se ha de valorar la ruptura de la confidencialidad (por ejemplo, Edwards, 2014). Especial consideración merecen los numerosos estudios referidos a la ruptura de la confidencialidad en los casos de pacientes que refieren estar infectados por el virus del VIH, realizados estos fundamentalmente en las décadas de los 80 y 90 (por ejemplo, Ginzburg y Gostin, 1986; Girardi, Keese, Traver y Cooksey, 1988; Gray y Harding, 1988; Harding, Gray y Neal, 1993). Más recientemente, McGuire, Nieri, Abbot, Sheridan y Fisher (2013) han hallado relaciones entre actitudes prejuiciosas hacia ciertos grupos de pacientes y la toma de decisiones éticas. Concretamente, estos autores observaron que una actitud prejuiciosa hacia la homosexualidad aumentaba la probabilidad de que los terapeutas rompieran la confidencialidad en contextos de terapia relacionadas con el VIH. Así, los profesionales se mostraban más favorables a la ruptura de la confidencialidad cuando los pacientes con VIH mostraban conductas de riesgo hacia terceros, situación análoga al caso Tarasoff. No obstante, los autores recuerdan la importancia de la cautela en torno a la violación de la privacidad y consideran prioritarios los métodos menos intrusivos posibles. En todo caso, añaden, si los terapeutas rompen la confidencialidad para advertir a un tercero, deberían también explicar al paciente su decisión, e intentar antes de nada obtener su consentimiento. En cualquier caso, se debe informar de los límites de la confidencialidad al inicio de la intervención, en el proceso de obtención del consentimiento informado.

1. REGULACIÓN DEL DEBER DE SECRETO

La Ley 14/1986 General de Sanidad reconoce en su artículo 10.1 la intimidad como derecho del paciente, y en su artículo 10.3 el derecho a la con-

fidencialidad de la información revelada al clínico.

Con respecto al personal no sanitario, la Ley 14/1986 ya estableció en su artículo 61, derogado posteriormente por la Ley de Autonomía del Pa-

ciente 41/2002, el deber de guardar secreto por quienes tuviesen acceso a la historia clínica en virtud de sus competencias (por ejemplo, el personal administrativo de las unidades de salud mental).

Ley 14/1986, General de Sanidad (revisión vigente desde el 14 de junio de 2015)

Art. 10.1

1. Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias: al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social.

Art. 10.3

Derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.

La Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente, Derechos y Obligaciones en materias de Información y Documentación Clínica (en adelante Ley de Autonomía del Paciente) ga-

rantiza la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan y sin ningún tipo de discriminación. En su artículo 7 señala el derecho a la intimidad de las personas.

Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente, Derechos y Obligaciones en Materias de Información y Documentación Clínica (revisión vigente desde el 15 de octubre de 2015)

Art. 7. El derecho a la intimidad

1. Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.

2. Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.

Los psicólogos clínicos y psiquiatras, en nuestra práctica habitual, manejamos información relativa a la salud de las personas a las que atendemos, estando esta considerada como altamente protegida por la legislación vigente (Ley 15/1999

de Protección de Datos de Carácter Personal, y Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos

datos, que ha entrado en vigor el 25 de mayo de 2018). En el caso de los profesionales de salud mental ejercitantes en el ámbito público, el hecho de que la institución sea la responsable de garantizar la custodia de las historias clínicas de los pacientes y de velar por el adecuado acceso a las mismas por parte de los usuarios, no exime al profesional del deber de realizar un tratamiento adecuado de los datos de carácter personal conforme a las instrucciones de la institución o empresa pública. Por supuesto, en el hipotético caso de que el profesional abandonase la misma no podría hacerlo llevándose consigo ni las historias clínicas de ningún paciente ni datos contenidos en ellas.

Desde las comunidades autónomas se han añadido distintas normativas que vienen a ratificar el deber de secreto profesional. Por ejemplo, en el caso de la Comunidad Autónoma andaluza la Ley de Salud de Andalucía, de 15 de junio de 1998.

La protección civil de los pacientes queda recogida en la Ley 1/1982 de 5 de mayo, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen, modificada por la Ley Orgánica 3/1985, de 29 de mayo. Se consideran intromisiones ilegítimas la revelación de los datos privados de los pacientes o allegados de estos, conocidos en el transcurso de la relación profesional.

Finalmente, el Código Penal de 1995, en su Título X, refuerza la protección del derecho a la

intimidad y el mantenimiento de la confidencialidad, castigando al profesional que quebrante el deber de secreto con una *pena de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación para la profesión por tiempo de dos a seis años*, según se recoge en el artículo 199 del Código Penal. Respecto al acceso a documentos o archivos para descubrir aspectos íntimos del paciente, vulnerando así su intimidad, los artículos 197 y 198 del Código Penal penalizan la conducta de acceso a dichos datos con penas privativas de libertad e inhabilitación para el empleado público, no siendo necesario que se produzca un daño para la persona ni revelación a terceros de los aspectos conocidos tras el acceso ilícito a la historia clínica.

Sin embargo, *el deber de secreto del clínico no se configura como un derecho absoluto del paciente*, sino que existen distintas excepciones y límites al deber de confidencialidad. Muchos clínicos no están plenamente informados de los límites de la misma, y esto podría colocar tanto a la terapia como al propio terapeuta en una situación de riesgo significativo (Bennett et al., 2007).

La Ley de Enjuiciamiento Criminal obliga a denunciar aquellos hechos delictivos de los que se tuviera conocimiento en el ejercicio de una actividad profesional (artículo 262) y a declarar como testigos o peritos (artículo 410) por imperativo legal.

Otra de las excepciones al mantenimiento del secreto profesional es la revelación de las enfer-

Ley de Enjuiciamiento Criminal (1982, revisión vigente desde el 6 de diciembre de 2015)

Artículo 262

Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratare de un delito flagrante.

Artículo 410

Deber de testificar. Todos los que residan en territorio español, nacionales o extranjeros, que no estén impedidos, tendrán obligación de concurrir al llamamiento judicial para declarar cuanto supieren sobre lo que les fuere preguntado, si para ello se les cita con las formalidades prescritas en la Ley.

medades de declaración obligatoria con fines epidemiológicos y de prevención, recogidas en el Anexo I de la Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, que a su vez modifica los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por

el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, relativos a la lista de enfermedades de declaración obligatoria, modalidades de declaración y enfermedades endémicas de ámbito regional.

Enfermedades de declaración obligatoria (Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo)

1. Botulismo; 2. Brucelosis; 3. Campilobacteriosis; 4. Carbunco; 5. Cólera; 6. Criptosporidiosis; 7. Dengue; 8. Difteria; 9. Encefalitis transmitida por garrapatas; 10. Encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas (incluye vECJ); 11. Enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae*; 12. Enfermedad meningocócica; 13. Enfermedad neumocócica invasora; 14. Enfermedad por virus Chikungunya; 15. Fiebre amarilla; 16. Fiebre del Nilo occidental; 17. Fiebre exantemática mediterránea; 18. Fiebre Q; 19. Fiebre recurrente transmitida por garrapatas; 20. Fiebre tifoidea/Fiebre paratifoidea; 21. Fiebres hemorrágicas víricas (Ébola, Marburg y Lassa entre otras); 22. Giardiasis; 23. Gripe/Gripe humana por un nuevo subtipo de virus; 24. Hepatitis A; 25. Hepatitis B; 26. Hepatitis C; 27. Herpes zóster; 28. Hidatidosis; 29. Infección por *Chlamydia trachomatis* (excluye el linfogranuloma venéreo); 30. Infección por cepas de *Escherichia coli* productoras de toxina Shiga o Vero; 31. Infección gonocócica; 32. Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA); 33. Legionelosis; 34. Leishmaniasis; 35. Lepra; 36. Leptospirosis; 37. Linfogranuloma venéreo; 38. Listeriosis; 39. Paludismo; 40. Parotiditis; 41. Peste; 42. Poliomiélitis/parálisis flácida aguda en menores de 15 años; 43. Rabia; 44. Rubéola; 45. Rubéola congénita; 46. Salmonelosis; 47. Sarampión; 48. SARS (en español: Síndrome Respiratorio Agudo Grave); 49. Shigellosis; 50. Sífilis; 51. Sífilis congénita; 52. Tétanos/Tétanos neonatal; 53. Tos ferina; 54. Toxoplasmosis congénita; 55. Triquinosis; 56. Tuberculosis; 57. Tularemia; 58. Varicela; 59. Viruela; 60. Yersiniosis.

De igual modo, los artículos 2 y 3 de la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, alu-

den indirectamente a la posibilidad de revelar información confidencial con el fin de controlar las enfermedades transmisibles a nivel poblacional.

Ley 3/1986

Art. 2

Las autoridades sanitarias competentes podrán adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad.

Art. 3

Con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria, además de realizar las acciones preventivas generales, podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible.

Respecto de los datos de usuarios empleados en estudios, investigaciones o en docencia, la legislación vigente impide la publicación de datos o material fotográfico si el paciente no ha

consentido previamente, siendo imprescindible en estos casos adoptar las medidas oportunas para que el reconocimiento del paciente no sea posible.

Recuerda que...

El profesional considerará la **ruptura de la confidencialidad** si:

1. Tiene conocimiento de hechos delictivos actuales.
2. Es llamado a declarar por un tribunal.
3. Advierte riesgos para el bienestar físico o psíquico de terceros (p. ej., en enfermedades de declaración obligatoria).
4. Riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización (estado de necesidad).
5. Informes a otro compañero, incluida inspección médica (secreto compartido).

2. EL RIESGO DE SUICIDIO Y LA TESTIFICACIÓN ANTE LOS TRIBUNALES COMO EXCEPCIONES FRECUENTES AL DEBER DE CONFIDENCIALIDAD

No es infrecuente en el contexto sanitario público encontrarse ante un paciente con ideas de muerte. Dicha circunstancia añade incertidumbres en torno a la responsabilidad profesional que pudiera derivarse de un suicidio consumado, o incluso de una tentativa grave con secuelas de relevancia, cuando el terapeuta no hubiese actuado convenientemente.

Desgraciadamente, las estadísticas respecto de los suicidios consumados son importantes: en el año 2015 supusieron la tercera causa de muerte en España de personas con edades entre 20 y 34 años (INE, 2015).

Litman (1965), en un estudio con más de 200 médicos poco después de que alguno de sus pacientes se suicidara, halló que la mayoría experimentaron sentimientos de pérdida, dolor, culpa y miedos respecto a la posibilidad de ser demandados por los familiares. Mangurian et al. (2009) señalaron al suicidio de un paciente como el evento más traumático que pudiera ocurrir en la vida

profesional de un psiquiatra, incluso afectando (Séguin, Bordeleau, Drouin, Castelli-Dransart y Giasson, 2014) a la práctica profesional de los clínicos, muy especialmente cuando se trabaja con otros pacientes con ideas autolíticas.

Así pues, situarse ante un paciente con ideas de muerte, y responder al potencial riesgo suicida conforme a la normativa deontológica y legal, puede suponer una importante fuente de estrés para el profesional, quien se situará en todos los casos ante un dilema ético, en tanto habrá de considerar la ruptura de la confidencialidad en aras de garantizar el bienestar y quizá la vida del paciente.

Los sanitarios podemos llegar a tener incluso responsabilidades penales cuando la conducta suicida hubiese sido previsible y evitable, y la actitud profesional descuidada, negligente o imprudente. Por ello, es importante tomar siempre las medidas de contención apropiadas, bien promoviendo el ingreso hospitalario del paciente o indicando su acompañamiento y supervisión por parte de allegados o familiares responsables y competentes.

La conducta suicida es la causa más frecuente de demandas judiciales al psiquiatra por mala praxis (Carrasco, 1990), siendo los casos más frecuentes (Bobes, Sáiz, Bascarán y Bousoño, 2004; Fuertes y Cabrera, 2007): 1) la negligencia al no

ingresar o dar de alta a un paciente que a continuación se suicida o lesiona, y 2) el diagnóstico incorrecto del que deriva un ingreso o detención improcedente o el fracaso en la protección o control de un paciente suicida.

Otra situación frecuente se produce cuando un tribunal de justicia solicita nuestra declaración. Tal como se señaló anteriormente, psiquiatras y psicólogos clínicos *tenemos la obligación de acudir a los tribunales y de contestar a cuantas preguntas se nos formulen*. Pese a ello, es importante tener presente que hemos de ser cautos con respecto a la información que proporcionamos y dejar claro que no actuamos como peritos, y que, por tanto, nuestras conclusiones técnicas se derivan de nuestra actividad clínico-asistencial con el paciente y no de un peritaje.

3. REGULACIÓN DEONTOLÓGICA DEL SECRETO PROFESIONAL

Además de la regulación administrativa, civil y penal, las profesiones vinculadas a la salud mental incluyen artículos en sus respectivos códigos éticos para proteger la información proporcionada por los pacientes. El Código de Deontología Médica (2011) desarrolla en su capítulo V la normativa respecto al secreto profesional. Considera, en sus artículos 27, 28 y 29, al secreto médico como uno de los pilares en los que se asienta la relación médico-paciente, y enfatiza la obligación del manteni-

miento del mismo incluso tras el fallecimiento del paciente. Con respecto a los límites del secreto profesional, el artículo 30 del mencionado código explicita los casos en los que el profesional de la medicina pudiera quebrantar la confidencialidad.

Por su parte, el Código Deontológico del Psicólogo (COP, 1987, 2010, 2014) considera los aspectos relacionados con la confidencialidad y el consentimiento informado a lo largo de once artículos desarrollados en el capítulo V, bajo el epígrafe «De la obtención y uso de la información». En ellos, entre otros aspectos, se señala el derecho del usuario a su propia intimidad; el deber de secreto (que no se extingue tras el fallecimiento del paciente) tanto del psicólogo como de estudiantes o alumnos en formación; el deber de recabar solo la información estrictamente necesaria, así como el de conservar los registros, electrónicos o escritos, donde esté contenida la misma. Nada se dice respecto de los límites de la confidencialidad, exigiéndose que sea el propio usuario quien deba otorgar consentimiento al profesional de la psicología para que este pueda revelar información a terceros.

Sí se hace mención a los límites del mantenimiento de la confidencialidad en el Metacódigo de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA, 2005), donde además se hace referencia a la obligatoriedad de los psicólogos de proporcionar al sistema legal únicamente aquella parte de la información relevante que se requiera, obviando la relativa a terceras personas o las apreciaciones subjetivas que la historia clínica pudiera contener.

Código de Deontología Médica (CDM, 2011)

Artículo 27

1. El secreto médico es uno de los pilares en los que se fundamenta la relación médico-paciente, basada en la mutua confianza, cualquiera que sea la modalidad de su ejercicio profesional.
2. El secreto comporta para el médico la obligación de mantener la reserva y la confidencialidad de todo aquello que el paciente le haya revelado y confiado, lo que haya visto y deducido como consecuencia de su trabajo y tenga relación con la salud y la intimidad del paciente, incluyendo el contenido de la historia clínica.
3. El hecho de ser médico no autoriza a conocer información confidencial de un paciente con el que no se tenga relación profesional.

4. En las instituciones sanitarias informatizadas los médicos directivos velarán por una clara separación entre la documentación clínica y la administrativa.

5. El médico no puede colaborar en ninguna base de datos sanitarios si no está garantizada la preservación de la confidencialidad de la información depositada en la misma.

6. El médico podrá cooperar en estudios epidemiológicos, económicos, de gestión, etc., con la condición expresa de que la información en ellos utilizada no permita identificar, ni directa ni indirectamente, a ningún paciente.

7. El médico preservará en su ámbito social, laboral y familiar la confidencialidad de los pacientes.

Artículo 28

1. El director médico de un centro o servicio sanitario velará por el establecimiento de los controles necesarios para que no se vulnere la intimidad y la confidencialidad de los pacientes ni la documentación referida a ellos.

2. El médico procurará que en la presentación pública de documentación médica, en cualquier formato, no figure ningún dato que facilite la identificación del paciente.

3. Está permitida la presentación de casos médicos que hayan sido fotografiados o filmados para fines docentes o de divulgación científica, habiendo obtenido la autorización explícita para ello o conservando el anonimato.

4. Cuando se produzca algún problema de salud en personas de notoriedad pública, el médico responsable de su asistencia o el designado específicamente para ello podrá facilitar información, haciendo constar la autorización de la persona afectada o responsable de la misma. Extremará en todo caso la prudencia en su labor informativa.

5. La muerte del paciente no exime al médico del deber de secreto profesional.

Artículo 29

1. El médico debe exigir a sus colaboradores sanitarios y no sanitarios absoluta discreción y observancia escrupulosa del secreto profesional.

2. En el ejercicio de la medicina en equipo, cada médico tiene el deber y responsabilidad de preservar la confidencialidad del total de los datos conocidos del paciente.

3. El médico debe tener una justificación razonable para comunicar a otro médico información confidencial de sus pacientes.

Artículo 30

1. El secreto profesional debe ser la regla. No obstante, el médico podrá revelar el secreto exclusivamente, ante quien tenga que hacerlo, en sus justos límites, con el asesoramiento del Colegio si lo precisara, en los siguientes casos.

a) En las enfermedades de declaración obligatoria.

b) En las certificaciones de nacimiento y defunción.

c) Si con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas, o a un peligro colectivo.

d) Cuando se vea injustamente perjudicado por mantener el secreto del paciente y este permita tal situación.

- e) En caso de malos tratos, especialmente a niños, ancianos y discapacitados psíquicos, o ante actos de agresión sexual.
- f) Cuando sea llamado por el Colegio a testificar en materia disciplinaria.
- g) Aunque el paciente lo autorice, el médico procurará siempre mantener el secreto, por la importancia que tiene la confianza de la sociedad en la confidencialidad profesional.
- h) Por imperativo legal:
 - h.1. En el parte de lesiones que todo médico viene obligado a enviar al juez cuando asiste a un lesionado.
 - h.2. Cuando actúe como perito, inspector, médico forense, juez instructor o similar.
 - h.3. Ante el requerimiento en un proceso judicial por presunto delito que precise de la aportación del historial médico del paciente, el médico dará a conocer al juez que éticamente está obligado a guardar el secreto profesional y procurará aportar exclusivamente los datos necesarios y ajustados al caso concreto.

Artículo 62

1. El médico tiene el deber de acudir a la llamada de los jueces y tribunales, auxiliando a las Administraciones en aquellos asuntos que, siendo de su competencia, redunden en el bien común.

2. La cooperación con la Justicia y la Administración no debe significar menoscabo de los derechos del paciente. El médico perito respetará el secreto profesional, con las únicas excepciones detalladas en este mismo Código.

3. El médico que fuese citado como testigo, en virtud de nombramiento judicial, tiene la obligación de comparecer. En el acto testifical se limitará a exponer los hechos que, en virtud de su condición de médico, haya visto u oído y que sean relevantes para la causa. Preservará el secreto médico hasta donde sea posible, y solo revelará aquello que sea estrictamente necesario para la resolución del asunto judicial. En los pleitos civiles no podrá dar información privilegiada obtenida confidencialmente por su condición de médico.

4. El médico no debe aceptar una pericia médica para la que no tiene capacitación profesional o si no está dispuesto a defenderla en el juicio oral. Si fuese obligado a ello, estará legitimado para acogerse a la objeción de ciencia.

5. El cargo de perito es incompatible con haber intervenido como médico asistencial de la persona peritada.

6. Si la pericia médica precisara de un reconocimiento médico del peritado expresamente hecho a tal fin, el perito comunicará su identificación personal y profesional, quién le nombra, la misión que le ha sido encargada, por quién, para qué, y que sus manifestaciones pueden ser plasmadas en el informe y hacerse públicas. Si el paciente se negara a ser examinado, el perito se limitará a ponerlo en conocimiento del mandante.

7. Las normas deontológicas que regulan la exploración de cualquier paciente para preservar su intimidad y pudor serán del máximo rigor, ya que el peritado, por su situación procesal, se encuentra en situación de inferioridad frente al perito.

8. El médico no debería prestarse a actuar como testigo-perito.

9. Si en el curso de su actuación el médico perito descubriera algún hecho o circunstancia que conlleve un riesgo importante para la vida o salud del paciente o de terceros, deberá comunicarlo en primer lugar al interesado y eventualmente a la autoridad que corresponda.

CDP (1987, 2010, 2014)

Artículo 39

En el ejercicio de su profesión, el/la psicólogo/a mostrará un respeto escrupuloso del derecho de su cliente a la propia intimidad. Únicamente recabará la información estrictamente necesaria para el desempeño de las tareas para las que ha sido requerido, y siempre con la autorización del cliente.

Artículo 40

Toda la información que el/la psicólogo/a recoge en el ejercicio de su profesión, sea en manifestaciones verbales expresadas de sus clientes, sea en datos psicotécnicos o en otras observaciones profesionales practicadas, está sujeta a un deber y a un derecho de secreto profesional, del que solo podría ser eximido por el consentimiento expreso del cliente. El/la psicólogo/a velará porque sus eventuales colaboradores se atengan a este secreto profesional.

Artículo 41

Cuando la evaluación o intervención psicológica se produce a petición del propio sujeto de quien el/la psicólogo/a obtiene información, esta solo puede comunicarse a terceras personas, con expresa autorización previa del interesado y dentro de los límites de esta autorización.

Artículo 42

Cuando dicha evaluación o intervención ha sido solicitada por otra persona —jueces, profesionales de la enseñanza, padres, empleadores o cualquier otro solicitante diferente del sujeto evaluado—, este último o sus padres o tutores tendrán derecho a ser informados del hecho de la evaluación o intervención y del destinatario del informe psicológico consiguiente. El sujeto de un informe psicológico tiene derecho a conocer el contenido del mismo, siempre que de ello no se derive un grave perjuicio para el sujeto o para el/la psicólogo/a, y aunque la solicitud de su realización haya sido hecha por otras personas.

Artículo 43

Los informes psicológicos realizados a petición de instituciones u organizaciones en general, aparte de lo indicado en el artículo anterior, estarán sometidos al mismo deber y derecho general de confidencialidad antes establecido, quedando tanto el/la psicólogo/a como la correspondiente instancia solicitante obligados a no darles difusión fuera del estricto marco para el que fueron recabados. Las enumeraciones o listas de sujetos evaluados en los que deban constar los diagnósticos o datos de la evaluación y que se les requieran al psicólogo por otras instancias, a efectos de planificación, obtención de recursos u otros, deberán realizarse omitiendo el nombre y datos de identificación del sujeto, siempre que no sean estrictamente necesarios.

Artículo 44

De la información profesionalmente adquirida no debe nunca el/la psicólogo/a servirse ni en beneficio propio o de terceros, ni en perjuicio del interesado.

Artículo 45

La exposición oral, impresa, audiovisual u otra, de casos clínicos o ilustrativos con fines didácticos o de comunicación o divulgación científica, debe hacerse de modo que no sea posible la identificación de la persona, grupo o institución de que se trata. En el caso de que el medio usado para tales exposiciones conlleve la posibilidad de identificación del sujeto, será necesario su consentimiento previo explícito.

Artículo 46

Los registros escritos y electrónicos de datos psicológicos, entrevistas y resultados de pruebas, si son conservados durante cierto tiempo, lo serán bajo la responsabilidad personal del psicólogo en condiciones de seguridad y secreto que impidan que personas ajenas puedan tener acceso a ellos.

Artículo 47

Para la presencia, manifiesta o reservada, de terceras personas, innecesarias para el acto profesional, tales como alumnos en prácticas o profesionales en formación, se requiere el previo consentimiento del cliente.

Artículo 48

Los informes psicológicos habrán de ser claros, precisos, rigurosos e inteligibles para su destinatario. Deberán expresar su alcance y limitaciones, el grado de certidumbre que acerca de sus varios contenidos posea el informante, su carácter actual o temporal y las técnicas utilizadas para su elaboración, haciendo constar en todo caso los datos del profesional que lo emite.

Artículo 49

El fallecimiento del cliente, o su desaparición —en el caso de instituciones públicas o privadas— no libera al psicólogo de las obligaciones del secreto profesional.

Metacódigo de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA, 2005)**Artículo 3.1.2. Privacidad y confidencialidad**

- i. Los psicólogos restringirán la búsqueda y difusión de información a aquella que sea estrictamente necesaria para el propósito profesional.
- ii. Deberán almacenar y manejar adecuadamente la información y archivos, de forma que se asegure la confidencialidad, incluyendo la toma de medidas de seguridad para conseguir que los datos sean anónimos cuando sea necesaria su utilización y la restricción del acceso a los informes y archivos a aquellos que estén legitimados para ello.
- iii. Estarán obligados a informar a los clientes, y a otros con los que se mantiene una relación profesional, de los límites, según la ley, del mantenimiento de confidencialidad.
- iv. En el caso de que el sistema legal exija la revelación de alguna información, los psicólogos estarán obligados a proporcionar solo aquella que sea relevante para el asunto en cuestión, manteniendo la confidencialidad de cualquier otra información.

- v. Deberán ser conscientes del conflicto que puede surgir entre el deber de confidencialidad y la protección de un cliente o terceras personas implicadas.
- vi. Los clientes tienen derecho a tener acceso a sus archivos e informes y a conseguir la asistencia y asesoramiento que necesiten. Para ello, los psicólogos proporcionarán una información amplia y adecuada y que redunde en beneficio de los intereses de los clientes.
- vii. Estarán obligados a mantener los archivos y a elaborar informes, permitiendo el acceso de los clientes pero salvaguardando la confidencialidad de la información que pertenece a terceras personas.

4. OBSTÁCULOS EN EL MANTENIMIENTO DEL SECRETO PROFESIONAL

Generalmente, los profesionales de la psicología clínica y de la psiquiatría desarrollan su práctica profesional en equipos multidisciplinares. Esta situación añade una mayor complejidad respecto del mantenimiento de la confidencialidad, dada la implicación de distintos profesionales, no siempre sanitarios, que pudieran tener acceso a datos clínicos del usuario. En cuanto a los sanitarios, los profesionales implicados en el proceso terapéutico del paciente están sometidos al *secreto profesional compartido*, lo que deriva en la obligación de confidencialidad en la misma medida que el terapeuta principal y los mismos límites que el mismo. Respecto de los no sanitarios, estos no deberían tener acceso a la información clínica y, aun cuando en el desempeño de sus tareas pudieran ser conocedores de ciertos datos personales, estarían igualmente sujetos en esos casos al *secreto derivado* (Criado del Río y Seoane Prado, 1999).

Otra situación que puede comprometer la confidencialidad de los datos del paciente es el registro en la *historia digital*, de posible acceso a profesionales sanitarios que no tienen relación directa con el usuario. Como puede leerse en el apartado anterior, el artículo 27 del Código de Deontología Médica, en su apartado quinto, señala que el médico no puede colaborar en ninguna base de datos sanitaria que no garantice la preservación de la confidencialidad de la información depositada en la misma.

Además de lo anterior, otro obstáculo para el mantenimiento de la confidencialidad surge cuando una instancia superior solicita informes o, a veces, la totalidad de la historia clínica del usuario. En este sentido, cabe recordar que las historias clínicas de salud mental contienen apreciaciones subjetivas (propiedad del clínico) y datos de terceros, de modo que habría que informar de dicha circunstancia al juzgado que solicita la historia, con objeto de que este permitiese al clínico facilitar los datos que pertenecen exclusivamente al paciente. Igualmente, es conveniente informar solo con relación a los hechos que se juzgan y, en caso de que se declare como perito, referir la información relativa a la prueba pericial (Calcedo, 2000).

5. CONFIDENCIALIDAD EN LAS TERAPIAS DE GRUPO

La psicoterapia de grupo crea dilemas éticos adicionales para los terapeutas, al resultar más complicado mantener los principios deontológicos de la confidencialidad (Lasky y Riva, 2006). Estos autores hallaron que el 34 por 100 de los terapeutas de grupo eran conocedores de que uno o más de los miembros de sus grupos terapéuticos habían violado la confidencialidad de otros miembros.

Las revelaciones de los miembros de un grupo no se realizan individualmente al profesional, sino que otros participantes han de comprometerse con el mantenimiento de la confidencialidad.

Así pues, los principios éticos de la confidencialidad difieren respecto de la terapia individual (Welfel, 1998). Según este autor, los miembros de una psicoterapia de grupo no asumen como los usuarios de terapia individual que lo verbalizado o escuchado ha de ser mantenido en secreto. Así, mientras que los terapeutas están comprometidos con el mantenimiento de la confidencialidad en una terapia de grupo, los miembros del mismo no solo no lo estarían de igual modo, sino que tampoco serían del todo conscientes de las consecuencias legales de su quebrantamiento (Rappin, 2004).

En un contexto de terapia de grupo, existe la expectativa en todos sus miembros de la necesidad de compartir información personal. De hecho, Lakin (1994) señala que el estímulo para compartir material personal es un aspecto fundamental de la terapia de grupo, convirtiéndose en una especie de «pase de admisión» y, por tanto, en un estándar de grupo. Ello no implica que los participantes hayan de ser forzados a expresar más de lo que desean, pues podrían resultar dañados (Smokowski, Rose y Bacallao, 2001). Otras investigaciones muestran que cuando los miembros del grupo realizan revelaciones personales superficiales o engañosas, tratando de ocultar algún secreto personal, el proceso grupal sufre y el tratamiento es menos efectivo (Hough, 1992). Así pues, parece que los trabajos empíricos señalan la importancia de que los miembros de un grupo conozcan los principios de la confidencialidad.

La complejidad de los principios en torno a la confidencialidad en el contexto de una terapia de grupo ha promovido el desarrollo de estrategias para reducir el riesgo para los miembros del grupo. Por ejemplo, Corey, Williams y Moline (1995) refieren estrategias que los terapeutas de grupo podrían implementar para reducir el daño posible a los participantes. Estos autores sugieren que los terapeutas incorporen técnicas de educación en torno a la confidencialidad, así como promover el respeto para su mantenimiento, discutiendo abiertamente en el grupo y estableciendo las normas en torno a la confidencialidad, advirtiendo

de cómo esta puede ser quebrantada inintencionalmente.

6. CONFIDENCIALIDAD Y PROCESO TERAPÉUTICO

Aunque los pacientes se sienten aliviados y alcanzan un sentido de autenticidad tras revelar sus secretos al terapeuta (Farber, Berano y Capobianco, 2004), un 27,7 por 100 de los mismos mantienen secretos relevantes (Kelly y Yuan, 2013). Sin embargo, estos mismos autores sostienen que el mantenimiento de estos secretos no afectaría al curso de la terapia en cuanto a la modificación sintomática se refiere, pero sí en cambio a la relación terapéutica, concluyendo que los pacientes que guardan secretos a sus terapeutas mantienen con estas relaciones terapéuticas más débiles.

7. CONFIDENCIALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, debiéndose identificar oportunamente a los facultativos y demás profesionales que han intervenido en ellos y quedando debidamente custodiadas bajo la responsabilidad de la dirección del centro sanitario (Ley 41/2002 de autonomía del paciente). Ha de llevarse con criterios de unidad y de integración, en cada unidad asistencial, para facilitar el mejor y más oportuno conocimiento por los facultativos de los datos del paciente en cada proceso asistencial.

Con respecto a su conservación, los centros sanitarios tendrán que archivar las historias clínicas, con independencia del soporte que las sostenga, para garantizar la seguridad, conservación y recuperación de la información que se requiera. Lo harán durante un tiempo no inferior a *cinco años*, contados desde la fecha de alta de cada proceso asistencial, salvo que por orden judicial se determine lo contrario o cuando existan razones

epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, en este último caso con un tratamiento que evite en lo posible la identificación de las personas afectadas (Ley 41/2002 de autonomía del paciente).

De igual modo, cada centro establecerá los métodos que posibiliten en todo momento el acceso a la historia clínica por parte del paciente (o por un representante debidamente acreditado) y de los profesionales que le asisten. Muy importante es tener en cuenta que las historias de salud mental contienen tanto anotaciones subjetivas (propiedad del clínico) como datos referidos a terceras personas: en estos casos, permitir al paciente el acceso a su propia historia clínica es un derecho que no podría ejercitarse, pues afectaría tanto al derecho que estas terceras personas tendrían a la confidencialidad de los datos que, en interés del propio paciente, constan en ellas, así como al del propio terapeuta u otros profesionales participantes en su elaboración, los cuales podrían oponerse al derecho de acceso en reserva de dichas anotaciones subjetivas. Finalmente, cuando un paciente fallece es posible que personas vinculadas a él soliciten el acceso a su historia clínica. Salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente, sería posible facilitar a los familiares datos respecto del paciente, si bien no se debería facilitar la información que afectase a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales o datos que afectasen a terceros. Es decir, la información proporcionada debería limitarse a los datos pertinentes (Ley 41/2002 de autonomía del paciente).

El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que, como regla general, quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos (Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente). Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible

la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso. Por otro lado, cuando sea necesario para la prevención de un riesgo o peligro grave para la salud de la población, las administraciones sanitarias podrán acceder a los datos identificativos de los pacientes por razones epidemiológicas o de protección de la salud pública (Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública).

Con respecto al personal no sanitario (administrativo y de gestión), este solo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones. Así, un auxiliar administrativo de un centro de salud mental podrá acceder a los datos de identificación del paciente u otros personales para comunicarle, por ejemplo, la fecha de una cita con el profesional sanitario.

Por supuesto, las historias clínicas deben incorporar información veraz y actualizada del estado de salud del paciente, por lo que los clínicos tenemos que dejar constancia de la información recabada y de las intervenciones realizadas en todos los procesos asistenciales.

Respecto a las pruebas diagnósticas realizadas, estas son consideradas datos de carácter personal que se incorporarán a la historia clínica, al igual que el resto de los datos aportados por el paciente (Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos).

Según la Ley 41/2002 de autonomía del paciente, el contenido mínimo de la historia clínica será el siguiente:

- a) La documentación relativa a la hoja clínicoestadística.
- b) La autorización de ingreso.
- c) El informe de urgencia.
- d) La anamnesis y la exploración física.

- e) La evolución.
- f) Las órdenes médicas.
- g) La hoja de interconsulta.
- h) Los informes de exploraciones complementarias.
- i) El consentimiento informado.
- j) El informe de anestesia.
- k) El informe de quirófano o de registro del parto.
- l) El informe de anatomía patológica.
- m) La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- n) La aplicación terapéutica de enfermería.
- o) El gráfico de constantes.
- p) El informe clínico de alta.

Obviamente, algunos de los apartados anteriores, como el informe de quirófano o el gráfico de constantes, son solo exigibles en procesos fundamentalmente de hospitalización, pero no tienen aplicación en salud mental.

Finalmente, haremos referencia a los conocidos como derechos ARCO (de acceso, rectificación, cancelación y oposición a los datos personales contenidos en la historia clínica de salud mental) conforme a la Ley Orgánica 15/1999. Estos derechos son considerados *personalísimos*, en tanto son ejercitados por el afectado acreditando su identidad, salvo en los casos en los que el mismo se halle en situación de incapacidad o minoría de edad que le imposibilite el ejercicio personal de estos derechos. En el Reglamento UE 2016/679 también se hace referencia a los derechos de acceso, rectificación y oposición, así como también al de supresión (o derecho al olvido), que por primera vez introduce:

- *Derecho de acceso.* Derecho del paciente a obtener información sobre sus propios datos de carácter personal, así como la información disponible sobre el origen de dichos datos (Reglamento UE 2016/679). Se debe facilitar el acceso a los propios datos, tanto los que haya facilitado directamente el paciente como los que resulten de la aplicación de procedimientos evaluati-
- vos u otras observaciones. En caso de duda acerca de si la historia clínica contiene anotaciones subjetivas (algo, por otro lado, muy común en las historias clínicas de salud mental) o si existen datos proporcionados por terceros, a los que el paciente tampoco tiene derecho de acceso, es importante realizar un informe que resuma los datos objetivos recogidos.
- *Derecho de rectificación.* Derecho del paciente a obtener lo antes posible la rectificación de los datos personales inexactos que le conciernan. Tendrá derecho a que se completen datos personales incompletos, mediante una declaración adicional si fuera preciso (Reglamento UE 2016/679). En cualquier caso, el paciente deberá indicar en su solicitud a qué datos se refiere y la corrección que haya que realizarse, debiendo acompañar la documentación justificativa de la inexactitud o carácter incompleto de los datos contenidos en la historia clínica.
- *Derecho de cancelación.* Permite que se supriman los datos que resulten ser inadecuados o excesivos. La cancelación implica el bloqueo de los datos, que consiste en la identificación y reserva de los mismos con el fin de impedir su tratamiento.
- *Derecho de oposición.* Es el derecho del afectado a que no se lleve a cabo el tratamiento de sus datos de carácter personal o se cese en los mismos. Más recientemente, el reglamento UE 2016/679 refiere que el paciente tendrá derecho a oponerse en cualquier momento a que sus datos personales contenidos en la historia clínica sean tratados (Reglamento UE 2016/679).
- *Derecho de supresión.* El paciente tendrá derecho a obtener lo antes posible la supresión de datos personales que le conciernan cuando concurren algunas de las circunstancias siguientes: a) los datos personales no sean necesarios respecto a los fines para los que fueron recogidos; b) el paciente retire el consentimiento; c) el paciente se oponga (véase derecho de oposi-

Caso Sergio

Sergio es un hombre de 35 años cuyo padre, en seguimiento en salud mental desde muy joven por un trastorno esquizofrénico, acaba de fallecer y con quien nunca tuvo ningún trato. Se presenta ante el psicólogo clínico y el psiquiatra que trataban a su padre con la pretensión de que los clínicos le faciliten información clínica respecto al diagnóstico y al tratamiento de su progenitor. Los profesionales dudan, pero, tras debatir entre ellos, coinciden en que el hijo no solo tiene derecho a conocer el diagnóstico de su padre, sino que, dado que este ha muerto, consideran lícito facilitarle una copia de la exhaustiva y prolija historia clínica, donde además de los datos estrictamente clínicos se hace referencia a la tormentosa infancia del padre y al recuerdo que este tenía del hijo, entre otros muchos aspectos.

Preguntas para reflexionar:

1. ¿Quién es el propietario de una historia clínica una vez fallece el paciente?
2. ¿Tienen siempre derecho los hijos e hijas de un/a paciente que ha fallecido de acceder a todos los datos clínicos de este/a? ¿Cuáles serían los límites?

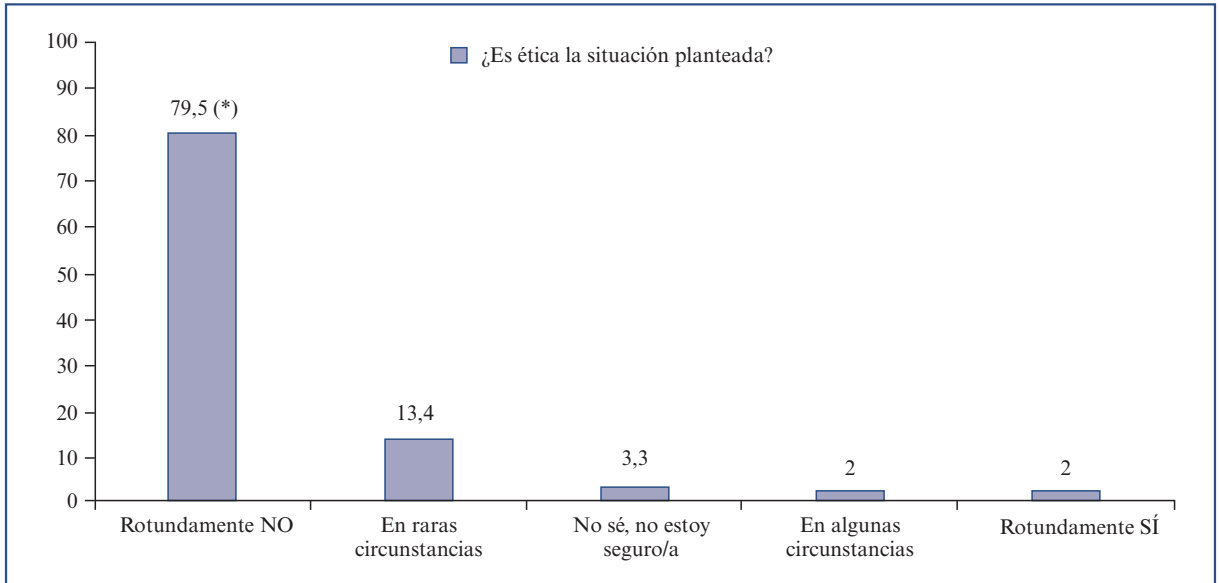
ción) y no prevalezcan otros motivos legítimos para no suprimirlos; *d*) los datos personales hayan sido tratados ilícitamente; *e*) los datos personales deban suprimirse para el cumplimiento de una obligación legal establecida en el Derecho de la Unión o de los Estados miembros que se aplique al responsable del tratamiento (Reglamento UE 2016/679).

Ya hemos mencionado en capítulos anteriores el estudio de Pastor (2017), en el que se contó con

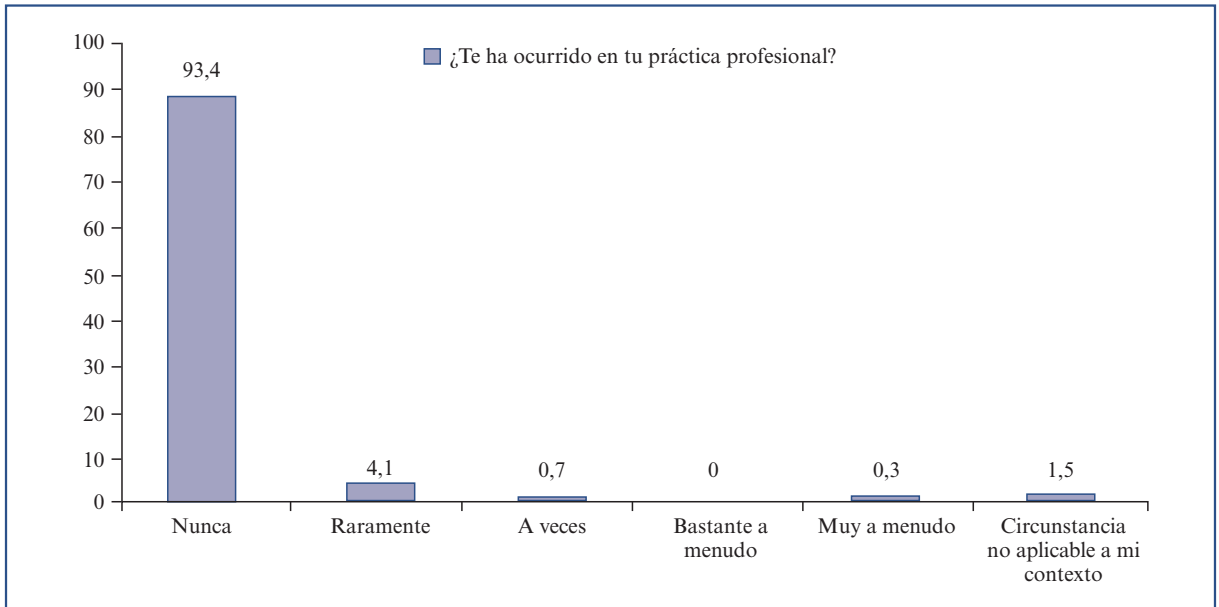
la participación de 308 profesionales, facultativos y residentes de salud mental de toda España. En él se pretendía conocer, entre otros aspectos, la valoración ético-deontológica y la frecuencia de algunas situaciones, presentadas en un cuestionario de ajuste ético y deontológico, que pueden sucederse en la práctica profesional de los clínicos. A continuación, y con respecto al tema que nos ocupa en este capítulo, se exponen los resultados, presentados en porcentajes, de cuatro de las 61 situaciones expuestas en el mencionado cuestionario (véanse situaciones 1 a 4).

SITUACIÓN 1

Tras el fallecimiento de un paciente, acceder a facilitar a su hijo todas las revelaciones de aquel a lo largo de las sesiones psicoterapéuticas

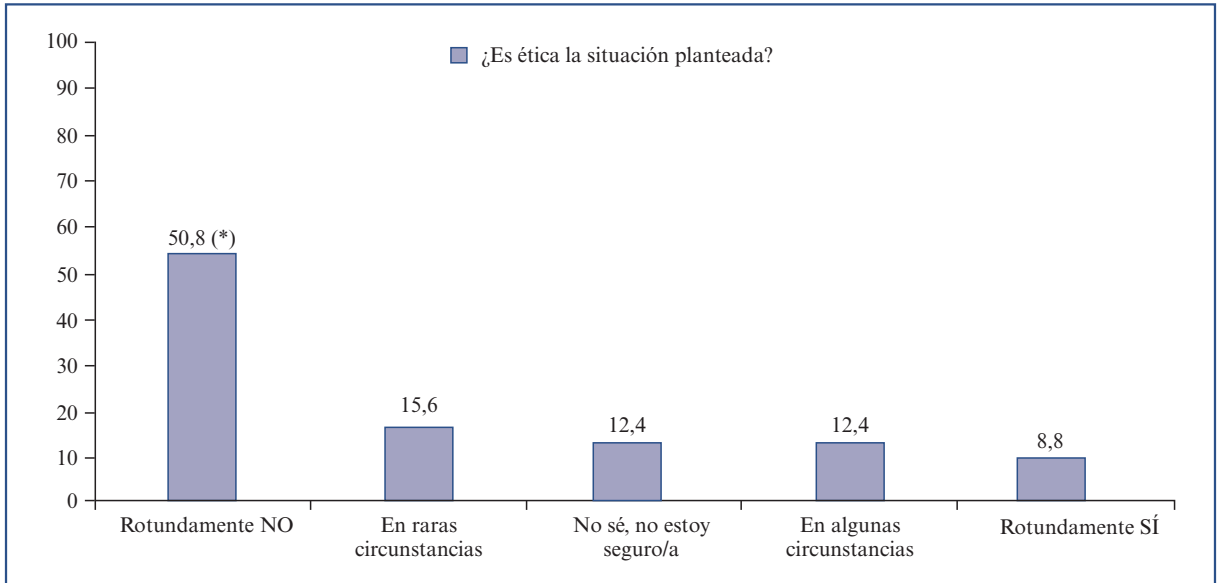


Nota: El símbolo (*) indica la dirección de respuesta más ajustada a las normas éticas.

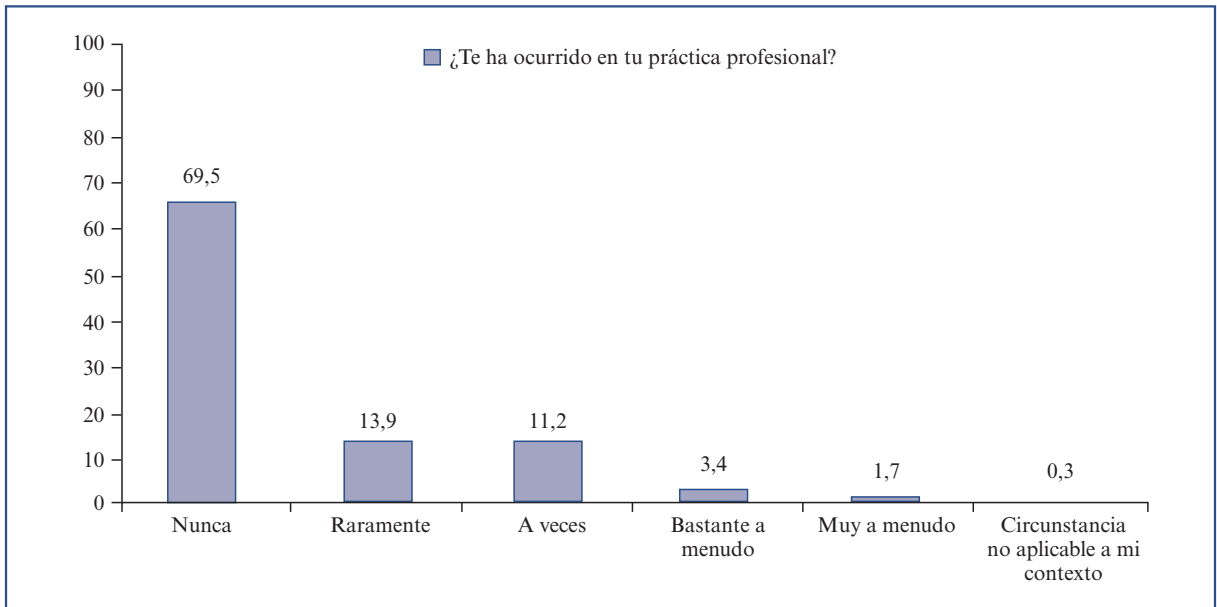


SITUACIÓN 2

Facilitar la historia clínica completa de un paciente a una instancia judicial que nos la solicita, incluyendo datos de terceros y apreciaciones subjetivas

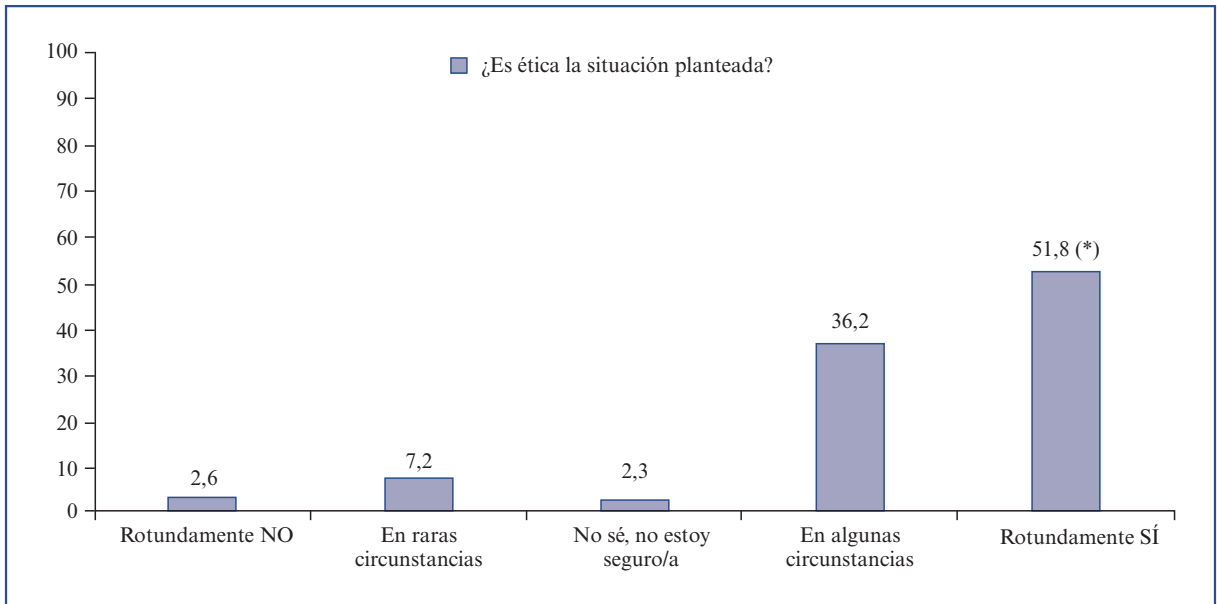


Nota: El símbolo (*) indica la dirección de respuesta más ajustada a las normas éticas.



SITUACIÓN 3

Romper la confidencialidad en el caso de un paciente que nos refiere ideación activa de muerte

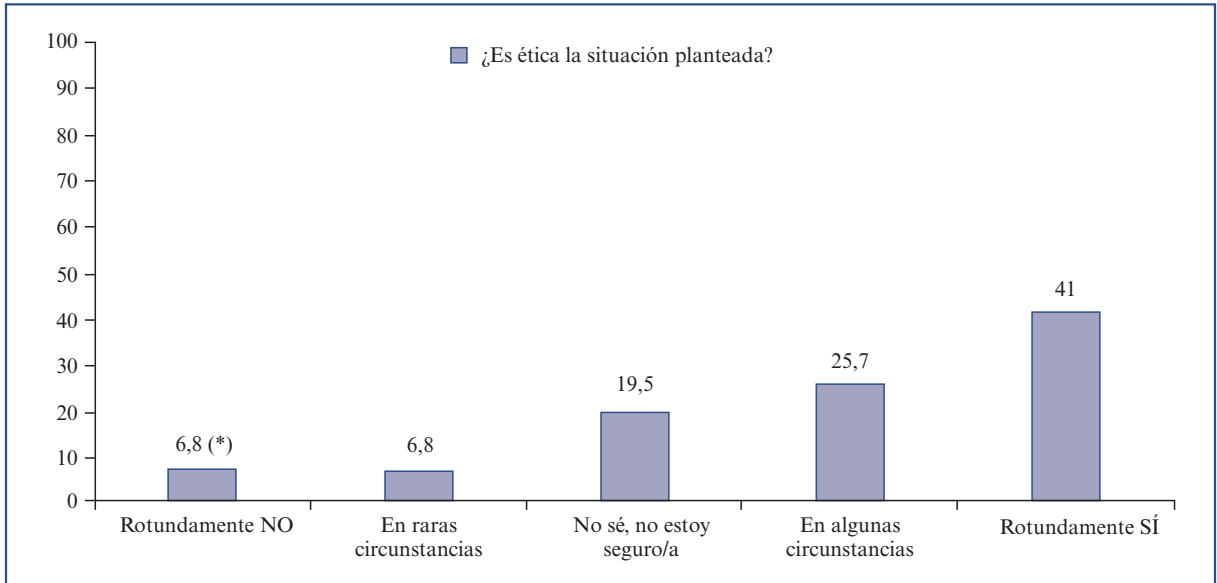


Nota: El símbolo (*) indica la dirección de respuesta más ajustada a las normas éticas.

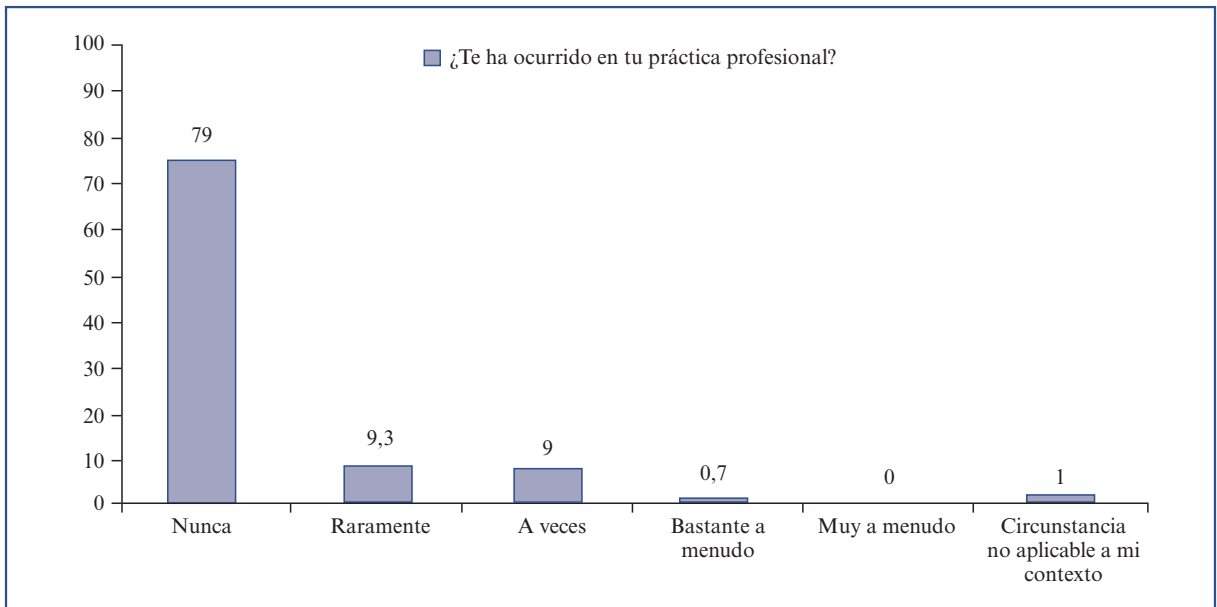


SITUACIÓN 4

Tras ser llamado a declarar como testigo perito, negarse como psicoterapeuta a contestar a algunas de las preguntas formuladas por el Tribunal, aduciendo condición de secreto profesional



Nota: El símbolo (*) indica la dirección de respuesta más ajustada a las normas éticas.



Considerando los resultados que se obtuvieron en el estudio ya citado, los aspectos relacionados con la confidencialidad no arrojaron dudas deontológicas de relevancia. Es más, como puede apreciarse en los gráficos anteriores, los clínicos respondieron con contundencia, mostrando así su adherencia a un principio, el de confidencialidad, altamente considerado y asumido por los mismos.

Existen algunas excepciones, que parecen sostenerse en la falta de información por parte de los profesionales en torno a los límites de la confidencialidad, sobre todo cuando se trata de revelar información a instancias judiciales, ofreciendo importantes dudas legales y ético-deontológicas ante situaciones que plantean transferir información a petición de los juzgados. Así, y tal como puede apreciarse, la valoración a la última situación resulta no solo controvertible y generadora de dudas para los profesionales, sino también errada, pudiendo situar a los clínicos en una situación legal complicada. En este sentido, los profesionales de la psicología clínica y de la psiquiatría estamos obligados a auxiliar a la Justicia.

Obviamente, es posible que en el transcurso de un juicio el clínico entendiéndose que algunas de las cuestiones que las partes o el propio juez plantean pudieran pertenecer a la esfera íntima del paciente o incluso a las de terceras personas. No obstante, *el facultativo tendría que someterse en todos los casos a la autoridad judicial*, quien podría considerar, una vez comprobado el fundamento de la alegación del carácter reservado o secreto, que el clínico finalmente no contestase. Pero también podría ocurrir lo contrario y que el juez no considerara la petición del clínico y este tuviese que contestar.

Otra situación, de relativa incidencia, es la relativa a la que se plantea cuando el clínico ha de remitir una historia clínica al juzgado ante el requerimiento del juez, pudiendo incurrir en la irregularidad de facilitar la misma sin filtro alguno. Y es que, como ya hemos referido en otro apartado, es frecuente que la información contenida en las historias de salud mental exceda de los meros datos psicopatológicos de un usuario, incluyéndose datos de terceros o anotaciones subjetivas propiedad del terapeuta.

Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil, revisión vigente desde el 2 de julio de 2018

Artículo 371. Testigos con deber de guardar secreto

1. Cuando, por su estado o profesión, el testigo tenga el deber de guardar secreto respecto de hechos por los que se le interrogue, lo manifestará razonadamente, y el tribunal, considerando el fundamento de la negativa a declarar, resolverá, mediante providencia, lo que proceda en Derecho. Si el testigo quedare liberado de responder, se hará constar así en el acta.

2. Si se alegare por el testigo que los hechos por los que se le pregunta pertenecen a materia legalmente declarada o clasificada como de carácter reservado o secreto, el tribunal, en los casos en que lo considere necesario para la satisfacción de los intereses de la administración de justicia, pedirá de oficio, mediante providencia, al órgano competente el documento oficial que acredite dicho carácter.

El tribunal, comprobado el fundamento de la alegación del carácter reservado o secreto, mandará unir el documento a los autos, dejando constancia de las preguntas afectadas por el secreto oficial.

El concepto «*consentimiento informado*» fue utilizado por primera vez en la legislación en 1957 en un recurso judicial de California. Posteriormente, algunas sentencias en Estados Unidos iniciaron el camino para que el consentimiento informado se convirtiera en un derecho de los usuarios y un deber de los clínicos. Con el surgimiento de la *bioética* en la década de los 70, la forma de relación clínico-paciente inició su modificación hacia un nuevo estilo que pretendía la sustitución del modelo paternalista imperante, surgiendo entonces un modelo diferente, más participativo y de deliberación conjunta (Bórquez, Raineri y Bravo, 2004). En España, el consentimiento informado empieza a adquirir importancia con la Constitución de 1978 y posteriormente con la Ley 14/1986 General de Sanidad, que reconoce el derecho al consentimiento y a la información.

El derecho de los pacientes a conocer la información disponible respecto de su salud exige de los profesionales la *comunicación responsable, comprensible y veraz* de, al menos, la naturaleza y finalidad de cada intervención, así como de sus riesgos y consecuencias. Toda actuación en el ámbito de la salud precisa del consentimiento *libre y voluntario* del usuario. Generalmente, en el ámbito de la salud mental, este puede realizarse verbalmente, prestándose por escrito en procedimientos terapéuticos invasores (en salud mental, la terapia electroconvulsiva) o en otros que pudieran suponer riesgos o inconvenientes para la salud (por ejemplo, la indicación de tratamiento con

clozapina). No obstante, pese a que no es obligatorio que el consentimiento informado se preste por escrito, se debe hacer constar en la historia clínica que se ha recabado tras proporcionar la información oportuna al paciente.

Recuerda que...

La **teoría del consentimiento informado** se desprende de principios éticos y se halla regulada por la legislación actual. Exige al clínico: 1) proporcionar información veraz en torno a los procedimientos evaluativos o terapéuticos que se implementen, y 2) recabar el pertinente consentimiento informado del usuario.

Así, se respeta y promueve la *autonomía* del paciente y se *respetan las decisiones* que libremente haya tomado.

Para que el paciente pueda prestar consentimiento ha de ser *competente*, pues una decisión respecto de la salud no se considera autónoma si no cumple con las condiciones de *voluntariedad y capacidad*. La falta de esta última dificulta la valoración crítica de la propia realidad e interfiere en el proceso racional para la toma de las decisiones.

Cuando, a criterio del facultativo, un usuario es considerado incapaz para la toma de decisiones, es necesario que un tercero, generalmente un pariente, se haga cargo de dicha toma de decisión,

debiendo en todo caso responder al mejor interés del paciente (Buchanan y Brock, 1989). Generalmente, *un paciente es incapaz cuando muestra dificultades para la valoración crítica de su situación, así como para el proceso racional de toma de decisiones*. En cualquier caso, esta consideración de incapacidad sanitaria ha sido tradicionalmente subjetiva (Roth, Meisel y Lidz, 1977), y la evaluación de la misma constituye una cuestión aún no resuelta desde la teoría general del consentimiento informado, que ha llevado a los clínicos a hacer evaluaciones de facto de la capacidad de los pacientes sin instrumentos específicos desarrollados para tal efecto (Simón-Lorda, 2008). En los últimos treinta años se han propuesto diferentes herramientas, como la Competency Interview Schedule (Bean, Nishisato, Rector y Glancy, 1994), el McArthur Competence Assessment Test (Grisso y Appelbaum, 1995) o el Capacity Assessment Tool (Carney, Neugroschl, Morrison, Marin y Siu, 2001).

Este nuevo modo de abordar la relación entre clínico y paciente supone la superación del paternalismo previo a la aparición de las doctrinas liberales del siglo XVII, ligado a una consideración

inferior del paciente, que necesitaba que el clínico se ocupase de la salud del usuario incluso sin su consentimiento. Los derechos actuales contemplan no solo el principio de beneficencia que se le presupone al referido paternalismo, sino también el de autonomía del paciente, de modo que el usuario de la atención sanitaria es, al mismo tiempo que objeto de estudio, sujeto partícipe en la toma de decisiones sanitarias (Beauchamp, 2011).

Para Simon y Shuman (2007), la atención del psicoterapeuta debería centrarse en las necesidades e intereses del paciente, de modo que las decisiones y acciones del profesional estuviesen motivadas por el interés del mismo. Como norma general, solo estaría justificado, desde el punto de vista bioético, actuar no respetando el principio de autonomía del paciente cuando, por razones de justicia, el bien común es considerado de orden superior al individual. En cualquier caso, respetar la autonomía del paciente no implica que el profesional de la salud mental no se guíe por el principio bioético de beneficencia, sino que decidir con beneficencia respecto al paciente implica el respeto a la autonomía del mismo.

Diversos apartados del **art. 9 de la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente**¹ regulan el *consentimiento por representación*:

Art. 9.3

- a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
- b) Cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia.
- c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión, conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor.

¹ La redacción del artículo 9 de la Ley 41/2002 se ha realizado conforme a la modificación contenida en la Disposición final segunda de la Ley 26/2015, de 28 de julio, de

modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

Art. 9.4

Cuando se trate de menores emancipados o mayores de 16 años que no se encuentren en los supuestos *b)* y *c)* del apartado anterior, no cabe prestar el consentimiento por representación. No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo.

Art. 9.5

La práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.

Art. 9.6

En los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal o las personas vinculadas por razones familiares o de hecho en cualquiera de los supuestos descritos en los apartados 3 a 5, la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente. Aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad.

Art. 9.7

La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. Si el paciente es una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos, de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que puedan prestar por sí mismos su consentimiento.

1. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN SALUD MENTAL

El consentimiento informado, instaurado como norma legal en consideración con el principio de autonomía de los pacientes, ha sido aplicado normalmente para procedimientos quirúrgicos o intervenciones medicamentosas. Es igualmente obligado en salud mental, tanto para procedimientos evaluativos como para intervenciones psi-

coterapéuticas, salvo para las excepciones que la Ley establece. No obstante, la aplicación práctica de este procedimiento no está ni mucho menos resuelta, sobre todo en orientaciones psicoterapéuticas con actuaciones más paternalistas a lo largo del proceso terapéutico (Castilla y Castilla, 2001).

El hecho de que la psicoterapia no suponga una intervención físicamente invasiva no implica que los pacientes sean capaces de controlar el proceso terapéutico por sí mismos. Es más, la com-

plejidad y factores inespecíficos que envuelven al proceso terapéutico de un trastorno mental hacen que sea difícil la demostración de un daño causado por la intervención psicoterapéutica en sí (Stone, 1990).

Entre los profesionales de la salud mental no tiende a hacerse explícito el consentimiento informado, salvo en protocolos de investigación y en algunas terapias biológicas. Tradicionalmente se ha asumido que en los tratamientos psicoterapéuticos quedaba implícito en la relación terapéutica, y solo en caso de existir un consentimiento más explícito era el terapeuta quien decidía, de un modo paternalista hacia el paciente, cuándo era el momento adecuado para informarle y sobre qué aspectos de su tratamiento (Castilla y Castilla, 2001).

La Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente exige el consentimiento informado y, con independencia de que este pudiera prestarse verbalmente en las intervenciones psicoterapéuticas, debería siempre registrarse en la historia clínica del usuario.

Recuerda que...

El consentimiento informado se asienta en los pilares siguientes:

1. Información.
2. Voluntariedad.
3. Capacidad.
4. Comprensión.
5. Consentimiento.

Al igual que ocurriría con respecto a la confidencialidad (véase capítulo 4), existen algunos supuestos legales que limitan la información y el consentimiento:

- a) La renuncia del paciente a recibir información, en cuyo caso tendrá que hacer constar su renuncia por escrito.
- b) Se actuará sin el consentimiento del paciente en los casos siguientes: 1) cuando exista riesgo para la salud pública, debiéndose en estos casos comunicar a la autoridad judicial, y 2) si se advierte la existencia de riesgo grave para la integridad física o psíquica del paciente y no es posible conseguir su autorización, debiendo consultar siempre que sea posible a familiares o allegados vinculados al paciente.
- c) En los casos en los que cabe prestar el *consentimiento por representación*. Por ejemplo, en los casos en los que el paciente no es capaz de tomar decisiones por sí mismo (por su estado físico o psíquico a criterio del médico responsable), tenga la capacidad modificada judicialmente o se trate de menores por debajo de los 16 años no emancipados (véase capítulo 6 para más información al respecto).

A continuación presentamos los artículos que, con respecto al consentimiento informado, aparecen en los códigos deontológicos de profesionales de la medicina y de la psicología.

CDP (1987, 2010, 2014)

Artículo 35

Cuando la investigación psicológica requiera alguna clase de daños pasajeros y molestias, como choques eléctricos o privación sensorial, el investigador, ante todo, se asegurará de que los sujetos participen en las sesiones experimentales con verdadera libertad, sin constricciones ajenas de tipo alguno, y no los aceptará sino tras informarles puntualmente sobre esos daños y obtener su consiguiente consentimiento. Aun habiendo inicialmente consentido, el sujeto podrá en cualquier momento decidir interrumpir su participación en el experimento.

Artículo 45

La exposición oral, impresa, audiovisual u otra, de casos clínicos o ilustrativos con fines didácticos o de comunicación o divulgación científica, debe hacerse de modo que no sea posible la identificación de la persona, grupo o institución de que se trata. En el caso de que el medio usado para tales exposiciones conlleve la posibilidad de identificación del sujeto, será necesario su consentimiento previo explícito.

Artículo 47

Para la presencia, manifiesta o reservada de terceras personas, innecesarias para el acto profesional, tales como alumnos en prácticas o profesionales en formación, se requiere el previo consentimiento del cliente.

CDM (2011)**Artículo 16**

1. La información al paciente no es un acto burocrático sino un acto clínico. Debe ser asumida directamente por el médico responsable del proceso asistencial, tras alcanzar un juicio clínico preciso.

2. El consentimiento se expresa habitualmente de forma verbal, dejando constancia en la historia clínica. Cuando las medidas propuestas supongan para el paciente un riesgo significativo se obtendrá el consentimiento por escrito.

Artículo 59.3

El respeto por el sujeto de investigación es el principio rector de la misma. Se deberá obtener siempre su consentimiento explícito. La información deberá contener, al menos: la naturaleza y finalidad de la investigación, los objetivos, los métodos, los beneficios previstos, así como los potenciales riesgos e incomodidades que le puede ocasionar su participación. También debe ser informado de su derecho a no participar o a retirarse libremente en cualquier momento de la investigación, sin resultar perjudicado por ello.

Artículo 64.2

El médico no podrá emplear en las publicaciones científicas escritas, orales o visuales, ningún dato que permita la identificación del paciente. Cuando no pueda obviar esta posibilidad de identificación, el médico deberá disponer del consentimiento explícito del interesado o de su representante legal.

Importancia del consentimiento informado en Salud Mental

La importancia del consentimiento informado en psicoterapia fue planteada a raíz del litigio en EEUU respecto del llamado caso Osherooff (Grunberg, 1990) (véase página siguiente).

No obstante, los psicólogos clínicos y otros profesionales que practican la psicoterapia no se han mostrado especialmente preocupados a este respecto.

Los beneficios del consentimiento informado en el específico campo de la psicoterapia se dividen en dos grandes categorías:

Caso Osheroff

En 1982, Osheroff, médico de profesión, fue sometido a varios meses de tratamiento en el Chestnut Lofge Hospital por el padecimiento de un cuadro depresivo mayor que se daba en el contexto de un trastorno de personalidad narcisista. El tratamiento al que fue sometido fue psicoterapéutico, concretamente una psicoterapia de corte psicoanalítico. Tras varios meses de terapia, el Dr. Osheroff no mejoró y fue derivado a otro hospital, donde se le prescribió tratamiento medicamentoso con antidepresivos, gracias a los cuales mejoró sustancialmente. Fue entonces cuando Osheroff demandó al Chestnut Lodge Hospital por falta de información sobre las alternativas al tratamiento psicoterapéutico propuesto, alegando que debía haberse informado de que la medicación era una alternativa a la psicoterapia, al no hallar respuesta con esta.

- 1) El empoderamiento de los pacientes en su proceso terapéutico.
- 2) La protección de la información que estos proporcionan en el transcurso de la psicoterapia.

Respecto del *empoderamiento*, se ha demostrado que proveer a los pacientes de información hace que estos se impliquen más activamente en el proceso terapéutico, señalando algunos autores que dicha implicación es aún más importante que las propias técnicas empleadas en el transcurso de la psicoterapia (Beahrs, Butler, Sturges, Drummond y Beahrs, 1992).

No obstante, además de terapéutico, el consentimiento informado también podría conllevar algunos problemas. Téngase en cuenta que es difícil predecir en qué dirección puede evolucionar la terapia y, por tanto, imposible que el consentimiento informado inicial contenga todos los elementos necesarios para garantizar la comprensión adecuada del usuario (Beahrs y Guthiel, 2014). En este sentido, es imposible una presentación inicial exhaustiva de todos los aspectos que van a sucederse en el transcurso de un tratamiento psicológico; de ahí que cobre sentido concebir al consentimiento informado como un proceso dinámico de intercambio de información entre terapeuta y paciente que no cesa en la primera presentación del mismo (Marta y Lowy, 1993). De este modo, el procedimiento de consentimiento se ve fortalecido por la atención y disponibilidad permanentes del terapeuta, quien mediante el diá-

logo activo con el paciente ha de reforzar la autonomía del mismo, enfatizando sus posibilidades de elección o sus preferencias en torno a los procedimientos sanitarios (Martindale, Chambers y Thompson, 2009). En este sentido, Beahrs y Guthiel (2014) consideran que la adherencia rígida del terapeuta al documento escrito de consentimiento informado podría cumplir mejor con los aspectos legales del mismo, pero en cambio sacrificar la relación terapéutica inicial en tanto no se abordaran nuevas preguntas a lo largo del procedimiento de intervención (Sieck, 2012). Es decir, las formas escritas no debieran considerarse un sustituto del consentimiento verbal, que debe actualizarse a lo largo del proceso, esto es, tanto al inicio como en el desarrollo de la intervención.

Younggren y Harris (2008), sin embargo, consideran que muchos problemas relacionados con la confidencialidad podrían evitarse con el adecuado uso del consentimiento informado escrito al inicio de la relación profesional, esclareciendo al usuario cómo será el uso y tratamiento de la información obtenida, así como los límites de la misma, permitiéndoles la aclaración de cualquier duda. Recomiendan a los terapeutas abstenerse cuando se enfrentan a cuestiones controvertibles o dilemáticas en torno a la confidencialidad hasta que estas sean clarificadas, mediante consultas a expertos en cuestiones deontológicas o legales. En cualquier caso, añaden, no debiera aceptarse un consultor legal o deontológico vinculado a los pacientes, ya que podrían no garantizar el interés del psicoterapeuta. Finalmente,

proponen que cuando más de una persona está involucrada en el tratamiento, los profesionales deben aclarar quiénes son los pacientes y quiénes los acompañantes que, si bien pudieran colaborar en el proceso de tratamiento, no serán directamente objeto de la intervención clínica.

Los psicoterapeutas, una vez aclarados los conflictos éticos y los aspectos jurídicos del caso, si han de revelar información esta debe ser la mínima posible, que garantice no obstante el cumplimiento de la solicitud. En este sentido, la relevancia de la información resulta clave (Simon y Shuman, 2007).

Caso Noel

Hombre de 50 años, viudo y con dos hijos, acude a urgencias del Hospital General acompañado de uno de ellos, el cual refiere empeoramiento de su progenitor desde hace aproximadamente 15 o 20 días e informa de diagnóstico previo de Trastorno Afectivo Bipolar Tipo I, así como de seguimiento desde hace años en la Unidad de Salud Mental de referencia.

El paciente fue diagnosticado hace 30 años del referido cuadro afectivo, debutando con un episodio maniaco con síntomas psicóticos, según el informe que aporta el hijo. No obstante, desde entonces tan solo ha tenido dos leves descompensaciones psicopatológicas hipertímicas, todas ellas tras la retirada, en consenso con su psiquiatra, de fármaco eutimizante, por lo que el facultativo volvía a reintroducir el fármaco. Sin embargo, desde hace aproximadamente un mes Noel abandona, esta vez sin acuerdo con su psiquiatra, el tratamiento prescrito, debido a los efectos secundarios del mismo, los cuales se habían acusado en los últimos meses.

El paciente acude a consultas y lo hace sin colaborar con el clínico que lo evalúa y, por supuesto, sin conciencia alguna de enfermedad. Se muestra hiperproséxico, verborreico y con pérdida del hilo conductor del discurso; se objetiva estado de ánimo expansivo, hipertimia grave e ideas delirioideas megalomaniacas, así como insomnio global de dos semanas de evolución. El psiquiatra considera reintroducir fármaco, dada la buena respuesta al mismo, antes de optar por un ingreso de carácter involuntario. Sin embargo, cuando el psiquiatra confronta al paciente con la necesidad de reajuste farmacológico, este se niega, por lo que decide acogerse al artículo 9.3 de la Ley 41/2002 que regula el consentimiento por representación, que en este caso rubrica el hijo de Noel.

Caso Carmen

Elena es psiquiatra y desde unos 10 meses atiende a Carmen por sintomatología ansiosa y depresiva en el contexto de una personalidad de rasgos narcisistas.

Uno de los días en que la psiquiatra acude a su consulta es informada por el personal administrativo de la Unidad que ha llegado al dispositivo un sobre a su nombre procedente del juzgado. Cuando Elena revisa el contenido del sobre, advierte que se trata de una petición judicial de un informe clínico de Carmen. Con diligencia, dado que la psiquiatra conoce su obligación de colaborar con la justicia y de que, por tanto, ha de remitir al juzgado la información que desde él se solicita, redacta el informe oportuno, ocupándose el personal administrativo de remitirlo con celeridad al juzgado.

Pocos días después Carmen acude airada al Centro de Salud Mental, donde, además de poner una hoja de reclamación, informa de que ha interpuesto una denuncia, al parecer admitida a trámite, ante la Comisión de Ética y Deontología de su Colegio Profesional. Ni Elena ni sus compañeros facultativos logran comprender los motivos que la Comisión Deontológica ha considerado, pues al fin y al cabo Elena solo colaboraba con la Justicia.

Preguntas para reflexionar:

1. ¿Cuáles pudieron ser los motivos para que Carmen interpusiera denuncia ante la Comisión Deontológica y para que esta la admitiera a trámite?
2. ¿Deben estar informados los pacientes de los límites de la confidencialidad? ¿Cuándo habría que informar?
3. En otros casos similares al de Carmen, ¿podría deteriorarse la relación profesional clínico-paciente debido a rupturas lícitas de la confidencialidad como la expuesta en el caso? ¿Cómo podría prevenirse?

2. LA MANIFESTACIÓN POR ESCRITO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Como ya hemos comentado, la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente exige el consentimiento informado previo del paciente antes de someterse a cualquier intervención, diagnóstica o terapéutica, y aunque lo más habitual en Salud Mental es proporcionar el consentimiento solo de forma oral, es muy conveniente su registro en la historia clínica del usuario. Pese a no ser obligatorio en todos los casos, cada vez se está extendiendo más la forma escrita del consentimiento informado para actuaciones que no lo requieren según la legislación vigente.

En los casos en los que se presta consentimiento por escrito, es igualmente importante que previamente el clínico proporcione al paciente información suficiente tanto del procedimiento de aplicación de la técnica como de los riesgos, consecuencias más probables y las contraindicaciones más frecuentes relacionadas con la misma.

Respecto al documento de consentimiento informado, *este ha de ser elaborado por el propio servicio sanitario u hospitalario*. Aunque hay muchos modelos posibles, clásicamente se han diferenciado tres apartados (por ejemplo, Beauchamp y Childress, 1999), que diferencian entre el preámbulo o elementos iniciales, el cuerpo o condiciones informativas y, finalmente, la aceptación o elementos de consentimiento:

- a) Preámbulo. Contiene los datos identificativos del paciente que va a ser informado, así como los del facultativo responsable y, en su caso, los testigos o representantes.
- b) Cuerpo. Debe contener información veraz y adecuada en la que, como mínimo, se garantice la comprensión de la naturaleza y la finalidad de la intervención (Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente). Se ha de identificar el procedimiento evaluativo o terapéutico a implementar, los riesgos e incomodidades más frecuentes e importantes (incluido el riesgo de muerte y su incidencia), los procedimientos alternativos y, finalmente, la previsión del curso de la enfermedad en caso de no aceptarse la intervención.
- c) Aceptación. Recoge la conformidad del paciente, tras la decisión libre del usuario, a someterse al procedimiento señalado en el apartado b), así como su rúbrica, la de los testigos o representantes y la del facultativo.

Veamos a continuación algunos modelos de consentimiento informado: el primero de ellos, referido a adolescentes, podría ser adaptado convenientemente para su aplicación en nuestro país; el segundo es el utilizado en el Servicio andaluz de Salud para el tratamiento mediante terapia electroconvulsiva.

Consentimiento informado para adolescentes
(Adaptado de <http://www.centerforethicalpractice.org/Form-AdolescentConsent>)

Datos del profesional:

Objetivos de la psicoterapia:

El objetivo de reunirse con un psicoterapeuta es obtener ayuda para resolver problemas en tu vida que te molestan o incluso te impiden conseguir algunos logros. Puede que estés aquí porque quieras hablar con un psicólogo o médico acerca de estos problemas, o bien puede que estés aquí porque tu padre, madre, médico o maestro tengan algunas inquietudes sobre ti y tengan interés en que consultes. Cuando nos reunamos, discutiremos estos problemas. Te haré preguntas, te escucharé y sugeriré un plan para mejorar tus dificultades. Es importante que te sientas cómodo al hablar conmigo sobre los problemas que te afectan. A veces estos problemas incluirán cosas que no quieres que sepan tus padres o tutores, por lo que mantendremos tus revelaciones en secreto; es decir, la información que proporcionas será confidencial.

Como regla general, la información que compartes conmigo será confidencial, a menos que tenga tu consentimiento para revelarla a quien tú me autorices. Sin embargo, hay importantes excepciones a esta regla que es importante que comprendas antes de compartir información personal conmigo en una sesión de psicoterapia.

En algunas situaciones, la ley o las normas éticas de mi profesión me obligan a revelar alguna información, con independencia de que me hayas dado o no tu permiso. A continuación enumero algunas de estas situaciones:

La confidencialidad puede romperse cuando:

- Me dices que tienes ideas de hacerte daño e incluso de suicidarte y, desde mi criterio, considero que tienes la intención y la capacidad de llevar a cabo esta amenaza en un futuro. En este caso estoy obligado a tomar medidas para informar a tu madre, padre o tutor legal sobre lo que has revelado y respecto a la seriedad con la que me he tomado esa amenaza. Es decir, debo asegurar la protección para no dañarte a ti mismo.
- Me dices que planeas causar un daño grave o la muerte a otra persona que pueda ser identificada, y creo que tienes la intención y la capacidad de llevar a cabo esta amenaza. En esta situación, debo informar a tus padres o tutores y debo informar a la persona a la que deseas dañar.
- Estás haciendo cosas que podrían causarte un daño grave o causarlos a otra u otras personas, incluso si no tienes la intención de lastimarte a ti mismo o a esa otra persona. En estas situaciones, reflexionaré para decidir si es necesario informar a algunos de tus progenitores o tutores legales.
- Me dices que estás siendo abusado (física, sexual o emocionalmente) o que has sido abusado en el pasado. En estos casos debo notificar dichos abusos, según la legislación establece.
- Estás involucrado en un procedimiento judicial y un tribunal solicita información sobre tu seguimiento psicoterapéutico.

Respecto a las entrevistas que mantendré con tus progenitores o tutores legales:

A excepción de situaciones como las mencionadas anteriormente, no le contaré a tus padres o tutores cosas concretas que has compartido conmigo. Esto incluye actividades y comportamientos que tu madre, padre o tutor legal no aprobarían, pero que en ningún caso los pondría en riesgo de

sufrir daños graves e inmediatos. Sin embargo, si tus comportamientos son considerados por mi parte como de riesgo, tendré que reflexionar para decidir si corres un peligro grave e inmediato de sufrir daños y, por tanto, si tengo que revelar información a tus padres o tutores.

Por ejemplo, si me dices que has consumido hachís esporádicamente, podría mantener la confidencialidad con respecto a esa información. Si me dices que consumes a diario y en exceso podría considerar romper la confidencialidad, en tanto podría considerar que estás teniendo un consumo de riesgo.

Información a otras personas adultas próximas a ti:

- Escuela: no compartiré información con tu escuela sin tu permiso y el de tus progenitores o tutores legales. Podría solicitar hablar con alguien de tu escuela para conocer aspectos relacionados con tu comportamiento, habilidades de relación o tu desempeño académico. Si se da la circunstancia en la que no tengo tu permiso, pero tanto tus progenitores como yo entendemos que es muy importante la comunicación con el colegio, utilizaré mi criterio profesional para decidir si debo compartir cualquier información.
- Profesionales sanitarios: a veces es importante que tu médico y yo trabajemos de modo coordinado: por ejemplo, para verificar si sigues la pauta correcta de una medicación. Obtendré tu permiso y el de tus progenitores antes de contactar. Solo compartiré información con tu médico sin tu permiso si haces algo que te pone en riesgo físico.

Cliente de terapia adolescente:

Firmar a continuación indica que has revisado las normas anteriormente expuestas y comprendes los límites de la confidencialidad. En cualquier caso, si tienes alguna duda a medida que avanzamos con la terapia, puedes consultarme en cualquier momento.

Firma del menor:

Fecha:

Tutor:

Marque las casillas y firme a continuación para indicar que acepta respetar la privacidad de su hijo adolescente:

/ / Me abstendré de solicitar información detallada sobre sesiones de terapia individual con mi hijo. Entiendo que recibiré actualizaciones periódicas sobre la evolución o que se me puede requerir para participar en sesiones de terapia, según sea necesario.

/ / Entiendo que se me informará sobre situaciones que podrían poner en riesgo físico o psíquico a mi hijo. Sé que esta decisión de romper la confidencialidad en estas circunstancias depende del criterio profesional del psicoterapeuta.

Firma de madre, padre y/o tutores legales:

Fecha:

Firma del psicoterapeuta:

Fecha:

Consentimiento informado para el tratamiento con terapia electroconvulsiva (Procedimiento de consentimiento del Servicio andaluz de Salud)

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a someterse a la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente. Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

1.1. LO QUE USTED DEBE SABER: EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE.

La terapia a la que usted va a someterse se llama terapia electroconvulsiva (TEC), y es una opción terapéutica adecuada principalmente para depresiones y otros trastornos psiquiátricos resistentes a tratamientos farmacológicos (toma de medicamentos). Es de elevada eficacia y habitualmente su acción es más rápida que otras modalidades como la farmacológica.

Consiste en la aplicación de una corriente eléctrica controlada bajo anestesia. Suelen ser precisas de 6 a 15 sesiones. En términos generales, la seguridad y eficacia de la TEC están muy bien establecidas, siendo los beneficios de su aplicación muy superiores a los posibles inconvenientes, sobre todo en los casos en que hay riesgo inmediato para el paciente si no se trata rápidamente el cuadro clínico que padece.

Cómo se realiza: Se realiza en quirófano bajo anestesia general mediante la aplicación de unos electrodos.

Qué efectos le producirá: Los efectos más frecuentes son una disminución de memoria durante los días en que se está aplicando. Otros efectos menores pueden ser cefaleas (dolores de cabeza) y dolores musculares. Otros riesgos muy infrecuentes son cefalea intensa y los derivados de la anestesia.

En qué le beneficiará: Es de una elevada eficacia, que llega al 80-85 por 100 en ciertos tipos de depresiones. En otro tipo de patología suele haber respuesta cuando las demás medidas fallan.

Otras alternativas disponibles en su caso:

Qué riesgos tiene: Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

- *Los más frecuentes:* Cefalea y dolor muscular. Pérdida de memoria durante la aplicación de la terapia electroconvulsiva.

- *Los más graves:* Cefalea intensa. Los derivados de la anestesia.

- *Los derivados de sus problemas de salud.*

Situaciones especiales que deben ser tenidas en cuenta: Se considera de elección en caso de depresiones graves durante el embarazo y en depresiones en la ancianidad.

Otras informaciones de interés (a considerar por el/la profesional):

Otras cuestiones para las que le pedimos su consentimiento:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfer-

medad que usted padece. No se usarán directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos, se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.

- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o vídeos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso, serán usadas si usted da su autorización. Su identidad siempre será preservada de forma confidencial.

1.2. IMÁGENES EXPLICATIVAS: (En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas, etc., que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.)

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

(En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/ de la representante legal) (En el caso del MENOR DE EDAD, cuando se considere que carece de madurez suficiente, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento y, si tiene más de 12 años, se escuchará su opinión. Si el paciente está emancipado o tiene 16 años cumplidos será él quien otorgue el consentimiento. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los representantes legales también serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la decisión.)

2.1. DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE LEGAL

(si es necesario)

APELLIDOS Y NOMBRE DEL PACIENTE DNI / NIE

APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL DNI / NIE

2.2 PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
--------------------	-------	-------

2.3 CONSENTIMIENTO

Yo, D/Dña _____, manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consciente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

SÍ NO autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud que pudieran surgir en el curso de la intervención.

SÍ NO autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

SÍ NO autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

SÍ NO autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

(NOTA: Márquese con una cruz.)

En _____, a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

2.4. RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN

Yo, D/Dña. _____, no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

En _____, a _____ de _____ de _____

EL/LA PACIENTE Consentimiento/Visto bueno de EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

3. TRATAMIENTOS INVOLUNTARIOS Y MEDIDAS COERCITIVAS EN SALUD MENTAL

3.1. Los ingresos hospitalarios involuntarios

En salud mental, los ingresos hospitalarios de personas adultas pueden ser *involuntarios* o *voluntarios*. Con respecto a los voluntarios, no suelen plantear problemas a los clínicos, fundamentalmente psiquiatras que deciden los ingresos en Unidades de Salud Mental, ya que los pacientes mantienen su capacidad para tomar decisiones, tanto en lo relativo a la aceptación voluntaria del ingreso como de las medidas terapéuticas. Con respecto a los internamientos involuntarios, hay que recordar que en España el internamiento psiquiátrico está regulado por el Código Penal, el Código Civil y la Ley General de Sanidad. Según el artículo 17.1 de la Constitución Española, «toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia

de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos por la ley». Sin embargo, la legislación vigente posibilita, en virtud del artículo 763 de la Ley 1/2000 que más adelante se detalla, la atención médica de personas con trastornos psicopatológicos severos con capacidad mermada para valorar convenientemente su estado de salud y la necesidad de recibir tratamiento, así como las consecuencias que acarrearía el no recibirlo. De este modo, nos encontraríamos ante casos en los que: 1) existe una condición psicopatológica como consecuencia de la cual es preciso el tratamiento, y 2) el paciente no puede tomar una decisión por sí mismo en tanto el trastorno psicopatológico que sufre le imposibilita para aceptar o rechazar de modo conveniente las medidas terapéuticas que se le proponen.

No obstante, la decisión final de internamiento forzoso e involuntario tendría que contemplarse como una medida limitada en el tiempo, que, aunque excepcionalmente necesaria, debe quedar sin efecto nada más desaparecer las

causas psiquiátricas que motivaron el internamiento. Y, en cualquier caso, dado que conlleva la pérdida de libertad para el paciente, los ingresos involuntarios siempre requerirán que los clínicos pongan en conocimiento del juez, garante de los derechos y libertades de las personas, el internamiento (art. 763, LEC) antes de 24 horas de producido el ingreso. Por su parte, el juez deberá personarse para examinar al paciente y en el plazo de 72 horas ratificar o no la medida de internamiento involuntario. Un internamiento que no cumpla los requerimientos expresados podrá dar lugar a un procedimiento de *habeas corpus* o a la depuración de responsabilidades criminales por posible detención ilegal.

Los facultativos tienen la obligación de informar al juez periódicamente sobre la pertinencia de mantener la medida de internamiento, o ingreso hospitalario si se prefiere, como mínimo cada 6 meses, así como siempre que el Tribunal lo solicite, debiendo asimismo poner en conocimiento del juez el alta del paciente.

Entre los ingresos involuntarios, como se comentará más adelante (véase capítulo 6), se encuentran todos los de pacientes con edades inferiores a los 16 años. Por tanto, en todos estos casos se requerirá de autorización judicial, con independencia de que los tutores legales o progenitores de los mismos estén o no de acuerdo con dicho ingreso.

Hay que señalar también que los ingresos voluntarios pueden tornarse en involuntarios si la evolución del paciente así lo requiere.

Los aspectos relativos al internamiento por razón de trastorno psíquico han sido muy debatidos en los últimos años, no solo por parte de los clínicos más «autonomistas», sino también por juristas, jueces y por los propios pacientes y sus familias, así como por la sociedad en general. Entre otras cuestiones se ha planteado que en los internamientos psiquiátricos se incumplirían algunos Derechos Humanos, al privar a los pacientes de visitas, someterles a prácticas de aislamiento sensorial y de contención mecánica o realizar tratamientos psicofarmacológicos involuntarios.

Incluso se habría planteado la inconstitucionalidad de los internamientos involuntarios por

razón de trastorno psíquico, amparándose en la Sentencia 132/2010, de 2 de diciembre de 2010². A este respecto, la sentencia mencionada declara la inconstitucionalidad de algunos aspectos de los párrafos primero y segundo del artículo 763.1 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, que posibilitan la decisión de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.

La libertad se encuadra entre los *derechos fundamentales y libertades públicas* de la Constitución Española (CE). Así, según el artículo 17 CE nadie puede ser privado de libertad, salvo en las formas previstas por la Ley. Ciertamente, el artículo 17 CE está pensado para las privaciones de libertad con trasfondo penal, si bien la restricción de la libertad personal tendría que ser indiferente el trasfondo y atender a los mismos principios. Así pues, en tanto que las garantías que debe ostentar toda medida privativa de libertad han de ser las referidas en el artículo 17 CE, indefectiblemente ante tal circunstancia deberíamos considerar, a su vez, el artículo 81 CE, por la que serían leyes orgánicas las relativas al desarrollo de los derechos fundamentales y de las libertades públicas, así como las que aprueben los Estatutos de Autonomía y el régimen electoral general y las demás previstas en la Constitución. Pero nos encontramos con que la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, es una ley ordinaria, y de ahí la inconstitucionalidad a la que hace referencia la Sentencia 132/2010, de 2 de diciembre de 2010, ya que, en tanto que constitutiva de una privación de libertad, esta medida solo debe regularse mediante ley orgánica.

Sin embargo, el Tribunal aclara que «a esta declaración de inconstitucionalidad no debe anu-

² BOE (2010). Pleno. Sentencia 132/2010, de 2 de diciembre de 2010. Cuestión de inconstitucionalidad 4542-2001. Planteada por el Juzgado de Primera Instancia núm. 8 de A Coruña en relación con los párrafos primero y segundo del artículo 763.1 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de enjuiciamiento civil. Derecho a la libertad personal y reserva de ley orgánica: inconstitucionalidad de la previsión, en ley ordinaria, del internamiento forzoso en establecimiento de salud mental de quienes padezcan trastornos psíquicos. BOE núm. 4, de 5 de enero de 2011, pp. 106 a 112.

darse en este caso la declaración de nulidad, pues esta última crearía un vacío en el ordenamiento jurídico no deseable, máxime no habiéndose cuestionado su contenido material». Añade la Sentencia la posibilidad de no vincular inconstitucionalidad y nulidad, circunstancia tal que habría sido reconocida previamente por la jurisprudencia.

De este modo, «estamos, por consiguiente, en presencia de una vulneración de la Constitución que solo el legislador puede remediar; razón por la que resulta obligado instar al mismo para que, a la mayor brevedad posible, proceda a regular la medida

de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico mediante ley orgánica».

En definitiva, los párrafos 1 y 2 del artículo 763.1 LEC han sido declarados inconstitucionales por defecto de forma, ya que afectan a un derecho fundamental (la libertad personal), de modo que el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico tendría que estar regulado por una ley orgánica. No obstante, la declaración de inconstitucionalidad de tales párrafos no ha de confundirse con su nulidad, ya que el Tribunal Constitucional no los anula, admitiendo que ello supondría un vacío legal.

Artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil respecto de los internamientos no voluntarios por razón de trastorno psíquico

1. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de este al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.

En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la presente Ley.

2. El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.

3. Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oír a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas estas actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley.

En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.

4. En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la ne-

cesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente.

Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior.

Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento.

Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.

3.2. Alimentación forzada en trastornos alimentarios restrictivos

Un trastorno que merece especial atención en salud mental debido a sus importantes repercusiones físicas es la anorexia nerviosa (AN), que se caracteriza, entre otros aspectos, por una restricción voluntaria de la ingesta alimentaria y una distorsión de la imagen corporal que, junto al deseo persistente de adelgazar y/o el temor a engordar, provocan en el paciente una pérdida ponderal significativa. Aunque son diversos los objetivos terapéuticos que habitualmente se plantean los clínicos ante un cuadro de AN, suele ser la realimentación uno de los prioritarios en casos de caquexia o emaciación, dadas las múltiples complicaciones médicas, algunas de ellas muy graves, que pudiera conllevar la restricción severa de la ingesta (alteraciones metabólicas e hidroelectrolíticas, trastornos menstruales, complicaciones cardiovasculares, alteraciones estructurales y funcionales en el cerebro, trastornos endocrinos o retraso en el crecimiento, entre otros). Precisamente porque estas complicaciones son reversibles, la realimentación es una indicación médica prioritaria en estos pacientes. Sin embargo, cuando nos encontramos ante cuadros de desnutrición severa persistentes, en los que además el paciente se niega a ingerir alimentos, o incluso aceptando la realimentación por vía oral esta no es suficiente para lograr la ganancia ponderal que clínicamente se pretende, es necesario considerar la alimentación forzada.

Si bien existe consenso en considerar a la psicoterapia como un tratamiento imprescindible en los trastornos de la conducta alimentaria, podría no tener sentido en pacientes gravemente desnutridos donde el bajo peso puede alterar su capacidad cognitiva, de modo que la alimentación forzada podría ser considerada como un paso previo al establecimiento de un programa psicoterapéutico adecuado con el que restaurar la competencia del paciente. Generalmente, son tres las posiciones sobre la conveniencia de la alimentación forzada en AN (Giordano, 2005):

1. Suponer que la opción más adecuada es el tratamiento coercitivo, al menos en los casos más graves en los que incluso la vida de la persona está comprometida.
2. Considerar que la alimentación forzada puede tener efectos negativos en la recuperación del paciente, pese a que en algunos casos es necesario utilizar tal medida coercitiva con objeto de que el paciente pueda recuperar algo de peso para que, posteriormente, las terapias específicas puedan ser eficaces. Por tanto, la conclusión de estos expertos es que aplicar tratamientos de este tipo solo es clínicamente necesario en algunos casos.
3. Un tercer grupo niega que el tratamiento coercitivo de la AN pueda ser clínicamente apropiado y considera que su aplicación no es realmente una opción; en el mejor de los casos no tiene sentido, y en el peor puede ser contraproducente.

Recientemente, Koutek, Kocourkova y Dudova (2016) hallaron que los comportamientos suicidas eran muy prevalentes en pacientes con trastornos de alimentación, asociándose a sintomatología depresiva y aún más específicamente a la alimentación forzada, el tratamiento farmacológico y el miedo a engordar.

La posición más aceptada y más comúnmente llevada a la práctica es una mezcla de la 1 y 2, es decir, se permite a los médicos tratar a las personas con AN en contra de su voluntad (si no son competentes), pero se restringe la alimentación forzada a los casos severos donde la vida del paciente está en riesgo y por un período limitado de tiempo (Giordano, 2005).

Si esta medida se aplica en el contexto de una hospitalización involuntaria, una vez obtenida la autorización judicial de ingreso no es necesario solicitarla de nuevo, ya que se registrará por lo regulado en el citado artículo 763 de la Ley 1/2000. Según Toro, Castro, Idiáquez y San José (2005), no se precisa la autorización judicial específica para la alimentación por sonda nasogástrica, ya que es un recurso terapéutico aplicado a criterio del médico responsable del caso y enmarcable en el programa de tratamiento nutricional del paciente.

En cualquier caso, es frecuente que la aplicación de medidas de este tipo cuente con la firme oposición del paciente implicado, que, en última instancia, podría incluso suponer que este muriese o se mantuviera con vida, por lo que nos encontraríamos siempre ante un dilema que no cuenta con un único curso de acción. De este modo, en cada caso concreto se deberá poner en marcha un proceso deliberativo que implique la más estricta posible aplicación de los principios y directrices éticas disponibles en armonía con la legislación vigente (para una mayor información y consulta de casos polémicos, véase Del Río, 2014)

3.3. Contención mecánica

La contención mecánica (CM) implica medidas de restricción de movimientos a pacientes en los que, dadas sus condiciones médicas y/o psi-

copatológicas, es conveniente preservar su integridad o la de terceros o, en su caso, asegurar la implementación adecuada de medidas terapéuticas o procedimientos diagnósticos.

Más comúnmente, constituyen situaciones susceptibles de CM aquellas en las que los pacientes presentan cuadros de agitación psicomotriz, así como aquellas en las que exista riesgo de autolesiones y/o de suicidio.

Nos encontramos, al igual que en los casos de realimentación forzada comentados en el apartado anterior, ante un dilema en torno al cual se aconseja la deliberación ética concienzuda que, por supuesto, incluya las directrices contenidas en la legislación actual, sobre todo teniendo en cuenta que se trata de una intervención que, en caso de no aplicarse convenientemente, pudiera atentar contra derechos fundamentales de los pacientes a los que se le aplica la CM.

Siempre que apliquemos, o pensemos aplicar, esta medida coercitiva, se ha de considerar (Comité de Bioética de Aragón, 2014) el conflicto ético que la CM implica entre los cuatro principios de la bioética. Así, la CM implica a los principios de: 1) autonomía, en tanto se limita la libertad del paciente en contra de su voluntad; 2) beneficencia, ya que se pretende la protección al paciente y a su entorno, así como la autoprotección física y legal del personal; 3) no maleficencia, porque no podemos asegurar que su aplicación no produzca daño, dolor ni sufrimiento; finalmente, 4) justicia, desde la óptica de la no discriminación.

No olvidemos tener en cuenta que la CM, como cualquier otra medida coercitiva, pudiera afectar a la relación terapéutica y/o asistencial. Algunos clínicos sostienen la creencia de que, una vez superada la situación crítica que motiva la aplicación de la CM, el paciente admitiría que el uso de tal medida estuvo justificado. Calcedo (2000) llama a esta creencia la «*teoría del gracias a usted*», creencia que este autor desmitifica al aclarar que el propio ingreso involuntario resulta incomprendido por el paciente, probablemente porque los sentimientos de indefensión, humillación, miedo o vergüenza durante la práctica coer-

citiva son intensos y difíciles de procesar y de manejar por parte de los pacientes (Bergk, Einsiedler, Flammer y Steinert, 2011).

Así pues, el proceso reflexivo debería incluir en todos los casos, excepto en aquellos en los que la CM tuviese que ser aplicada de forma urgente debido al riesgo para la salud del paciente o de terceros, aspectos relacionados con: 1) capacidad o incapacidad del paciente a quien va a aplicarse la medida, 2) proporcionalidad de la medida y 3) valoración del posible daño a evitar.

Por supuesto, la CM debe realizarse con instrumentos homologados que garanticen la salvaguarda de la integridad física, psicológica y moral de la persona sometida a contención. En cuanto a su aplicación, esta ha de ser siempre lo más breve posible, especificándose siempre la duración de la misma.

¿Cuáles son las situaciones ante las que el clínico, frecuentemente facultativo psiquiatra, pudiera encontrarse? (Servicio andaluz de Salud-SAS, 2005):

1. Paciente que ingresa voluntariamente y presenta una agitación que precisa CM breve ($\leq 2h$). En el plazo de 24 horas se valorará la pertinencia de modificar o no el estatus legal del carácter del ingreso.
2. Paciente que ingresa voluntariamente y precisa CM de más de 2h: precisa cambio de estatus legal a ingreso involuntario.
3. Paciente que ingresa voluntariamente y pide la contención mecánica ante el fracaso de otras medidas de contención. No precisa cambio de estatus legal, pero la

persona atendida debe firmar un documento de CM voluntaria.

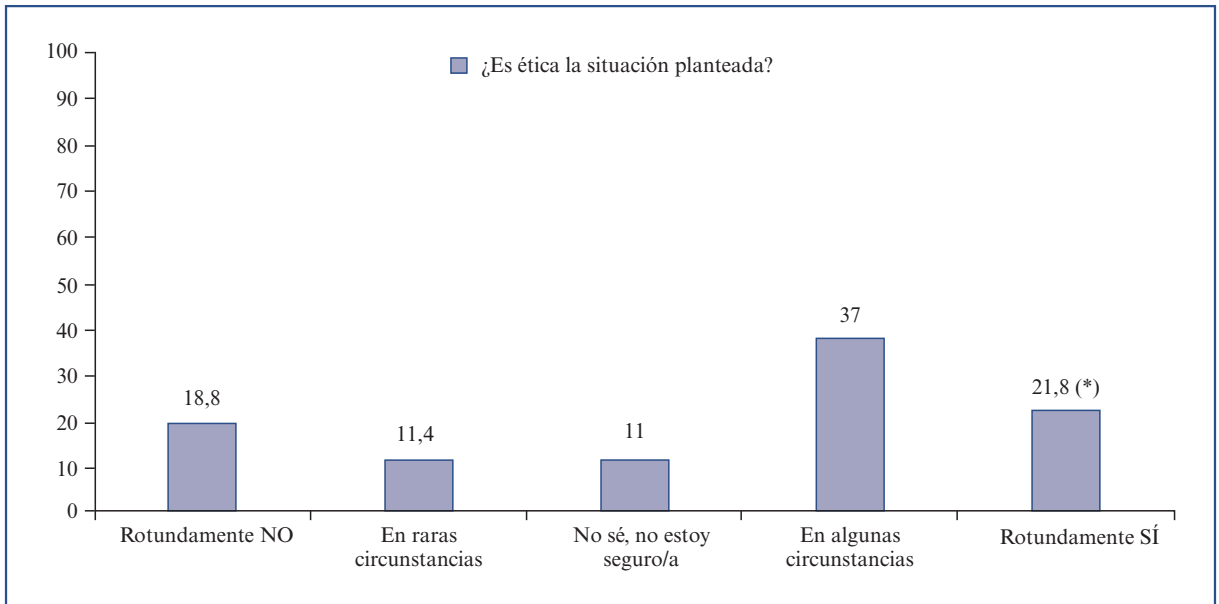
En caso de cambio de estatus legal, se hará notificación al juzgado correspondiente, en un plazo de 24 horas, informándose inmediatamente de dicho cambio a la persona afectada, familiar o acompañante. La autorización de la medida excepcional y urgente de contención mecánica debe ser comunicada al paciente, adaptándonos a sus posibilidades de comprensión. También se debe informar a las personas que están vinculadas a ella por razones familiares o de hecho y que se encuentren acompañándola (arts. 5.1 y 5.2, Ley 41/2002). La información debe darse con carácter previo a la contención, durante su mantenimiento y posteriormente, y ha de quedar constancia en la historia clínica de las circunstancias que han motivado tanto la adopción de la medida como su mantenimiento en el tiempo (SAS, 2005).

Veamos a continuación algunos de los resultados que obtuvimos en el ya citado trabajo de Pastor (2017) en torno a la valoración deontológica y la incidencia respecto de algunas situaciones de la práctica profesional, llevado a cabo con 308 facultativos y residentes del sistema sanitario público (véanse situaciones 1 y 2).

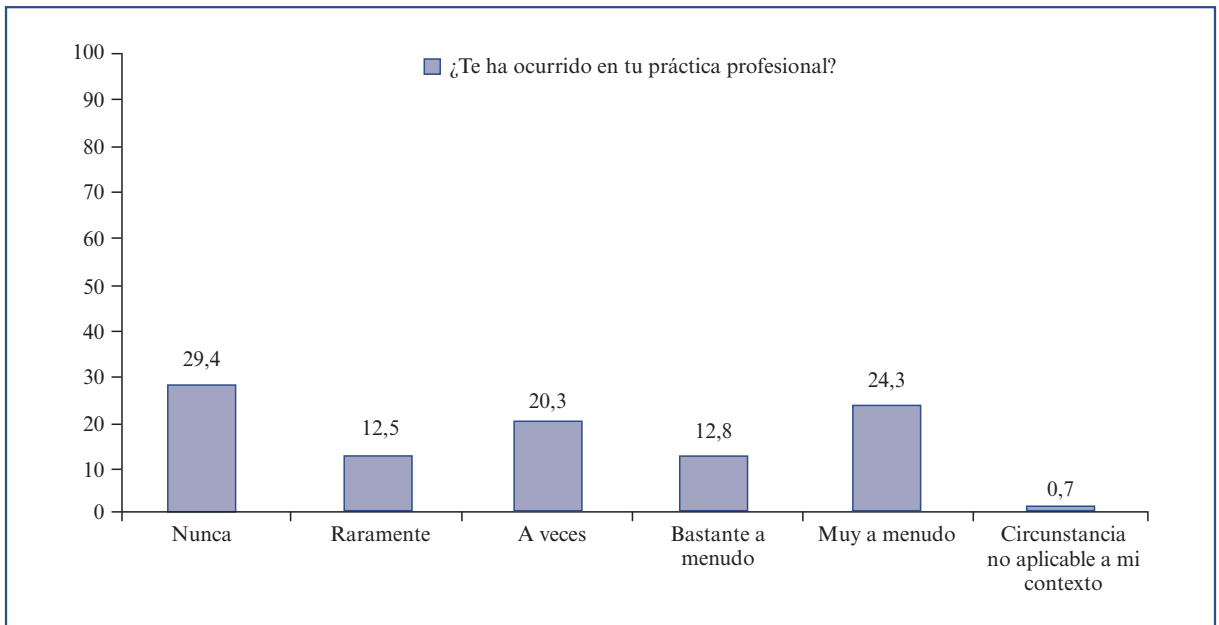
Observamos que los profesionales tienen dificultades para valorar convenientemente la prestación oral del consentimiento informado, pese a ser la presentación del mismo más frecuente en salud mental; sí parecen valorar adecuadamente que el hecho de que un paciente tenga un diagnóstico de trastorno mental grave no le incapacita *per se* para otorgar consentimiento informado.

SITUACIÓN 1

Proporcionar al paciente consentimiento informado solo de forma oral

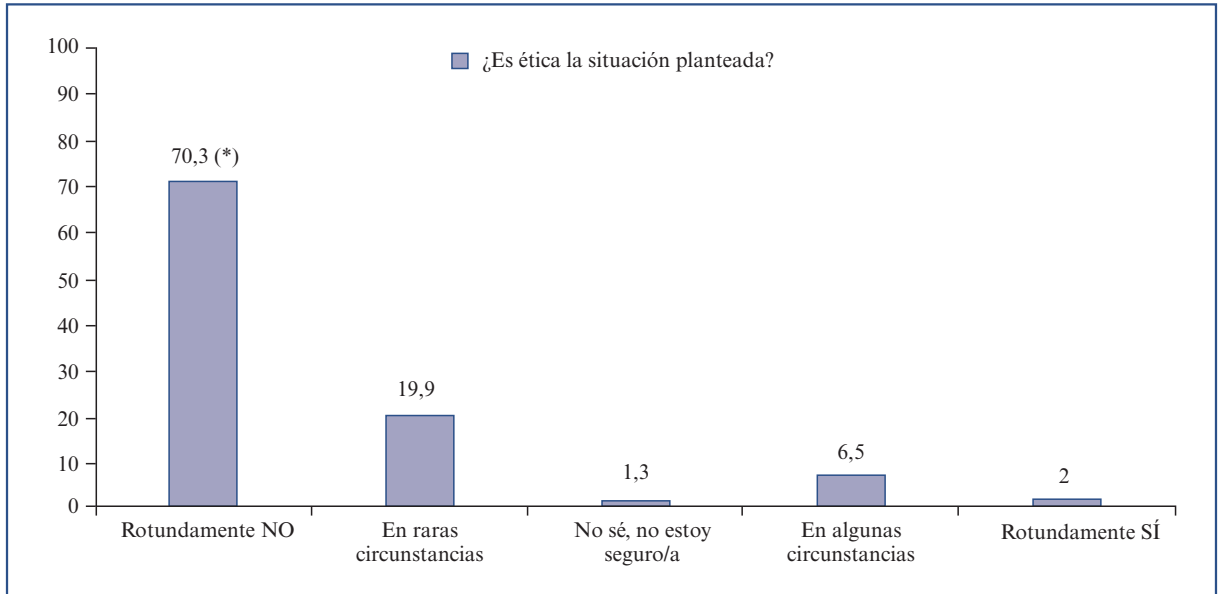


Nota: El símbolo (*) indica la dirección de respuesta más ajustada a las normas éticas.

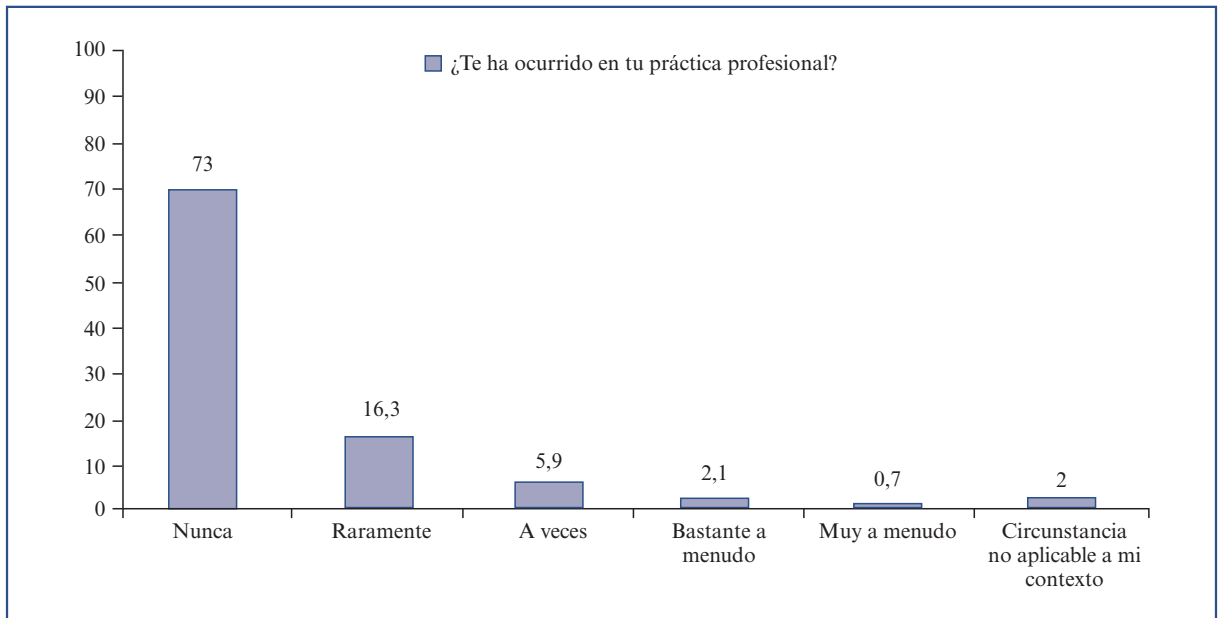


SITUACIÓN 2

No obtener consentimiento informado por parte de un paciente por el hecho de tener un trastorno mental grave



Nota: El símbolo (*) indica la dirección de respuesta más ajustada a las normas éticas.



Confidencialidad y consentimiento informado en salud mental infanto-juvenil

6

En el ámbito de la salud mental infantil, respecto de la confidencialidad y el consentimiento informado, son también numerosos los estudios que se han llevado a cabo (Duncan, Hall y Knowles, 2015; Duncan, Williams y Knowles, 2012; Rae, Sullivan, Razo, George y Ramírez, 2002, entre otros).

El marco jurídico de protección a la infancia ha sufrido una importante evolución desde principios del siglo XX, fecha en la que la edad penal en España era de nueve años. La Convención de Derechos del Niño de Naciones Unidas de 20 de noviembre de 1989, ratificada por España el 30 de noviembre de 1990, la Ley Orgánica de protección jurídica del menor 1/1996 y, más recientemente, la Ley 26/2015 de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, han venido a amparar y a sostener las bases del desarrollo jurídico en torno a la protección de los menores.

La referida Convención de Derechos del Niño de Naciones Unidas, de 20 de noviembre de 1989, establece, en su artículo doce, que: «los Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de conformarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente, en todos los asuntos que le afecten, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño». Por primera vez, esta disposición marcaría un punto de inflexión en la apreciación clínico-legal respecto de las capacidades, derechos y responsabilidad de los niños y niñas.

Por su parte, en 1992 el Parlamento Europeo aprobó la Carta Europea de los Derechos del

Niño, haciéndose referencia en varios apartados a aspectos referidos a la salud de los menores.

La Ley del Menor reconoce la plena titularidad de los derechos en los menores de edad y su capacidad progresiva para ejercerlos. Fue en la Ley 41/2002 de autonomía del paciente donde se hizo referencia al concepto de mayoría de edad sanitaria, situándose esta en los 16 años para la toma de decisiones que afectan a la salud, salvo que nos encontremos ante actuaciones consideradas de grave riesgo para la vida o la salud del menor, en cuyo caso, y según el criterio del facultativo, tal y como se determina en la Ley 26/2015, el consentimiento lo ha de prestar el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo.

La intervención con menores se torna más compleja con respecto a la de los adultos para respetar los estándares éticos (Ware y Dillman, 2014), y añade matices adicionales en torno a la obtención del consentimiento y el debido uso de la información recabada en el transcurso de una evaluación o tratamiento psicoterapéutico, dada la implicación de múltiples profesionales y la, a priori, incapacidad de los menores para otorgar consentimiento. De esta incapacidad inicial se desprenden algunos otros conflictos o dilemas adicionales, sobre todo en los casos de menores cuyos progenitores están divorciados y mantienen una relación conflictiva o inexistente, así como otros derivados de escenarios en los que el clínico ha de resolver si el menor cuenta o no con la capacidad suficiente para decidir en torno a su salud.

1. LA IMPLICACIÓN DE MÚLTIPLES PROFESIONALES

Niños y adolescentes se presentan ante el clínico, además de con trastornos psicopatológicos, con enfermedades somáticas, dificultades en el aprendizaje, fracaso escolar, disfunción familiar y otros factores de riesgo psicosocial (Mitchell, 2011). Tales problemas demandan actuaciones de coordinación intersectorial que implican no solo al sistema sanitario, sino también a profesionales del sistema educativo, de los servicios sociales o de la judicatura. Desde esta perspectiva, el abordaje con el menor requiere de un destacado e ineludible compromiso con el uso de la información obtenida en el transcurso de la relación profesional (artículos 41 y 43 del Código Deontológico del Psicólogo de 1987, 2010, 2014) y de los correspondientes contactos de coordinación.

La divulgación de la información a terceros constituye una amenaza significativa para la confidencialidad (Recupero, 2008), divulgación que a veces puede ser incluso involuntaria, por lo que los datos contenidos en la historia clínica, sobre todo cuando esta sea digital, debieran restringirse únicamente a los detalles relevantes del menor, eliminando el material sensible de otros miembros de la familia, circunstancia esta que en el ámbito público no siempre es posible, debido a las características de los programas informáticos utilizados.

2. LA INCAPACIDAD DEL MENOR VERSUS «MENOR MADURO»

Los profesionales de la salud mental, tanto en sus actuaciones investigadoras como clínicas, deben obtener el consentimiento informado de los pacientes (Beauchamp y Childress, 2009). Para ello, el ejercicio de la autonomía de los mismos se considera un principio fundamental en el proceso de toma de decisiones en torno a su salud. El deber del psicólogo clínico y del psiquiatra para con el paciente es el de obtener su consentimiento, respetando sus decisiones autónomas y asegurando que estas sean ejercidas de modo consciente, vo-

luntario y libre (Ley 41/2002, Beauchamp y Childress, 2009). En este sentido, el enfoque paternalista ha constituido un error clásico en la atención al paciente, considerándose inmaduro o incapaz a todo el que tenía un sistema de valores distinto al del clínico, primándose así el principio de beneficencia al de autonomía (Gracia y Judez, 2004).

Cuando nos encontramos ante una persona menor de edad es posible que estemos ante un paciente sin la madurez suficiente para decidir y, por tanto, en una situación de *incapacidad debida a su edad*. En estos casos, se ha de prestar el correspondiente «consentimiento por representación» (Ley 41/2002 de autonomía del paciente), debiendo el profesional de la salud mental informar debidamente a sus progenitores o tutores antes de iniciar la intervención pertinente, tal como se recoge en el artículo 25 del Código Deontológico del Psicólogo (1987, 2010, 2014).

Generalmente, por debajo de los 16 años se presume al menor incapaz para prestar consentimiento, por lo que, para aceptar la decisión del menor sin la participación de sus representantes legales, el profesional de la salud mental debe demostrar que posee la capacidad o competencia necesarias para tomar esa decisión concreta. Así, se concibe a la competencia para la toma de decisiones como aquella aptitud de una persona para comprender la situación a la que se enfrenta, así como las posibles alternativas de actuación y las consecuencias previsibles de cada una (Gracia y Judez, 2004). Si estuviese en posesión de dicha capacidad, no sería necesario contar con el consentimiento de sus progenitores o representantes legales. Para ello se requiere que el menor sea considerado apto para comprender la situación a la que se enfrenta, las alternativas posibles de actuación y las consecuencias previsibles de cada una de ellas. Así pues, si el menor tiene más de 16 años o está emancipado, el consentimiento lo dará él mismo, en tanto no cabe consentimiento por representación salvo en intervenciones clínicas de grave riesgo que requieran una atención clínica inaplazable, en cuyo caso decidirán los padres o representantes legales una vez oída y tenida en cuenta la opinión del menor. Por debajo de los 16

años el facultativo podría considerar la progresiva madurez del menor para que pudiera tomar por sí mismo algunas decisiones sanitarias, circunstancia no siempre exenta de controversia, especialmente desde los cambios producidos en el artículo 9 de la Ley de Autonomía del Paciente para su adaptación a la Ley 26/2015, de modificación

del sistema de protección a la infancia y adolescencia. En cualquier caso, por debajo de los 16 años, aunque el consentimiento lo otorguen los padres o representantes legales, si los menores tuviesen suficiente madurez deberán ser oídos siempre antes de adoptar decisiones que les afecten (según el artículo 154 del Código Civil).

Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia

Artículo segundo. Modificación del código Civil.

Ocho. Se modifica el artículo 154 del Código Civil, que queda redactado como sigue:

«Artículo 154.

Los hijos no emancipados están bajo la patria potestad de los progenitores.

La patria potestad, como responsabilidad parental, se ejercerá siempre en interés de los hijos, de acuerdo con su personalidad, y con respeto a sus derechos, su integridad física y mental.

Esta función comprende los siguientes deberes y facultades:

- 1.º Velar por ellos, tenerlos en su compañía, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral.
- 2.º Representarlos y administrar sus bienes.

Si los hijos tuvieren suficiente madurez, deberán ser oídos siempre antes de adoptar decisiones que les afecten.

Los progenitores podrán, en el ejercicio de su función, recabar el auxilio de la autoridad.»

La Psicología Evolutiva, y más concretamente las teorías del desarrollo moral (Piaget, 1932; Kohlberg, 1963), han arrojado luz a este respecto, al establecer que en torno a los 12 años los adolescentes empiezan a pensar en abstracto y a establecer hipótesis y razonamientos formales, a reflexionar respecto de diferentes aspectos de la realidad y a considerar las posibles consecuencias futuras. Parece existir un cierto consenso respecto a que el desarrollo moral de los jóvenes podría alcanzar su madurez en torno a los 13-15 años y, casi con seguridad, en torno a los 16-18 años (Kohlberg, 1992). Investigaciones más recientes

(Steinberg, 2013) determinan que los adolescentes de 15 años o mayores son tan maduros como los adultos cuando no están estresados ni bajo la influencia de los iguales, condiciones que normalmente caracterizan a la toma de decisiones médicas.

Nuestro ordenamiento jurídico reconoce la plena titularidad de los derechos de los menores de edad y su capacidad para ejercerlos según su grado de madurez (Ley 41/2002). La *doctrina del menor maduro* concede el ejercicio paulatino de estos derechos siempre que el menor se halle capacitado, a tenor del juicio que el clínico realiza.

Recuerda que...

El concepto de menor maduro se refiere a las personas que, siendo menores de edad desde el punto de vista legal (la mayoría de edad sanitaria se adquiere a los 16 años), tienen capacidad suficiente para participar en la toma de decisiones que afecten a su salud.

No obstante, en los casos en los que no se requiera del consentimiento del menor, por no tener la madurez necesaria o no haber alcanzado la mayoría de edad sanitaria, se procurará igualmente contar con el *asentimiento* del mismo para mantener el principio de autodeterminación y lograr la colaboración clínico-paciente. En este sentido, el asentimiento es de gran importancia en psicoterapia, tratamiento donde se precisa de la colaboración con los pacientes. En el caso de los menores con edades inferiores a los 16 años sería importante lograr el asentimiento y la colaboración en el proceso psicoterapéutico; en los mayores de 16 años, por su parte, sería bueno promover la implicación de los progenitores en el proceso terapéutico, aunque no sea necesario contar con su consentimiento desde el punto de vista legal.

3. MENORES CUYOS PROGENITORES ESTÁN DIVORCIADOS

El consentimiento por representación adquiere tintes singulares cuando nos referimos a menores cuyos progenitores están divorciados o en proceso de divorcio y entre ellos no existe una relación armónica, sino desacuerdos frecuentes en todos los aspectos relacionados con los hijos e hijas comunes o bien alguno de los progenitores está «ausente», sin ocuparse o prestar atención a sus hijos. Es, por tanto, frecuente que los progenitores difieran en sus puntos de vista en torno a la necesidad del tratamiento, la elección del profesional o las metas del mismo (Shumaker y Medoff, 2013). Estos autores proponen y desarrollan árboles de decisión en torno a esta circunstancia.

Recuerda que...

Salvo privación (por sentencia judicial) o extinción (por muerte de los progenitores o emancipación de los hijos), la patria potestad suele ser ejercida por ambos progenitores. La **patria potestad** son todos los derechos y deberes de los padres y de las madres en relación con sus hijos e hijas menores de edad no emancipados, y la **guarda y custodia** es el cuidado cotidiano de los menores.

Con relación a este aspecto, es importante la diferenciación entre *patria potestad* y *guarda y custodia*. Si la primera es generalmente ejercida por ambos progenitores (artículo 156 del Código Civil), la custodia suele ser ostentada generalmente por uno solo de ellos de forma de exclusiva o compartida (*Guarda y custodia compartida*).

Dado que el ejercicio de la *patria potestad* suele ser conjunto, ambos progenitores ostentan el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones en torno a la salud de sus hijos e hijas. No serán necesarios los acuerdos explícitos entre ambos ni la toma de decisión conjunta en *temas ordinarios o de urgente necesidad*, ejerciéndose la patria

potestad por uno solo de los progenitores, del cual se considera que ejerce la misma en beneficio del menor (artículo 154 del Código Civil). Es decir, el progenitor que en ese momento se encuentre en compañía de los hijos (custodio o no) podrá adoptar decisiones respecto al mismo sin previa consulta en los casos en los que exista una situación de urgencia o en aquellas decisiones diarias, poco trascendentes o rutinarias que en el normal transcurrir de la vida con un menor pueden producirse.

Sin embargo, *las evaluaciones e intervenciones en salud mental son consideradas como no ordinarias* por la jurisprudencia, en tanto afectan notablemente al desarrollo del menor. Por tanto, se

requerirá siempre del consentimiento de ambos titulares de la patria potestad antes de iniciar la intervención psicológica o psiquiátrica.

Si bien se asume que cada uno de los progenitores actúa en el ejercicio ordinario de la patria potestad con el consentimiento del otro (artículo 156 del Código Civil), esta asunción desaparece cuando al clínico le consta que no tiene el consentimiento del progenitor no demandante de la intervención psicológica, circunstancia que ocurre habitualmente en los casos de divorcio donde los progenitores mantienen una relación conflictiva judicializada. Requerirá entonces, antes de dicha intervención, del consentimiento de ambos progenitores, salvo en aquellos casos en los que, debido a una urgencia clínica, se advierta la necesidad de una intervención inaplazable (Ley 41/2002), sin que esto implique que, en cuanto sea posible, se recabe el consen-

timiento por parte del progenitor ausente. Es decir, cuando al clínico de salud mental le consta que la situación del menor es urgente y no permite demora alguna (por ejemplo, cuadros psicopatológicos gravemente descompensados o ideación activa de muerte en la que se valora incapacidad de supervisión y de contención de los adultos convivientes con el menor), tendrá que actuar conforme a *lex artis*, buscando el interés del menor aun en contra de la opinión de uno o de los dos progenitores.

Por tanto, por lo general *el consentimiento ha de ser otorgado por los representantes legales*, quienes, según el artículo 156 del Código Civil, son los titulares de la patria potestad. Además, ambos deben estar implicados en el proceso terapéutico y ser conocedores de los resultados derivados de la evaluación y/o el tratamiento mediante la información verbal pertinente y los informes clínicos oportunos.

Recuerda que...

Las decisiones diarias, habituales, ordinarias y rutinarias se han de adoptar por el que ejerce la guarda; en cambio, aquellas que son trascendentes y afectan notablemente al desarrollo del menor exigen la decisión conjunta. Los primeros entrarían dentro de las facultades de la guarda y custodia, y los segundos dentro de la patria potestad (SAP Sevilla de 26 de noviembre de 2006).

La asistencia médica y/o psicológica, tanto para la elección del profesional como para la intervención, salvo circunstancias urgentes, precisan del consentimiento de ambos progenitores (SAP Barcelona de 15 de julio de 2004).

Tras informar a los progenitores, si no se obtuviera el consentimiento oportuno por parte de ambos, se debe suspender la intervención hasta que no se cuente con el adecuado consentimiento o con la autorización judicial pertinente. El juez, tras oír a ambos titulares de la patria potestad y al menor si tuviera más de 12 años, podrá autorizar la intervención psicológica sin el consentimiento del progenitor discrepante. Si los desacuerdos fueran reiterados o concurriera cualquier otra causa que entorpeciera gravemente el ejercicio de la patria potestad, el juez podría atribuir la capacidad de decisión habitual a uno de los padres o distribuir entre ellos sus funciones (artículo 156 del Código Civil).

Dicho lo anterior, comentar que no es infrecuente que, cuando informamos al progenitor

demandante de la intervención, que generalmente es el custodio, acerca de la necesidad de obtener el consentimiento del no demandante, el primero nos informe de que no dispone de ningún dato para localizar o contactar con el padre/madre no conocedor de la asistencia del menor a Salud Mental. En estos casos sería conveniente disponer de un documento en el que el progenitor demandante declarase bajo juramento no disponer de dichos datos que el clínico le reclama y adquiriera el compromiso de aportarlos en cuanto fuese conocedor/a de ellos. Este documento debe incorporarse a la historia clínica.

En aras de clarificar los pasos a dar, ofrecemos un árbol de decisión que da respuesta a las preguntas antes formuladas (véase figura 6.1).

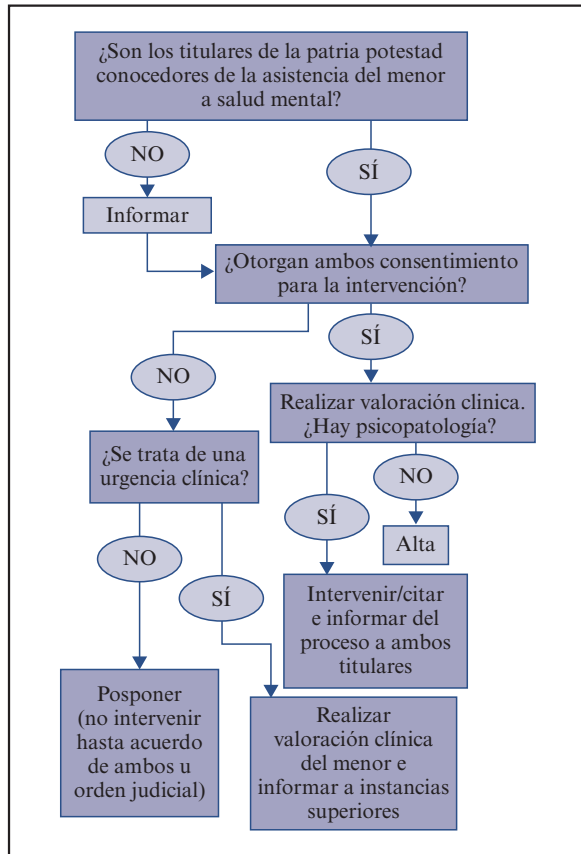


Figura 6.1.—Árbol de decisión.

Por consiguiente, ante un menor cuyos progenitores estén divorciados, hemos de realizarnos las preguntas siguientes:

1. ¿Qué progenitor acude a la consulta de Salud Mental? (custodio, no custodio)
2. ¿Conserva el otro progenitor la patria potestad? ¿Aporta el progenitor demandante de la intervención documentación respecto a quién o quiénes ostentan la misma?¹

¹ Recuérdese que no basta con que el progenitor demandante nos informe de que el otro no ostenta la patria potestad. A veces, no están familiarizados ni son conocedores de la diferencia entre estos dos términos. De este modo, es pre-

3. ¿Son los titulares de la patria potestad conocedores de la asistencia del menor a Salud Mental? ¿Otorgan ambos consentimiento para la evaluación y la intervención?²
4. ¿Se trata de una urgencia clínica inaplazable?

Tanto el CDP (1987, 2010, 2014) como el CDM (2011) resultan muy poco clarificadores en lo que atañe a los menores, y muy especialmente a aquellos cuyos progenitores están divorciados. En las páginas siguientes detallaremos el articulado que regula las actuaciones profesionales con menores.

Al cierre de esta edición hemos tenido conocimiento de que el pasado 3 de agosto se ha aprobado el Real Decreto-ley 9/2018³, de medidas urgentes para el desarrollo del Pacto de Estado contra la violencia de género, que incluye una modificación en el artículo 156 del Código Civil para dar cumplimiento a la medida 148 del Informe de la Subcomisión del Congreso que propone desvincular la intervención psicológica con menores expuestos a violencia de género del ejercicio de la patria potestad. En concreto, la reforma tiene como objetivo que la atención y asistencia psicológica quede fuera del catálogo de actos que requieren una decisión común en el ejercicio de la patria potestad, cuando cualquiera de los progenitores esté incurso en un proceso penal iniciado por atentar contra la vida, la integridad física, la libertad, la integridad moral o la libertad e indemnidad sexual del otro progenitor o de los hijos e hijas de ambos.

Consecuentemente, se modifica el artículo 156 del Código Civil, añadiéndose un nuevo párrafo segundo con la siguiente redacción:

ciso que nos aporten documentación, generalmente la sentencia de divorcio, respecto de esta circunstancia.

² Informar y obtener consentimiento es una tarea del clínico que no puede ni debe delegarse en el progenitor demandante, pues es posible que este no transmita debidamente la información al otro progenitor ni nos clarifique suficientemente el consentimiento del mismo. Por tanto, el riesgo de mala praxis en estos casos pudiera estar acentuado.

³ Publicado en BOE núm. 188 de 4 de agosto de 2018 (en vigor desde el 5 de agosto de 2018).

«Dictada una sentencia condenatoria y mientras no se extinga la responsabilidad penal o iniciado un procedimiento penal contra uno de los progenitores por atentar contra la vida, la integridad física, la libertad, la integridad moral o la libertad e indemnidad sexual de los hijos o hijas comunes menores de edad, o por atentar contra el otro progenitor, bastará el consentimiento de este para la atención y asistencia psicológica de los hijos e hijas menores de edad, debiendo el primero ser informado previamente. Si la asistencia hubiera de prestarse a los hijos e hijas mayores de dieciséis años se precisará en todo caso el consentimiento expreso de estos.»

Evidentemente, debemos estar atentos al desarrollo de esta nueva norma, ya que es de enorme interés para profesionales de la psicología clínica

y psiquiatría. La nueva redacción se refiere a «atención y asistencia psicológica de los hijos e hijas menores de edad», por lo que suponemos que incluye todo el catálogo de prestaciones psicológicas, incluyendo la emisión de informes psicológicos relativos a dichos menores.

Al igual que en los capítulos precedentes, hacemos nuevamente referencia al estudio de Pastor (2017) en el que 308 profesionales del sistema sanitario público (psicólogos clínicos, psiquiatras, PIR y MIR) contestaron al cuestionario que contenía 61 situaciones que podían suceder en la práctica profesional sobre las que debían realizar una valoración ética de la misma, así como referir su incidencia o frecuencia en la práctica profesional (véase Situación 1).

Caso Lola

Lola tiene 39 años, está casada con Manuel desde hace tres y se dedica al cuidado de los hijos e hijas que este aportó al matrimonio de una relación anterior, los cuales tienen 7, 5 y 4 años, llaman mamá a Lola y, si bien mantienen trato habitual con su madre biológica, nunca pernoctan en el domicilio de esta.

Los tres hijos de Manuel acuden a Salud Mental tras ser derivados por su pediatra por alteraciones emocionales, retraso en el aprendizaje, déficit de atención y, en dos de los tres casos, enuresis. Lo hacen acompañados de Lola, la esposa de su padre, siendo este conocedor de la asistencia de los chicos a Salud Mental, pero no su progenitora no custodia, la cual padece una enfermedad mental grave pero no está legalmente incapacitada y, además, ostenta la patria potestad.

Pese a que el psicólogo clínico que atiende a los chicos advierte esta circunstancia, accede a explorar a los mismos durante varias consultas, realiza historia clínica completa, administra varias pruebas psicométricas e incluso indaga acerca de los antecedentes familiares de salud por parte materna, datos que Lola proporciona, hasta donde su conocimiento alcanza, al clínico.

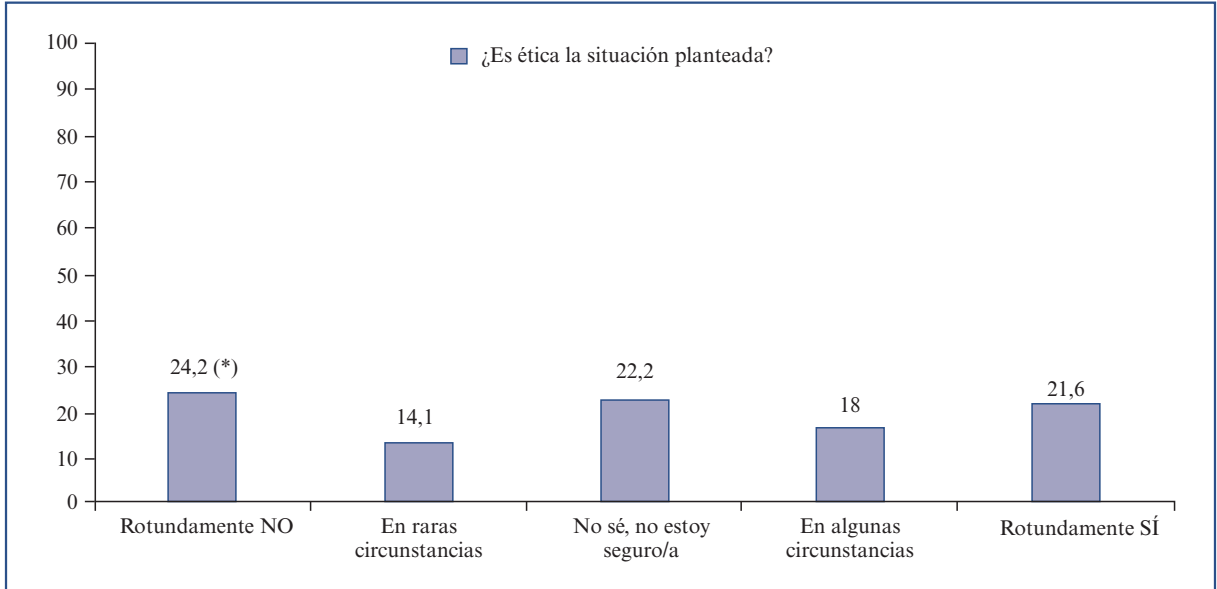
Meses más tarde, acude la madre biológica de los chicos airada por no haber sido informada de la asistencia de sus hijos. El psicólogo clínico, no demasiado familiarizado con estos conceptos elementales, se muestra tranquilo y confiado del procedimiento seguido e informa a la madre de que, dado que ella no tenía la custodia de los chicos, consideró que lo más sensato era atenderlos. La madre de los chicos, insatisfecha con la explicación del profesional, interpone denuncia en la Comisión de Ética y deontología del correspondiente colegio profesional.

Preguntas para reflexionar:

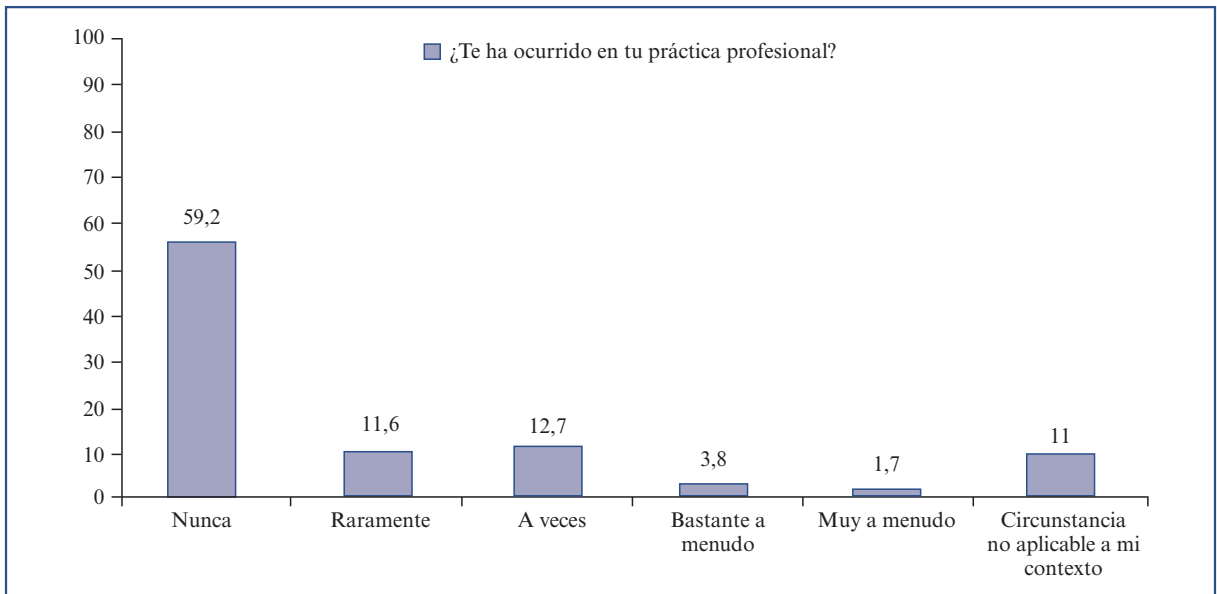
1. ¿Quién era el progenitor custodio?
2. ¿Eran ambos titulares de la patria potestad conocedores de la asistencia de los menores a Salud Mental?
3. ¿Puede un profesional negarse a informar a un progenitor de la asistencia de sus hijos menores a Salud Mental por el hecho de que este profesional tenga un trastorno mental grave?
4. ¿Crees que merece reproche deontológico la actuación del profesional? ¿Qué te parece el modo de obtener información respecto de la salud de familiares de la madre biológica?

SITUACIÓN 1

En el caso de un niño de 11 años, hijo de progenitores divorciados y teniendo la custodia solo el progenitor demandante, emitir informe clínico del mismo a petición del progenitor demandante de la intervención sin el consentimiento del otro progenitor



Nota: El símbolo (*) indica la dirección de respuesta más ajustada a las normas éticas.



CDP (1987, 2010, 2014)**Artículo 25**

Al hacerse cargo de una intervención sobre personas, grupos, instituciones o comunidades, el/la psicólogo/a ofrecerá la información adecuada sobre las características esenciales de la relación establecida, los problemas que está abordando, los objetivos que se propone y el método utilizado. En caso de menores de edad o legalmente incapacitados³, se hará saber a sus padres o tutores. En cualquier caso, se evitará la manipulación de las personas y se tenderá hacia el logro de su desarrollo y autonomía.

CDM (2011)**Artículo 13**

1. Cuando el médico trate a pacientes incapacitados legalmente o que no estén en condiciones de comprender la información, decidir o dar un consentimiento válido, deberá informar a su representante legal o a las personas vinculadas por razones familiares o de hecho.

2. El médico deberá ser especialmente cuidadoso para que estos pacientes participen en el proceso asistencial en la medida que su capacidad se lo permita.

3. El médico tomará las decisiones que considere adecuadas cuando se dé una situación de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente y no sea posible conseguir su consentimiento.

4. El médico debe fomentar y promover la atención integral a los problemas de salud mental, evitando estigmatizar al paciente psiquiátrico y la institucionalización permanente como medida terapéutica.

Artículo 14

1. El mayor de 16 años se considera capacitado para tomar decisiones sobre actuaciones asistenciales ordinarias.

2. La opinión del menor de 16 años será más o menos determinante según su edad y grado de madurez; esta valoración supone para el médico una responsabilidad ética.

3. En los casos de actuaciones con grave riesgo para la salud del menor de 16 años, el médico tiene obligación de informar siempre a los padres y obtener su consentimiento. Entre los 16 y 18 años los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta⁴.

4. Cuando los representantes legales tomen una decisión que, a criterio del médico, sea contraria a los intereses del representado, el médico solicitará la intervención judicial.

⁴ Téngase en cuenta que la redacción de este artículo del CDP es de 1987, anterior a la Ley de autonomía del paciente, por lo que no recoge lo dispuesto en dicha norma sobre «el consentimiento por representación», de obligado cumplimiento para todos los profesionales sanitarios.

⁵ Téngase en cuenta que la redacción del CDM es anterior a la Ley 26/2015, que, mediante la disposición final se-

gunda, modifica la Ley 41/2002 de autonomía del paciente. De este modo, en la redacción actual, cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tomada en cuenta la opinión del mismo.

Observamos que los profesionales tienen serias dificultades para hacer una valoración deontológica ajustada a las normas éticas y legales vigentes. Podríamos así decir que la petición de informes clínicos por parte de progenitores que están divorciados, especialmente si van a ser presentados en el ámbito judicial, constituye una situación no solo de riesgo de mala praxis, sino que han sido frecuentemente denunciadas ante las Comisiones de Ética y Deontología (véanse situación 1 y gráficos de este capítulo).

Obviamente, si la intervención ha sido solicitada o al menos autorizada por ambos progenitores, se entiende que cualquiera de ellos podría solicitar un informe clínico del menor. Una vez realizado dicho informe, cuyo contenido debe centrarse únicamente en los aspectos clínicos relacionados con la evaluación y la intervención que se haya llevado a cabo con el menor, el profesional debe entregar copia a ambos (recordar que las intervenciones en salud mental no son «de parte»). En estos casos, el problema suele plantearse cuando uno de los dos presenta ese informe clínico en el juzgado y/o solicita la presencia del profesional como testigo-perito sin el acuerdo del otro. Una estrategia para evitar ese tipo de problemas es que los profesionales que intervienen con menores dejen bien claro, en el proceso de obtención del consentimiento informado, que la colaboración **del padre y de la madre** es esencial a lo largo de todo el proceso y, por tanto, comunicarles que se solicitarán a ambos los consentimientos pertinentes, especialmente para asuntos especialmente relevantes como es la emisión de informes escritos.

En el caso de que no contemos con la autorización del padre y de la madre para la evaluación y/o el tratamiento (discrepancia en el ejercicio de la patria potestad), y consecuentemente tengamos que declinar la intervención hasta que se subsane esa falta de consentimiento (o tengamos autorización judicial para intervenir), obviamente no se debe emitir ningún informe, salvo que sea uno breve donde se indique la necesidad, a juicio del facultativo, de iniciar un proceso de evaluación y, en su caso, tratamiento, con el objeto de que, en base a ello, el progenitor solicitante pueda fundamentar la solicitud ante las instancias judiciales de autorización para poder iniciar la intervención.

4. EL INTERNAMIENTO EN UNIDADES DE SALUD MENTAL DE MENORES

El internamiento hospitalario de un menor, capaz o no de comprender la necesidad de dicho ingreso, debe ajustarse a la normativa vigente respecto del *ingreso involuntario*, tal como se recoge en el artículo 763.1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Por tanto, la autorización para el mismo no corresponde a los titulares de patria potestad (Barrios, 2003; Espejel, 2004), sino que requerirá autorización judicial, salvo que por razones de urgencia se hiciese necesaria la inmediata adopción de la medida, de la que se dará cuenta al juez en un plazo máximo de 24 horas, como es recogido en el artículo 763.1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. De este modo, solo los menores emancipados o con 16 años cumplidos podrían ser internados de modo voluntario.

El internamiento en Unidades de Hospitalización de Salud Mental de menores se tramitará como un *ingreso involuntario*, sin que esta circunstancia excluya que se facilite toda la información que se considere oportuna tanto al menor (según su grado de discernimiento) como a sus progenitores o tutores legales.

Dicha información ha de referirse fundamentalmente a: 1) los beneficios esperados del internamiento y los riesgos del no internamiento, 2) los objetivos clínicos del ingreso hospitalario y 3) la previsión de la duración de la estancia hospitalaria.

Caso Saúl

Un psiquiatra decide el ingreso hospitalario en Salud Mental de Saúl, un menor de 11 años, tras una ingesta medicamentosa voluntaria de este, sin crítica posterior, así como a ideas persistentes y activas de muerte. Los progenitores, angustiados y muy asustados por la situación, son conocedores de la gravedad clínica del chico y entienden y aceptan el ingreso del menor que propone el clínico. Vagamente, el psiquiatra recuerda haber oído algo acerca de la involuntariedad de los ingresos de menores, pero, como los padres aceptan el ingreso del chico, entiende que no ha de tramitar el ingreso como involuntario. Tras cuatro días de ingreso, los progenitores cambian de área hospitalaria y el chico pasa a otra unidad de hospitalización, momento en que asume el caso otro psiquiatra, que advierte irregularidades en el ingreso, que, en este caso, sí comunica debidamente al juez.

Preguntas para reflexionar:

1. ¿Es o no necesaria la comunicación al juez cuando ambos progenitores no se oponen al ingreso y otorgan consentimiento?

Caso Guillermo

Una psicóloga clínica atiende en un dispositivo de Salud Mental Infantil de un hospital público a una menor de 9 años que acude acompañada de su padre, quien aporta la información que acredita que ostenta la guarda y custodia de la paciente.

La clínica de la chica, según el informe de derivación del pediatra, pudiera ajustarse a un trastorno de las emociones reactivo, que, a priori y a juicio de la profesional, no parece ni mucho menos grave. La psicóloga clínica, que ha realizado algunos cursos de ética y deontología profesional, es conocedora de que tiene que preguntar en torno a los aspectos relacionados con la patria potestad de la niña. El padre colabora debidamente e informa a la terapeuta de que la madre de la menor se halla cumpliendo una pena privativa de libertad en una prisión alejada de la provincia donde la paciente y su padre residen. La profesional hace las indagaciones oportunas, a través de los Servicios Sociales, para cerciorarse de que la información que facilita el padre es veraz, y de este modo puede constatar que efectivamente la madre está en prisión. Duda entonces acerca de cómo obtener el consentimiento de la misma para iniciar la evaluación y la intervención con la paciente.

Preguntas para reflexionar:

1. ¿Cómo obtendrías el consentimiento en los casos en los que el progenitor no demandante estuviese en prisión?
2. ¿Sería obligatorio obtener el mismo?
3. ¿Cómo procederías en aquellos casos en los que un progenitor conserva la patria potestad, pero no mantiene ninguna relación con su hijo o hija desde hace años?

Durante su estancia hospitalaria, el menor ha de permanecer bajo el control del juez de menores en un *dispositivo de salud mental adecuado a su*

edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor (artículo 763.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil).

5. MENORES E HISTORIA CLÍNICA: CONSENTIMIENTO Y DERECHO DE ACCESO Y OPOSICIÓN

La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, vino a establecer que podría procederse al tratamiento de los datos de los mayores de catorce años con su consentimiento, salvo en aquellos casos en los que la Ley exigiese para su prestación la asistencia de los titulares de la patria potestad o tutela, situación que caracteriza la prestación del consentimiento por representación en los menores con edades inferiores a los 16 años. Es decir, si bien desde esta Ley se establece la presunción de madurez a efectos de otorgar el consentimiento para el tratamiento de los datos en la historia clínica a los catorce años, pueden existir algunos supuestos, como es el caso de los señalados en el artículo 9 de la Ley 41/2002 de autonomía del paciente, en los que habrá de atenderse a la normativa legal que resulte de aplicación (AEPD, 2014). En cualquier caso, cuando se trate de menores con edades inferiores a los catorce años, se requerirá el consentimiento de los padres o tutores. Posteriormente, el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo relativo a la protección de las personas físicas (en vigor desde el 25 de mayo de 2018), en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, estableció la edad de trece años como límite inferior para otorgar consentimiento respecto del tratamiento de los datos de carácter personal. España, como estado miembro, tendrá que adherirse a lo dictado en dicho reglamento, si bien hasta el

momento se siguen considerando que los pacientes con 14 años cumplidos pueden otorgar consentimiento respecto del tratamiento de sus datos personales, con las salvedades y excepciones en que la ley exija la asistencia de los titulares de la patria potestad o tutela para la celebración del acto o negocio jurídico (en nuestro caso, el acto médico o clínico), en cuyo contexto se recaba el consentimiento para el tratamiento.

Recuérdese que en el artículo 9 de la Ley 41/2002 de autonomía del paciente se detallan los supuestos en los que habrá de otorgarse el consentimiento por representación. Si para la realización del acto médico se precisa de dicho consentimiento, sería aplicable lo establecido en la Ley 15/1999 de protección de datos de carácter personal, que inciden en que hay algunos supuestos en los que tendríamos que atenernos a la normativa legal que resultase de aplicación. Es decir, el consentimiento para el tratamiento de los datos contenidos en la historia clínica de un menor tendrá que proporcionarlo los padres o representantes legales en los términos que establece la Ley 41/2002 de autonomía del paciente.

No obstante, habría que diferenciar el derecho a consentir el tratamiento de los datos contenidos en la historia clínica del derecho de acceso a los mismos. En este sentido, recuérdese que el artículo 9.3 de la Ley 41/2002 de autonomía del paciente prevé que el menor tendrá conocimiento del acto médico respecto del que sus padres prestan el consentimiento para la realización. Siendo esto así, y estableciéndose una presunción legal de que el menor cuenta con condiciones suficientes de madurez para el ejercicio de sus derechos rela-

Recuerda que...

El consentimiento para el tratamiento de los datos de los menores de edad en las historias clínicas queda supeditado a lo dispuesto en el artículo 9.3 c) de la Ley 41/2002.

El menor con edades iguales o superiores a los catorce años podrá, en general, ejercitar por sí solo el derecho de acceso a la historia clínica. También podrán acceder a dichos datos los titulares de la patria potestad del menor de edad sujeto a aquella mientras esa situación persista, para el cumplimiento de las obligaciones previstas en el Código Civil, sin que el menor pueda oponerse al acceso a la misma salvo que así lo reconociera una norma con rango de Ley (AEPD, 2014).

cionados con la protección de datos a partir de los catorce años, sería posible diferenciar entre el derecho a prestar el consentimiento y los vinculados al acceso a la historia clínica. De este modo, si bien será precisa la prestación del consentimiento por los padres o tutores, sí cabría conside-

rar que el menor de edad podría ejercer el derecho de acceso a partir de los trece años, si bien este ejercicio no puede entenderse como limitación al derecho de los titulares de la patria potestad del menor no emancipado a acceder a su historia clínica (AEPD, 2014).

Transgresión de los límites profesionales y establecimiento de relaciones duales

7

Se entiende por relación dual o múltiple en psicoterapia aquella en la que el profesional mantiene, además de la estrictamente terapéutica, algún otro tipo de relación con el paciente. Estas relaciones pueden tener la consideración de sociales (sexuales o no sexuales), financieras o profesionales, y podrían darse al mismo tiempo que ocurre la intervención psicoterapéutica o después de la misma.

Existe consenso en considerar a las relaciones sexuales como la variante más inapropiada de relación dual, pero son posibles otras muchas formas de relaciones duales en psicología clínica y psiquiatría, más aún si tenemos en cuenta que las relaciones establecidas por un clínico en su quehacer profesional van más allá de las terapéuticas, dado que participan también de relaciones profesionales como investigadores, supervisores o tutores (Sonne, 2007).

De este modo, ejemplos de relaciones duales que un clínico pudiera establecer con un paciente serían encuentros sociales (no necesariamente intencionados), cuando accediese a favorecerle de alguna manera, ofreciéndole algún favor o privilegio o cuando mantuviese una relación sexual o realizase negocios de algún tipo.

1. LOS LÍMITES EN PSICOTERAPIA

No es fácil definir qué y cuáles son los límites terapéuticos, sobre todo si tenemos en cuenta que los terapeutas tenemos dificultades heredadas de

grandes figuras que dieron mensajes contradictorios sobre el tema. Nada menos que Freud usó metáforas que incluían la opacidad de un espejo y la objetividad desapasionada de un cirujano para describir el papel del analista, pero su propio comportamiento en el entorno analítico distaba mucho de ser objetivo y neutral: así, envió a los pacientes tarjetas postales, les prestó libros, les ofreció obsequios, les corrigió cuando hablaban mal de los miembros de su familia e incluso les prestó apoyo económico en alguna ocasión (Lipton, 1977). Y no olvidemos que se encargó del análisis de su propia hija y que, como supervisor clínico, llamaba «querido hijo» a Ferenczi en las cartas que le dirigía, y se ocupaba de su análisis personal mientras paseaba junto a él por el campo (Gutheil y Gabbard, 1993).

Estas transgresiones de figuras reputadas y aún hoy tomadas muy en consideración (otro ejemplo es el de Winnicott, quien llevaba a jóvenes pacientes a su propia casa como parte de su tratamiento) nos informan de la contradicción de maestros terapeutas que escribieron sobre aspectos relativos a la relación terapéutica a los que luego no se adhirieron, de manera que pudiera dar la sensación de que los límites a los se refirieron eran altamente subjetivos y carecían de estandarización.

Sin embargo, sabemos que, por propio diseño y necesidad, la relación psicoterapéutica ha de contar con límites claros en torno a ella, en tanto es diferente a cualquier otra forma de relación que terapeuta y paciente consientan. Como tal,

se rige por un conjunto de límites que clarifican los roles apropiados de ambas partes. Knapp y VandeCreek (2006) definen los límites en psicoterapia como las reglas de la relación profesional que las distinguen de otras relaciones y que aclaran qué comportamientos son adecuados e inadecuados.

La presencia de límites ayuda a promover que el encuentro profesional en psicoterapia sea seguro y proporcione al paciente la confianza suficiente y necesaria para que pueda beneficiarse del tratamiento psicológico sin riesgos innecesarios (Smith y Fitzpatrick, 1995) o, dicho de otro modo, para que el tratamiento psicológico pueda prosperar en el marco de una atmósfera de previsibilidad y seguridad, dentro de la cual no tendrían cabida las satisfacciones personales del terapeuta, satisfacciones que pudieran estar en la base de transgresiones a los límites, como las autorrevelaciones, los contactos sexuales con pacientes o la realización de negocios con estos.

Dicha relación se corresponde con la responsabilidad y funciones no solo del profesional sino también del paciente.

De un profesional se espera que escuche activamente al paciente y pretenda la comprensión amplia de lo que le ocurre, que utilice para ello los procedimientos diagnósticos de modo adecuado y establezca un juicio clínico y una formulación psicológica de su trastorno lo más certeros posibles, que utilice habilidades técnicas y terapéuticas eficaces y eficientes y que mantenga la confidencialidad.

Por su parte, de un paciente se espera que acuda a las sesiones previstas, que se adhiera, incluso con dificultades, a las prescripciones y pautas dadas por el especialista, y que se abra al profesional para poder así analizar y discutir sus preocupaciones, fortalezas y debilidades más íntimas. Y en todos los casos, los pacientes se relacionan con sus terapeutas con la esperanza de recibir ayuda para solventar sus conflictos y con la angustia que de ellos se deriva (Barnett, Lazarus, Vasquez, Morehead-Slaughter y Johnson, 2007). De este modo, la relación terapéutica re-

sulta asimétrica, en tanto que el terapeuta o clínico se sitúa y es situado en una relación de poder frente al paciente, poder que resulta no solo de su capacitación técnica o de la profundidad del conocimiento personal que sobre sus pacientes tiene, sino también del proceso de idealización como consecuencia de la transferencia de atributos excepcionales que aumentan aún más esta diferencia de poder.

Para Sonne (2007), una relación dual podría concebirse como un fracaso en la relación terapéutica que se deriva de un fallo en el establecimiento de los respectivos roles de terapeuta y paciente. Así, junto al interés profesional que un clínico ha de mantener en todo momento hacia su paciente, también ha de coexistir un desinterés personal que asegure el mantenimiento del primero.

Transgredir límites e implicarse en relaciones duales provoca en el paciente no solo la confusión sobre el contexto terapéutico, sino también en torno a la representación interna que hace de su terapeuta y de las funciones que de él espera. Además, afecta a la capacidad del terapeuta para tratar objetiva y adecuadamente al paciente en la medida en que el interés personal hacia este aumenta y se mantienen encuentros fuera de las sesiones. Todas estas «intervenciones» que se produjeran al margen del contexto terapéutico conllevarían la ruptura y transgresión de los límites de la relación profesional y podrían comprometer la confidencialidad del paciente. Además, se ha constatado el daño psicológico generado al paciente al activarse en este sentimiento de desinterés e incluso de abandono emocional, en tanto las motivaciones del terapeuta para mantener encuentros extraprofesionales guardarían relación con necesidades personales de este y no del paciente, lo cual favorecería que el usuario no se sintiese partícipe de una relación en la que la atención profesional debiera siempre primar al interés personal, sino que, por contra, se hallaría inmerso en otro tipo de encuentro donde los intercambios de intereses y afectos serán mutuos.

2. LA TRANSGRESIÓN DE LOS LÍMITES PROFESIONALES

A inicio de los años ochenta, y hasta la segunda parte de los noventa, se produjeron numerosos y controvertidos estudios que permitieron la reflexión en torno a las relaciones duales y a la transgresión de los límites profesionales. Los límites profesionales en psicoterapia son esenciales, y en estas décadas surgió una gran preocupación, especialmente en torno al creciente número de casos de conductas sexuales inapropiadas por parte de terapeutas (Zur, 2007), generando un grave perjuicio a los profesionales de la salud mental.

En las décadas referidas, las investigaciones demostraron que algunas variables, tales como la orientación psicoterapéutica, el sexo del terapeuta, el contexto rural o urbano en que se desarrollasen las intervenciones, el sexo del paciente o la profesión del terapeuta (psiquiatra o psicólogo), afectaban a la decisión de transgredir o no los límites profesionales. Por ejemplo, Borys y Pope (1989) concluyeron que los terapeutas varones eran quienes más se implicaban en relaciones sociales con pacientes (sexuales y no sexuales), así como también que profesionales psiquiatras concebían las relaciones sociales o financieras con pacientes como menos éticas que psicólogos o trabajadores sociales.

A partir del ya clásico trabajo de Gutheil y Gabbard (1993), en el que se describieron las violaciones a los límites más frecuentes en la práctica clínica, se proporcionó un marco útil para reflexionar en torno a los límites profesionales y las dificultades que generaba su mantenimiento. Estos autores señalaron la variabilidad en el mantenimiento de los límites, dependiendo del paradigma desde donde el profesional de la salud mental interviniese o incluso desde el centro o dispositivo asistencial desde donde prestara sus servicios. De este modo, los profesionales van a definir los límites de modo distinto en función de la orientación o posicionamiento teórico desde el que intervienen; un terapeuta de orientación conductista podría acompañar a un paciente al cine en el con-

texto de la aplicación de sesiones de exposición en vivo; esto mismo, por el contrario, jamás sería plausible para un terapeuta psicodinámico, donde los límites son marcados de modo más inflexible. Algo parecido ocurriría con el contacto físico. Si desde la orientación gestáltica este podría ser un acto permitido, desde un posicionamiento psicodinámico constituiría una clara transgresión a los límites profesionales. Por su parte, desde el enfoque centrado en la persona, donde una de las características básicas que definen al terapeuta es que ha de ser genuino, las «autorrevelaciones» se erigen como conductas permitidas en el transcurso de una intervención, entendiéndose por autorrevelación el relato de vivencias personales o de aspectos íntimos de uno mismo.

Con respecto a los profesionales que trabajan en Unidades de Salud Mental Comunitarias y programan visitas domiciliarias, estas se realizan a veces con objeto de realizar los seguimientos de los pacientes en su contexto más próximo, con el fin, a su vez, de valorar los patrones de relación más inmediatos o la organización del funcionamiento familiar; otras veces se trata de pacientes crónicos con clínica defectual y escasa adherencia al dispositivo y a los tratamientos prescritos, sin sostén social o familiar, que, en trámites de ser dotados de recursos residenciales o de hospitalización, requieren ser atendidos en su domicilio.

Hay que tener muy claro, no obstante, que el hecho de que puedan darse estas situaciones no implica que las necesidades del paciente sean obviadas; al contrario, si se realizasen tendría que ser en un contexto de ayuda, donde el programa terapéutico individualizado del usuario contemplara estas posibilidades.

Moleski y Kiselica (2005) argumentan que el daño potencial que pudiera generarse a un paciente en una relación dual aumentaría en la medida en que existiera confusión en torno a los roles de terapeuta y paciente impuestos por la existencia de una relación extraterapéutica. Otros autores enfatizan la importancia de la obtención del consentimiento informado del paciente en torno a la relación dual (Younggren y Gottlieb,

2004), debiendo dicho consentimiento garantizar la información al paciente respecto a que este puede poner fin en cualquier momento a la relación no terapéutica, sin que quedase afectada negativamente, a criterio de algunos autores (Burian y Slimp, 2000), la relación profesional, aunque desde nuestro punto de vista muy difícilmente pudiera sostenerse que una relación profesional psicoterapéutica no se afectase tanto por la constitución de una relación extraterapéutica como por la terminación de la misma.

Así, que un terapeuta tenga claro qué es lo que puede hacer en su rol como tal, y que un paciente, al que presta servicios, sepa qué puede esperar de aquel, es útil para evitar transgresiones profesionales. Ajustar los límites se antoja en algunos casos complicado. Por ejemplo, es relativamente frecuente que un paciente pregunte a su terapeuta acerca de cuestiones de índole personal (si tiene o no hijos, el lugar en el que vive o si siempre tuvo claro lo que quería estudiar, entre otras cuestiones). Otras veces puede ocurrir, cuando se trata de terapeutas jóvenes, que realicen comentarios o expresen su sorpresa acerca de la edad del clínico. Y, en algunos otros casos más infrecuentes, la ruptura de los límites es más marcada cuando un paciente solicita el contacto físico al terapeuta o directamente contacta de modo impulsivo, bien con un abrazo, beso o caricia. En todos los casos, el terapeuta debe inmediatamente posicionarse en su rol de clínico y ha de usar los comentarios o comportamientos de los pacientes para reforzar los roles que a ambos corresponden. En los dos primeros casos, la transgresión del límite podría solventarse con la contrapregunta del profesional al paciente, por ejemplo explorando las creencias del paciente en torno a si considera que ciertos aspectos de la vida personal del terapeuta pudieran afectar al proceso terapéutico y en qué modo (véase más adelante el «caso Abel»). Otras veces basta con recordar al paciente que, en el rol que les corresponde como terapeutas, no conviene hacer revelaciones personales. Con respecto a las transgresiones que suponen contacto físico, Gutheil y Gabbard (1993) recogen el caso de una paciente con trastorno límite de la

personalidad que, de modo impulsivo, abandona su silla y se arrodilla, llorando ante su terapeuta y cogiéndole de las manos. Este señala a la paciente que tal situación pudiera ser entendida de muchas maneras, pero que, en ningún caso, corresponde a una relación entre un terapeuta y una paciente (véase el «caso Nati»).

Tales ajustes pudieran resultar bruscos e incluso incómodos de delimitar para los profesionales, que podrían mostrar cierto temor a que pudiera afectarse de alguna manera la relación terapéutica establecida, pero, en cualquiera de los casos, son necesarios para solventar transgresiones de este tipo, evitar conflictos de rol posteriores y mantener la relación como ha de ser, esto es, terapéutica.

3. DIMENSIONES QUE PUEDEN SUPONER SITUACIONES DE RIESGO PARA LAS TRANSGRESIONES DE LOS LÍMITES PROFESIONALES

El conocimiento y manejo de los diferentes límites que existen en la relación psicoterapéutica es importante de cara al mantenimiento de la misma (De Sousa, 2012). Estos límites han de considerarse cuidadosamente en todas las relaciones profesionales que el terapeuta mantenga, e incluyen el tiempo, la ubicación, las revelaciones personales, los honorarios, el contacto físico y los regalos. Fue, como ya se ha referido, a partir del trabajo de Gutheil y Gabbard (1993) cuando se describieron las violaciones a los límites más frecuentes en la práctica clínica. No obstante, aunque se corre el riesgo de que estos límites sean transgredidos, es importante tener en cuenta que existe un cierto grado de flexibilidad apropiado y que su manejo requiere de un proceso de toma de decisiones adecuado que permita la mejor actuación posible al profesional en todas las situaciones, a fin de no producir daños en los pacientes (Barnett, 2014). En la misma línea, De Sousa (2012) advierte que la rigidez con respecto a la transgresión de límites no es buena para la terapia, señalando la excesiva preocupación de los psicoterapeutas noveles, quienes

corren el riesgo de mostrarse excesivamente rígidos, inaccesibles y formales.

3.1. Tiempo y frecuencia entre las citas

En algunas ocasiones, la alta presión asistencial que soportan algunos dispositivos de salud mental obliga no solo a demorar las citas más de lo necesario, sino también a que la duración de las sesiones sea menor de lo que requiere un seguimiento psicoterapéutico. No obstante, la labor asistencial no se limita solo a hacer psicoterapia, sino que existen sesiones de primera consulta, de evaluación psicológica, de revisión y confirmación de la mejoría, entrevistas psicoeducativas, de prescripción de pautas o de sesiones de apoyo. Que existan diferentes tareas implica que la duración requerida para cada una de ellas sea diferente, y también que sea el profesional el que decida cuánto tiempo va a emplear con cada usuario y con qué fines (evaluativos, de revisión o psicoterapéuticos, entre otros). En todos los casos, el tiempo que se emplea y la demora entre citas supone un límite que no solo impone el sistema, sino que, en cierta medida, también establece el clínico en función de las posibilidades. Todo ello matizado porque también se dan situaciones que requieren intervenciones en crisis con determinados usuarios que requieren atención urgente, intervenciones que afectan a la atención a otros pacientes que sí acudían a sus citas de modo programado. Así pues, resulta de especial relevancia que el profesional intente mantener un trato equitativo en cuanto a la dedicación temporal se refiere. Podrían darse situaciones en las que los pacientes adviertan cómo a otros usuarios se les ha dedicado mayor tiempo, infiriendo un menor interés del profesional hacia su persona. Así pues, podría resultar relevante que el clínico se preguntase por qué invierte una dedicación temporal o frecuencia entre citas diferentes en función del usuario. En todo caso, habrían de prevalecer las necesidades clínicas de los pacientes frente a las del terapeuta; no hacerlo así supondría la transgresión del límite en este sentido temporal que se comenta.

3.2. Lugar y espacio

En la medida de lo posible, el espacio terapéutico en el que se desarrollan las intervenciones ha de permanecer invariable, favoreciendo la privacidad de las revelaciones del paciente que, en algunos casos, resultan embarazosas para el mismo (Gabbard, 2010). Las consultas en otros espacios podrían generar confusión al paciente respecto a los objetivos de la intervención. Excepciones a esta norma las constituyen las ya referidas visitas domiciliarias en el contexto de intervenciones llevadas a cabo desde unidades comunitarias de salud mental o la implementación con coterapeuta de sesiones de exposición en vivo. Por otro lado, los contactos con pacientes fuera del espacio terapéutico han de ser evitados. Ir al funeral de un allegado del paciente, asistir a su boda, almorzar con él o acceder a trasladarle en nuestro propio vehículo constituyen transgresiones de los límites profesionales que pudieran generar confusión en la representación interna del terapeuta por parte del paciente.

3.3. Regalos

En el contexto sanitario público español, la inexistencia de intercambios económicos tangibles es una característica común a todas las intervenciones llevadas a cabo desde él. Es relativamente frecuente, no obstante, que el paciente solicite al clínico asistencia privada en el consultorio de este, si lo tuviese, con objeto de beneficiarse de una mayor frecuencia y tiempo de las intervenciones. La derivación desde el contexto público al privado podría resultar éticamente reprochable, a no ser que sea el propio paciente quien la solicite y siempre que el terapeuta considere que esta atención podría generarle beneficio. El problema surge cuando este entiende que estar en seguimiento privado no excluye la posibilidad de seguir beneficiándose de la asistencia pública o cuando surgen sospechas de que, por estar siendo atendido desde lo privado, su terapeuta no está asignándole citas desde lo público

con la misma frecuencia. Así pues, las derivaciones desde lo público a lo privado debieran evitarse o, en su caso, y en aras de mantener el encuadre, dejar claro al paciente la imposibilidad de simultanear tratamientos desde los dos ámbitos.

Con respecto a los regalos, deben ser evitados a no ser que sean considerados como muestras de gratitud y siempre que constituyan pequeños obsequios al profesional. Decir nuevamente que el hecho de que en la asistencia pública no existan honorarios directos de los pacientes hacia los profesionales hace que el acto de obsequiar al psicólogo clínico o al psiquiatra con algún regalo

tenga matices diferenciadores respecto al mismo acto llevado a cabo en el ámbito privado. En cualquiera de los casos, estos detalles no han de ser sustitutos de los honorarios en el caso de intervenciones privadas ni, en el caso de las públicas, favorecedores de una atención preferente al paciente que hace regalos.

En definitiva, ante un obsequio el profesional debe preguntarse si el mismo va a afectarle de algún modo en la relación con el paciente, en el sentido de alejarle de la objetividad necesaria o generarle alguna tensión derivada de la obligación percibida de corresponder al paciente de alguna manera.

Caso Sandra

Sandra es una paciente de 38 años, atendida en un Centro de Salud Mental de Adultos por un trastorno de alimentación inespecífico de años de evolución, en el contexto de un trastorno de inestabilidad emocional de tipo límite. Su terapeuta es un psicólogo clínico con más de 20 años de experiencia.

La Navidad está próxima y Sandra decide obsequiar a su facultativo con una botella de cava y una caja de bombones. El terapeuta duda acerca de la aceptación de dichos regalos, porque conoce el carácter difícil de la paciente, pero accede porque también considera que el rechazo de los mismos pudiera de alguna manera afectar a la relación terapéutica, la cual ha sido aceptablemente buena hasta el momento.

Así, el psicólogo clínico acepta el obsequio y Sandra se marcha contenta.

A los dos días la paciente acude al Centro de Salud Mental reclamando la atención de su terapeuta porque dice encontrarse muy mal. Los administrativos de la Unidad le explican que en el Centro de Salud Mental las consultas están programadas y que solo tienen la consideración de urgentes cuando así lo considera el Médico de Familia en el pertinente informe de derivación. Pero Sandra parece no aceptar la información que recibe en recepción por parte de los administrativos, e insiste en que se trata de una urgencia y en que quiere ver a su terapeuta. Los administrativos deciden consultar con el facultativo, quien acude a recepción y reitera a la paciente el mensaje que ya le habían dado. La paciente, muy airada, insiste vociferando en que quiere que la asista porque se encuentra muy mal, reprocha al terapeuta que aceptase sus regalos y que ahora se niegue a verla y amenaza con ponerle una reclamación. El profesional, que tras aceptar los regalos dos días antes se encuentra en una especie de estado psicológico de deuda para con la paciente, es consciente de que en otro momento se habría mantenido firme en su decisión de no atender sin cita a la paciente, pues, además, acceder a atenderla perjudicaría a otros usuarios que acuden con su cita programada. Pero el caso es que, como decíamos, se siente en deuda y teme las consecuencias de su negativa o el reproche de compañeros por haber aceptado los obsequios de esta paciente, y por ello, finalmente, accede a atenderla.

Preguntas para reflexionar:

1. ¿Deberíamos tener en cuenta el diagnóstico psicopatológico del paciente para considerar la aceptación de obsequios?
2. ¿Entramos los terapeutas en un estado psicológico de obligación/deuda al aceptar un regalo u obsequio? ¿Alguna vez te ha ocurrido que beneficiabas en cuanto a, por ejemplo, la frecuencia de citas a pacientes que previamente te habían obsequiado con algún regalo?
3. ¿Deberíamos negarnos a recibir obsequios en todos los casos? ¿Los debemos permitir siempre? ¿Debemos considerar la cuantía económica de los obsequios? ¿Por qué sí y por qué no aceptar un regalo?

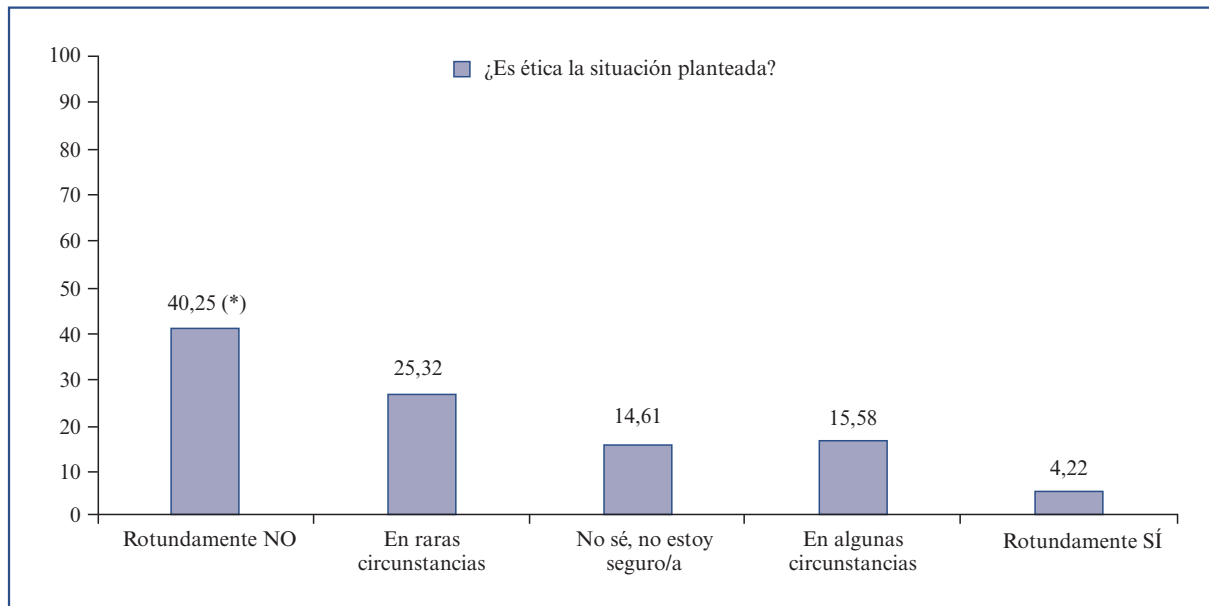
Haremos referencia a lo largo de este capítulo a algunos de los resultados obtenidos en el ya referido estudio de Pastor (2017) en el que participaron 308 profesionales, facultativos y residentes de salud mental, contestando a un cuestionario en el que se solicitaba a los participantes que realizaran un juicio ético e informaran de la frecuencia en torno a 61 situaciones que pueden suceder en la práctica profesional.

En lo referente a la aceptación de regalos, véase la Situación 1 (p. 108).

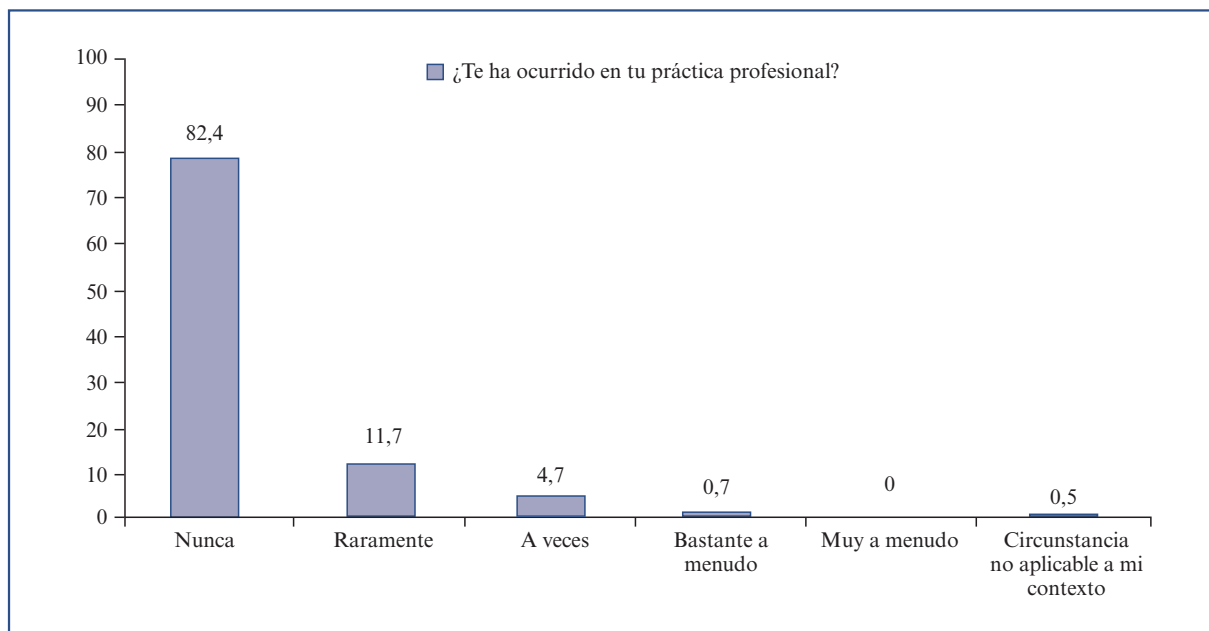
Como puede observarse, la mayor parte de los profesionales que participaron en el estudio valoraron como inadecuada esta conducta (más del 65 por 100 de los participantes contestaron «rotundamente no» o «en raras circunstancias»). Por otro lado, se halló una incidencia de ocurrencia en la práctica profesional de los participantes muy baja.

SITUACIÓN 1

Aceptar el regalo de un paciente valorado en más de 100 euros como muestra de gratitud



Nota: El símbolo (*) indica la dirección de respuesta más ajustada a las normas éticas.



3.4. Revelaciones personales

Existe consenso en que no es conveniente establecer normas rígidas respecto de las revelaciones personales. Por ejemplo, los terapeutas bien podrían utilizar algún ejemplo neutral sobre sus propias vidas o propiciar el diálogo con un adolescente esquivo al que le gustan los deportes, revelándole sus aficiones propias a este respecto.

Estas revelaciones, que en todo caso han de realizarse con prudencia, podrían conducir a los pacientes a un sentimiento de mayor proximidad con el terapeuta (Henretty y Levitt, 2010). Si bien desde algunos posicionamientos teóricos, como el humanista, el uso de la autorrevelación podría concebirse como una técnica coherente con la perspectiva que mantiene este modelo (Barnett, 2014), el problema podría surgir en cualquiera de los paradigmas desde los que se interviene cuando un terapeuta empieza a disfrutar de estas autorrevelaciones, las utiliza para su propio beneficio o cuando las mismas sobrecargan e incomodan al paciente.

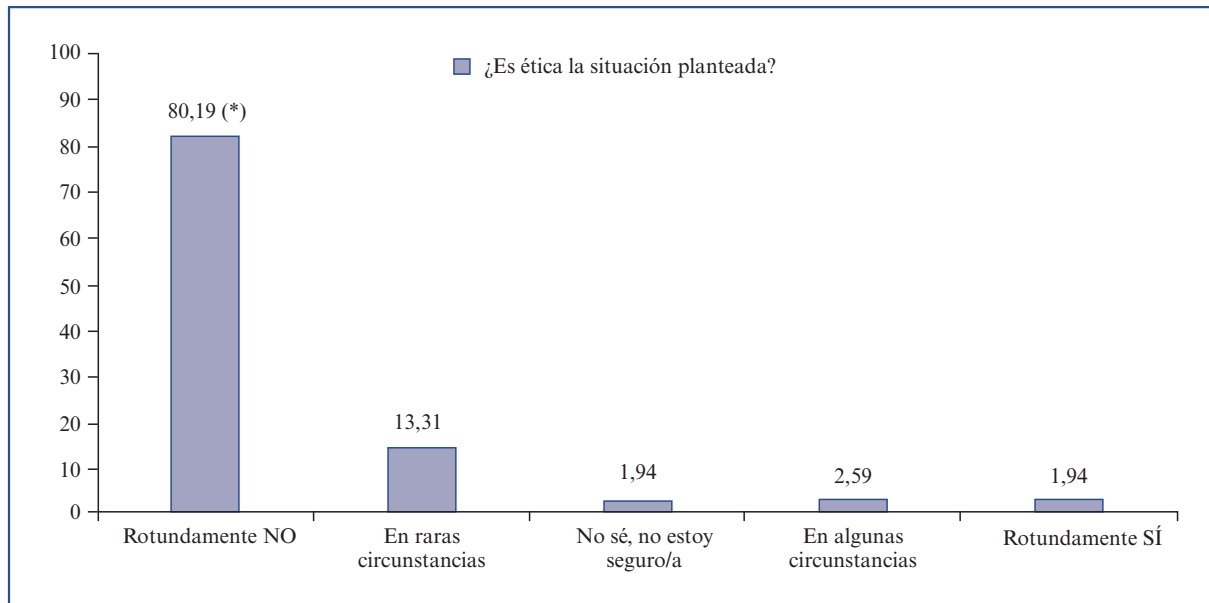
¿Cómo podemos identificar las autorrevelaciones terapéuticas?

1. ¿Se derivan de necesidades clínicas del cliente o del propio terapeuta?
2. ¿Son consistentes con el tipo de terapia ofrecida y con el paradigma desde el que interviene el profesional?
3. ¿Cuál es el propósito de la autorrevelación en este momento?
4. ¿Cuáles son los riesgos y desventajas de dicha autorrevelación en este momento y con este paciente?
5. ¿La autorrevelación que realiza el terapeuta representa una desviación significativa de su práctica habitual? Si es así, ¿por qué ha surgido ese cambio?
6. ¿Dudaría el terapeuta en llevar a supervisión esta autorrevelación? ¿Por qué?

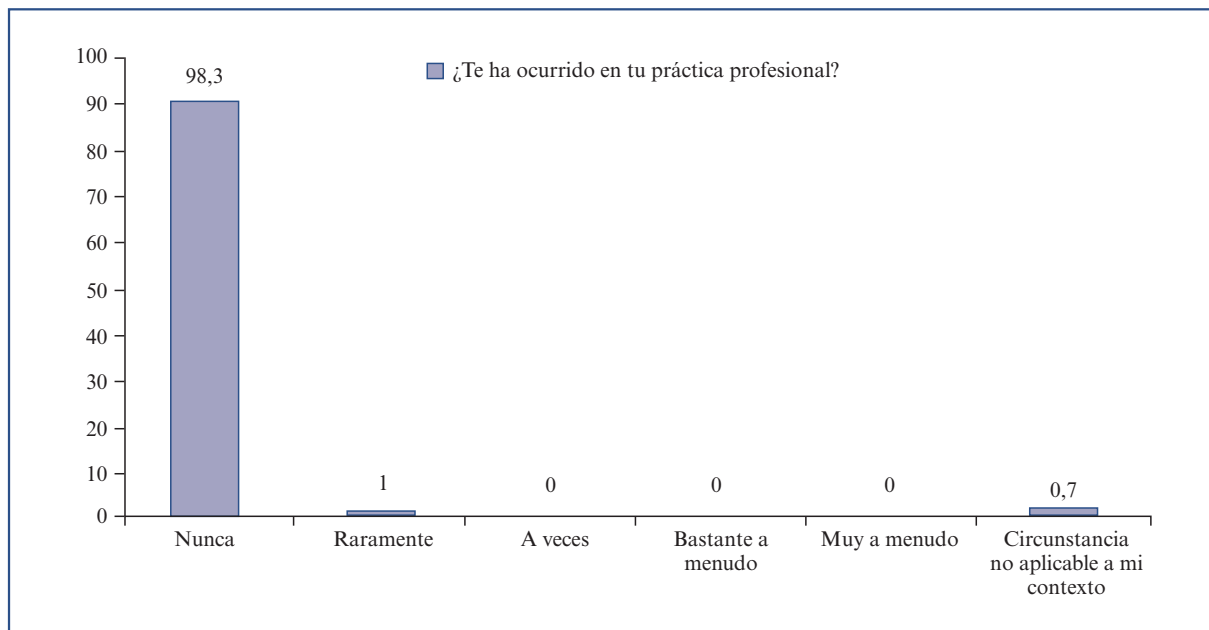
En este caso (referido en la Situación 2), los profesionales que participaron en el estudio informaron de una muy baja incidencia y una contundente valoración ético-deontológica negativa a tales revelaciones.

SITUACIÓN 2

Revelar al paciente fantasías sexuales propias



Nota: El símbolo (*) indica la dirección de respuesta más ajustada a las normas éticas.



Caso Abel

Abel es un paciente de 52 años que acude a Salud Mental por un síndrome depresivo reactivo a la pérdida de tres de sus cuatro hijos en un grave accidente de tráfico en el que él salvo la vida. Las intervenciones que su joven psiquiatra realiza parecen no solo no reconfortarle, sino que no se adhiere a ninguna de las pautas que este propone. En la cuarta de las citas que tiene con el joven profesional, Abel le pregunta si está casado y si tiene hijos. El psiquiatra no solo revela no estar casado y no tener hijos, sino que añade que no le gustan los niños. El paciente, cabizbajo, sentencia que si no tiene hijos y que si, además, reconoce que no le gustan, es imposible que pueda ayudarle.

Preguntas para reflexionar:

1. ¿Qué utilidad en el proceso terapéutico podría tener que el psiquiatra revelase su situación personal respecto de su estado civil e hijos?
2. ¿Por qué realiza el paciente esa pregunta? ¿Podría estar preocupado?
3. Teniendo en cuenta lo anterior, ¿qué respuesta podríamos dar al paciente a la pregunta que nos plantea?

Sugerencia de actuación: ante una petición de revelación, por el modo en que se plantea es posible especular con que el paciente pudiera no conectar con su terapeuta por el hecho de concebirlo como alguien demasiado joven. Podría abordarse directamente esta cuestión: ¿Te preocupa que por el hecho de no tener hijos pudiera no llegar a comprenderte?

Caso Nati

Nati es una paciente de 58 años con un largo historial en salud mental. Está recibiendo tratamiento psicofarmacológico por su psiquiatra, y psicoterapéutico por uno de los psicólogos clínicos de la Unidad. En la consulta suele mostrarse con actitud seductora. En una de las sesiones realiza llanto superficial, sin lágrimas y con tinte claramente demostrativo. Abandona su silla y se dirige desconsolada hacia su terapeuta, solicitándole su abrazo y, seguidamente, arrodillándose a sus pies. El terapeuta, con sosiego, espera a que la paciente se tranquilice. Una vez la paciente se ha sentado nuevamente en su silla, le señala: «Nati, lo que acaba de ocurrir podría interpretarse de muchas maneras posibles, pero, desde luego, en ninguno de los casos se trata de una conducta habitual en el marco de una consulta de salud mental y de una relación entre un psicólogo clínico y de una paciente; quizá sea más propia de una relación entre amigos o familiares».

Preguntas para reflexionar:

1. ¿Qué te parece la actuación del profesional: fría, distante, contenedora, clarificadora de los límites?
2. ¿Crees que tendrías dificultades para proceder del mismo modo en que lo hizo el profesional?

3.5. Contacto físico

El contacto físico, en tanto no supone un acto congruente con las metas del tratamiento psicoterapéutico, ha de estar limitado al apretón de manos propio de un saludo profesional. Esto ha de ser así porque otros tipos de contactos o manifestaciones de cariño podrían dar lugar a que el paciente entendiese que estas expresiones constituyen gratificaciones lícitas o incluso una parte más del proceso de la psicoterapia, aunque también habría que tener en cuenta el contexto, es decir, un saludo con un beso podría ser mucho más admitido, por los usos o costumbres, en comunidades como Andalucía que en otras, como por ejemplo Cataluña, y, en cualquier caso, mucho menos que en otros países, por ejemplo Alemania o Reino Unido, entre otros.

4. CREENCIAS ERRÓNEAS DE LOS PROFESIONALES RESPECTO DEL ESTABLECIMIENTO DE RELACIONES DUALES

Pope y Keith-Spiegel (2008) señalan 7 potenciales errores de los clínicos respecto al establecimiento de relaciones duales con pacientes:

1. *Lo que sucede fuera de la sesión de psicoterapia nada tiene que ver con esta.* Los terapeutas pudieran considerar que los encuentros extraterapéuticos con el paciente (por ejemplo, asistir a un evento social en el que este también hubiese sido invitado) no ejercen ninguna influencia considerable en la terapia ni efecto alguno en la relación con el paciente. Este error puede llevarnos a no considerar cómo nuestras interacciones con los pacientes fuera de la consulta pudieran influir en nuestro trabajo terapéutico, siendo una influencia que podría ser ciertamente insignificante, pero que en algunos casos podría llegar a ser problemática.
2. *Transgredir los límites terapéuticos con pacientes tiene el mismo significado y alcance que hacerlo con quien no es un paciente.* Pueden ser fácilmente considerados como actos de mera cortesía dar un paseo con un paciente, prestarle algo de dinero ante un apuro económico o trasladarle en nuestro propio vehículo. Sin duda, se trata de actividades comunes que ocurren en el día a día de cualquier persona, pero que tienen significados y efectos diferentes cuando son relaciones que se dan entre el terapeuta y el paciente fuera del contexto terapéutico.
3. *Los pacientes entenderán por qué en ciertos casos decidimos transgredir límites.* Ocurre cuando decimos o hacemos algo con la creencia de que nuestros actos o palabras, aun siendo infrecuentes, van a beneficiar al paciente. Por ejemplo, decidimos mostrar nuestras condolencias y afecto a una paciente de 40 años que acaba de perder a su esposo tras una grave pero breve enfermedad, dándole un abrazo. Sin embargo, la paciente se muestra rígida y distante, y no vuelve a acudir a terapia pese a que tenía con nosotros una buena alianza terapéutica.
4. *La transgresión de límites que ha resultado ser útil para un paciente también lo será para otro.* Desde nuestra experiencia profesional, podemos identificar intervenciones y enfoques que consideramos probados porque nos han servido en nuestra práctica como terapeutas. No obstante, hay muchas variables que inciden en la valoración que el paciente realiza de la transgresión: por ejemplo, el abrazo que el terapeuta da a la paciente del caso anterior de 40 años pudiera no ser interpretado del mismo modo si la terapeuta es una mujer y su edad ronda los 70 años que si el terapeuta es un hombre de 38.
5. *Transgredir límites es un evento aislado y estático.* La transgresión de los límites pudiera parecer trivial, en tanto creemos que, una vez haya terminado, no se volverán a

ver efectos posteriores. Podemos sostener que la percepción y los sentimientos de un paciente respecto a la transgresión de los límites permanecen invariables con el paso del tiempo. Sin embargo, es más que posible que no consideremos las complicaciones futuras por los desarrollos inesperados y las consecuencias imprevistas derivados de la transgresión. Remitimos al lector nuevamente al «caso Sandra» para reflexionar sobre esta cuestión.

6. *Si no advertimos interés personal u otros riesgos de la transgresión de los límites, es que no hay ninguno.* Esta creencia errónea nos refuerza en el planteamiento de la necesidad de las consultas más o menos frecuentes con colegas de profesión o supervisores para que nos adviertan de señales que quizá para nosotros hayan pasado desapercibidas.
7. *La autorrevelación es siempre terapéutica en tanto muestra autenticidad y transparencia.* Como veíamos anteriormente, cuando responde a necesidades clínicas del paciente y pudiera derivarse de un paradigma psicoterapéutico reconocido, la autorrevelación pudiera ser un recurso. Pero constituye una creencia errónea sostener que la autorrevelación siempre es apropiada, admitida e incluso deseada por el paciente.

5. RELACIONES DUALES DURANTE LA PSICOTERAPIA

A pesar de las prohibiciones existentes en las normativas deontológicas, los contactos sexuales con pacientes se producen, desconociéndose su auténtica prevalencia en el transcurso de una psicoterapia. Aunque existen varios estudios que pretenden su determinación, la mayoría de ellos, como señalan Bloch, Chodoff y Green (2001), proceden de cuestionarios autoadministrados.

Estudios realizados en los años ochenta situaban la prevalencia de estas conductas en el orden

del 0,9 por 100 al 12,1 por 100 entre los terapeutas masculinos, y del 0,2 por 100 al 3,1 por 100 entre las terapeutas mujeres (Pope, Tabachnick y Keith-Spiegel, 1987), obteniéndose resultados similares en la revisión llevada a cabo por Pope y Vasquez (1999). Del análisis de los resultados de los estudios mencionados, hay que señalar que la prevalencia tiende a disminuir cuando se comparan estudios actuales (Deng et al., 2015) con otros menos recientes. Por otro lado, si bien es cierto que las relaciones duales de tipo sexual son más frecuentes entre los terapeutas varones, no lo es porque no sean posibles ni infrecuentes otro tipo de relaciones. Por ejemplo, Schoener, Milgrom y Gonsiorek (1984) obtuvieron que el 20 por 100 de los contactos sexuales con pacientes correspondían a terapeutas mujeres y que también un 20 por 100 del total fueron relaciones homosexuales.

Esta tendencia a la baja podría deberse a la influencia de la creciente tendencia hacia la criminalización de la actividad sexual entre terapeutas y pacientes (Pope y Vasquez, 1999). Del Río (2005), en referencia a las causas de la mencionada tendencia decreciente señalada por la APA, añade otras cuatro posibles causas: 1) la influencia de un código ético más explícito en ese tipo de problemas; 2) la publicidad (y su posible efecto pedagógico) de las denuncias presentadas por las conductas no éticas de los psicólogos y de sus consecuencias en el informe del Comité de Ética de la APA (publicadas anualmente en el volumen del mes de agosto de la revista *American Psychologist*); 3) la mayor formación en ética de los actuales profesionales, ya que para poder afiliarse a la APA es obligatorio haber cursado un cierto número de horas en esta materia; y 4) el control de las compañías aseguradoras (a quienes lógicamente no les interesa tener en sus plantillas a profesionales poco éticos que puedan ser denunciados por los usuarios y, consecuentemente, afectar al buen nombre de la compañía y a sus estándares de calidad).

Pese a esta tendencia a la baja, en el estudio de Lamb y Catanzaro (1998) un 6 por 100 de los psicólogos refirieron haber tenido al menos un contacto de intimidad sexual con un paciente.

Del Río, Borda, Pérez, Martín y Torres (2003) realizaron un estudio con 200 alumnos de los últimos cursos de la ya extinta licenciatura en Psicología, con el objetivo de examinar si identificaban como no éticas seis situaciones, expuestas en un cuestionario, que implicaban el establecimiento de alguna relación dual de tipo social (de amistad, pareja o sexual) con algún paciente antiguo o actual. Los autores hallaron que los estudiantes encontraron dificultades para valorar como no éticas estas conductas: con respecto a las relaciones sexuales de tipo sexual, un 38 por 100 informó que accedería a tener relaciones sexuales con pacientes actuales viéndose fuera de la consulta, mientras que un más sorprendente 12,5 por 100 de los estudiantes accedería a tener relaciones sexuales con los pacientes dentro de la propia consulta y durante el horario de la terapia.

Más recientemente, Pastor (2017), en su estudio en torno a las valoraciones ético-deontológicas asignadas a distintas situaciones de la práctica profesional con 308 facultativos y residentes de salud mental del sistema sanitario público español, halla valoraciones éticas unánimes (93,18 por 100) respecto a considerar inadecuado el mantenimiento de relaciones sexuales con pacientes que siguen una terapia en curso. Sin embargo, un 6,82 por 100 de los participantes aún no se mostraba taxativo respecto a considerar éticamente reprobables estas transgresiones profesionales de tipo sexual con pacientes, lo cual nos alerta de la necesidad de seguir formando e informando a los clínicos respecto de los riesgos que estas prácticas pudieran suponer. En cualquier caso, con respecto a la incidencia, esta fue prácticamente inexistente (0,3 por 100).

Durre (1980) concluye que la interacción sexual entre el terapeuta y el paciente «condena el potencial éxito de la terapia», resultando devastador y perjudicial para el paciente. Esta conclusión está basada en los intentos de suicidio, hospitalizaciones en unidades de hospitalización de salud mental, depresiones graves o fracasos matrimoniales que este autor halla en los pacientes que se habían implicado en relaciones sexuales con sus terapeutas. Jackson y Nuttall (2001)

sugirieron la posible relación entre experiencias de abusos sexuales en la infancia y un terapeuta transgresor en este sentido.

Pope, Tabachnick y Keith-Spiegel (1987) obtuvieron que un porcentaje muy elevado de psicoterapeutas, en torno al 87 por 100, experimentan sentimientos de atracción sexual hacia los pacientes e incluso mantienen fantasías sexuales con ellos (Pope, Sonne y Greene, 2006). Un porcentaje muy similar, en este caso del 81 por 100, es hallado por Bernsen, Tabachnick y Pope (1994) en su estudio con trabajadores sociales; resultado próximo el que se desprende del estudio de Rodolfa et al. (1994) con consejeros y psicólogos clínicos, obteniendo que un 88 por 100 de profesionales reconocen la atracción hacia pacientes. Posteriormente, otros investigadores han obtenido resultados que corroboran las experiencias comunes de atracción sexual hacia pacientes (Blanchard y Lichtenberg, 1998; Giovazolias y Davis, 2001; Paxton, Lovett y Riggs, 2001). Muchos pretenden minimizar o evitar esta atracción sexual hacia el usuario, ya que esta es generadora de incomodidad y ansiedad (Pope, Sonne y Greene, 2006), al tratarse de sentimientos inconsistentes con la visión que los terapeutas tienen de sí mismos. Reconocer estos sentimientos podría crear disonancia, dada la pretensión de todo profesional de conciliar estas emociones con su imagen profesional. Ladany, Klinger y Kulp (2011) enfatizan la importancia de reconocer estos sentimientos para responder adecuadamente a ellos y alejarse de las referidas emociones de vergüenza, culpa o ansiedad que algunos psicólogos refieren. No obstante, existe una clara diferencia entre sentirse atraído por un cliente e implicarse en conductas sexuales con ellos. De hecho, si bien todos los psicoterapeutas que se involucran en conductas sexuales con los pacientes han experimentado primero atracción sexual hacia estos, un porcentaje ínfimo de terapeutas que refieren haberse sentido atraídos hacia pacientes llevan a cabo encuentros sexuales íntimos con los mismos.

Gottlieb y Younggren (2009) han cuestionado que toda transgresión constituya una actuación inadecuada por parte del terapeuta. Para estos

autores, en algunas circunstancias los psicoterapeutas se involucran en transgresiones que puedan ser clínicamente apropiadas y no den lugar a transgresiones posteriores (Lazarus y Zur, 2002; Zur, 2007). Entre estas transgresiones clínicamente apropiadas, estos autores incluyen el uso clínico y terapéutico de la autorrevelación, la ampliación del tiempo de una sesión de tratamiento para pacientes descompensados o en situación de crisis, la aceptación de un pequeño regalo de un paciente al final de una sesión de tratamiento o abrazar a un usuario en proceso de duelo. Gottlieb y Younggren (2009) refieren la necesidad de ser flexibles en torno a las transgresiones de los límites, ya que tanto la diada psicoterapeuta-paciente como las circunstancias que rodean a las necesidades de cada usuario son diferentes. Como señala Lazarus (1994), este enfoque rígido a menudo resulta en fronteras artificiales que sirven como prohibiciones destructivas que socavan la efectividad clínica. Ejemplos de esta artificialidad podrían encontrarse en la negativa a abrazar a un paciente en duelo o a aceptar un pequeño obsequio como muestra de gratitud. Algunos autores señalan la importancia de considerar el contexto en el que tienen lugar las relaciones duales (Barnett y Johnson, 2008; Lazarus y Zur, 2002; Younggren y Gottlieb, 2004; Zur, 2007). El contexto en el que se dan las relaciones duales sería, a juicio de estos autores, determinante para valorar su adecuación.

6. RELACIONES DUALES TRAS LA TERMINACIÓN DE LA TERAPIA

Ya se ha señalado la importancia tradicionalmente concedida al mantenimiento de la representación interna del terapeuta por parte del paciente. Diversos estudios (por ejemplo, Gabbard, 1994) señalan la importancia del mantenimiento de esta representación incluso tras la terminación de la terapia. Existe consenso en considerar las relaciones sociales o de negocios como inadecuadas entre un terapeuta y su paciente. También está claro que concluir una terapia con objeto de desarrollar una

relación de este tipo es igualmente inadecuado. No obstante, otra cuestión sería considerar las relaciones con expacientes igualmente inadecuadas.

Pritchett y Fall (2001) han desarrollado estrategias para evitar relaciones duales posterapéuticas, al considerarlas una amenaza potencial para el paciente. En este sentido, cuando la terapia ha concluido y se ha producido la terminación de la misma de modo responsable, los pacientes pueden ser atendidos nuevamente.

Pipes (1997) analizó las relaciones tras la terminación de la terapia entre los terapeutas y sus pacientes. Este autor plantea a psicólogos una serie de incidentes referidos al mantenimiento de relaciones tras la terminación de la terapia, relaciones que podrían ser personales o de amistad, interacciones sociales, relaciones financieras y de negocios o relaciones profesionales, entre otras. Algunos de los participantes de su estudio valoraron como imposibles las relaciones con antiguos pacientes, al considerarlas relaciones duales incluso tras la terminación de la terapia.

Otros autores, sin embargo, argumentan que si la terminación de la terapia se produce de un modo responsable y no se ha concluido con el fin de iniciar una relación con el paciente, podría no ser generadora de conflictos. Para ello se ha de contar con un tiempo razonable entre la terminación de la terapia y el inicio de la relación, debe haber existido libertad en la constitución de la nueva relación por ambas partes, ha de discutirse por parte del terapeuta y del antiguo paciente los parámetros de la nueva relación, debe saberse que el paciente no va a volver a terapia y que, si lo hiciese, tendría que ser necesariamente con otro terapeuta, y se han de mantener los límites claros respecto a la confidencialidad de la relación terapéutica previa y asegurar la expresión de los sentimientos en este sentido.

En cuanto a las interacciones sociales casuales, estas podrían generar problemas: *a)* respecto del mantenimiento de la confidencialidad; y *b)* el paciente podría sentirse incómodo respecto de la presencia de su terapeuta, al no quedar claro qué es lo que se espera de ambos en dicho encuentro no profesional.

Con respecto al establecimiento de negocios entre un terapeuta y un expaciente, también es considerado como algo éticamente problemático, pues afecta a la representación del terapeuta interiorizada por el paciente, favorece la dependencia del antiguo paciente a su terapeuta y limita la opción del paciente para volver de nuevo a la terapia. Por su parte, el terapeuta tendría dificultades para ver a esa persona de un modo diferente al de un paciente e ir más allá del reparto de roles que históricamente se habrían mantenido en esa relación.

Otra posible relación tras la terminación de la terapia serían las relaciones con otros profesionales, es decir, cuando un psicólogo clínico o psiquiatra ejerciera de terapeuta de un colega, existiendo una relación profesional previa y posterior al encuentro terapéutico entre ambos. Algunos de los psicólogos participantes en el estudio de Pipes concibieron estas relaciones como no problemáticas, argumentando que podían compartimentar sus roles. Otros psicólogos, la minoría en este estudio, sostuvieron que las relaciones profesionales y terapéuticas eran generadoras de problemas, pues se darían conflictos de roles. Los conflictos pueden darse no solo entre colegas profesionales, sino que también pueden surgir cuando un terapeuta accede a atender a un compañero de su equipo de trabajo, no necesariamente clínico, por ejemplo un auxiliar, administrativo o personal de enfermería. Los psicólogos a los que se les presentó diversos incidentes relacionados con este tipo de relación sostuvieron que existiría un problema ético, en tanto el psicoterapeuta tiene un conocimiento especial del antiguo paciente, ahora compañero de trabajo. Este conocimiento especial podría ser mal utilizado por el clínico y quebrantarse la confidencialidad.

Los psicólogos no pueden ser reprochados desde lo ético por establecer contactos circunstanciales con antiguos pacientes, pero sí deben ser responsables acerca del modo en que manejan estas situaciones, sobre todo si tras este contacto existen consecuencias perjudiciales para el paciente o se invierte el resultado inicialmente satis-

factorio tras la conclusión de la terapia (Kitchener, 1988).

En el referido estudio de Pipes (1997) no hubo consenso entre los psicólogos acerca de si las relaciones no sexuales tras la terminación de la terapia eran generadoras de problemas éticos, por lo que se recomienda el desarrollo de modelos de toma de decisiones para resolver la complejidad de este asunto. Como se ha indicado, no hubo consenso entre los profesionales de la psicología acerca de considerar o no las relaciones con antiguos pacientes como problemáticas. Entre las razones esgrimidas por estos se encuentra por ejemplo que las cuestiones de transferencia no estarían resueltas, que el contacto cuando ha transcurrido poco tiempo tras la terminación de la terapia puede resultar problemático, al reavivar cuestiones que se resolvieron de manera parcial, o que, a veces, los pacientes mantienen la idealización de sus terapeutas, y que ver interactuar a los mismos en un contexto distinto al terapéutico podría llevarles a evaluar la influencia positiva del terapeuta o a cuestionar las pautas sugeridas. Se señaló además que los pacientes no se sentirían libres para volver a terapia si lo precisasen. Por su parte, otros psicólogos no vieron la relación como éticamente problemática y sugirieron que la terminación es importante, en el sentido de que se ha de considerar el lapso entre la terminación de la terapia y la constitución de la nueva relación, sugiriéndose un período de tiempo de entre 2 y 10 años.

Pipes (1997) ofrece varias razones por las que los terapeutas deben limitar las relaciones no sexuales con antiguos pacientes. Señala que puede que estos tengan que volver a la terapia. Por tanto, involucrarse en otro tipo de relación después de la misma haría que el terapeuta perdiese objetividad si tuviese que retomar los contactos psicoterapéuticos. Además, esta pérdida de objetividad sería mayor cuanto más significativa fuese la nueva relación. Pipes ha llamado la atención sobre la escasa información con la que contamos para determinar los efectos de las relaciones no sexuales posteriores a la terminación de la terapia que acaban con consecuencias muy negativas en

los pacientes, con lo que se corre el riesgo no solo de que estas relaciones acaben mal, sino que los pacientes se sientan manipulados, pierdan la confianza en sus terapeutas, y en los terapeutas en general, y tengan dificultades para iniciar otra relación psicoterapéutica con otro profesional. Otro motivo para no implicarse en relaciones de este tipo es que muchos de ellos seguirían siendo vulnerables después de la terminación y serían susceptibles a la explotación por parte de su anterior terapeuta.

Con los años se ha producido un incremento en la unanimidad respecto de considerar como inadecuadas a las relaciones sexuales con pacientes (Pastor, 2017). No obstante, tal consenso no se da en las opiniones de los profesionales cuando se les cuestiona acerca de prohibir estas relaciones con usuarios que siguieron en el pasado una terapia. Baer y Murdoch (1995), en una encuesta realizada a 223 miembros de la APA, hallaron que los terapeutas pensaban que los comportamientos de relación dual no sexual con antiguos pacientes eran éticos solo en circunstancias limitadas, y la prohibición taxativa respecto del establecimiento de relaciones sexuales con pacientes antiguos no obtuvo un consenso absoluto, variando desde posiciones absolutamente a favor de la prohibición a otras que contemplan que ciertos factores o matices hicieran de la implicación en relaciones sexuales con antiguos pacientes una conducta no del todo inadecuada. En cualquiera de los casos, el Código de Ética de la APA (2002, 2010, 2016) refiere con contundencia la prohibición de la intimidad sexual con expacientes durante, al menos, dos años después de la terminación de la terapia, teniendo además que demostrarse por parte del terapeuta que no ha habido explotación ni declaración previa respecto a la posibilidad de iniciar relaciones sexuales una vez concluido el tratamiento. Sin embargo, añade el matiz de «excepto en circunstancias excepcionales» respecto al establecimiento de una relación sexual íntima antes de los dos años de la terminación de la terapia, no concretándose qué criterios o parámetros de normalidad se han de seguir para considerar ético el establecimiento de tales relaciones.

7. RELACIONES DUALES ENTRE UN FACULTATIVO Y UN RESIDENTE AL QUE SUPERVISA

La ética de las relaciones duales entre profesores y alumnos (o entre facultativos y residentes) no está tan clara ni ha sido objeto de investigación en la misma medida en la que sí lo han sido las relaciones duales en psicoterapia.

En el ámbito de la asistencia sanitaria, los facultativos especialistas, psicólogos clínicos o psiquiatras supervisan y evalúan las actuaciones profesionales asistenciales e investigadoras de los residentes internos a los que tutorizan. Si bien es cierto que los residentes son ya licenciados universitarios que han superado una fase de oposición, también lo es que acceden al ámbito sanitario con un contrato de personal en formación. Esto supone que el residente esté obligado a consultar siempre que se encuentre con dudas y que se haya de someter a las indicaciones de los especialistas que trabajan en la unidad donde presten servicios. Esta doble vertiente formativa y asistencial queda reflejada en el Real Decreto 1146/2006, que establece la adquisición de responsabilidad gradual y progresiva del interno residente mediante un programa formativo y una evaluación continuada, siendo imprescindible la tutela, orientación y supervisión por el tutor o colaborador docente.

Por otro lado, se requiere y espera que el residente preste servicio en la unidad por la que esté realizando su rotación y desarrolle las labores asistenciales y de investigación que le hayan sido asignadas por sus tutores, jefes de servicio y la comisión de docencia del hospital. Hay que enfatizar que estas relaciones, aunque profesionales, no son simétricas ni están exentas de dificultades derivadas del establecimiento de relaciones duales (Barnett, 2008). Por ejemplo, un facultativo podría interesarse en tener una relación de amistad con un residente, participar en relaciones de negocios con él, ambos podrían ser miembros de las mismas asociaciones profesionales o incluso sentirse atraídos físicamente e interesarse en mantener relaciones sexuales. Y lo mismo ocurriría a la inversa, esto es, que un residente se interesase en

mantener algunas de estas relaciones con un facultativo que le supervisa.

Cormier y Bernard (1982) ya advirtieron que los supervisados no son capaces de dar un consentimiento voluntario totalmente libre para mantener cualquier forma de relaciones duales, dado que los mismos se hallan en una posición de poder disminuida respecto del tutor. Así pues, las relaciones duales supondrían un posible conflicto de intereses, y algunas de ellas podrían suponer una amenaza al proceso de aprendizaje del residente.

Hemos de tener en cuenta que un facultativo que supervisa las actuaciones profesionales de un residente en formación constituye un modelo en torno a los aspectos de relación y de manejo clínico con los usuarios. El residente va a contar en sus actuaciones profesionales, muy especialmente en el primer año de residencia, con la observación directa y la supervisión casi constante de su adjunto. Además, el período de residencia es a menudo difícil, pues los supervisados se hallan con frecuencia aislados de sus redes de apoyo, muchos se independizan por primera vez de sus familias de origen y se desplazan a otras ciudades, se encuentran inmersos en un período formativo de transición para convertirse en profesionales especializados y son constantemente valorados en sus intervenciones. Intentan por ello validarse como profesionales y terapeutas, conocedores de que sus tutores pueden ser los que permitan el acceso a una carrera profesional como especialistas a través de las evaluaciones correspondientes y las recomendaciones a los jefes de servicio. Todo ello hace que la relación con sus tutores de especialidad o con los colaboradores docentes cobre un matiz distintivo al de otras relaciones profesionales, dándose con frecuencia no solo la revelación de sentimientos e inseguridades profesionales, sino también confidencias personales y angustias vitales. Así, la relación facultativo-residente coloca al primero en una posición de poder y superioridad en un triple sentido: primero, porque ha de erigirse como modelo para el residente; segundo, porque ha de evaluarle conforme a lo establecido al final de su

proceso de rotación; finalmente, porque podría darse el caso en que le son revelados al tutor ciertos aspectos de la vida personal del residente, por ejemplo vulnerabilidades o miedos, que podrían ser mal utilizados por parte del facultativo especialista. Así pues, valorar si resulta comprometido el rol como adjunto o como residente sería necesario a la hora de establecer una relación con el supervisado que fuese más allá de la estrictamente profesional. Podría surgir una relación especialmente amigable entre uno de los residentes y su adjunto, lo cual pudiera interpretarse, a ojos de otros supervisados, como prueba de que existen relaciones de favoritismo y, por tanto, imposibilidad de acceso a las mismas oportunidades. También podría darse el caso de que un residente considerara inapropiado rechazar invitaciones para algún encuentro social con su adjunto o que tuviese dificultades para decir que no ante la petición de un favor. Si un supervisor comparte una relación social con un residente, su evaluación objetiva respecto de sus habilidades profesionales podría resultar comprometida, por lo que las relaciones sociales, incluso aquellas basadas en interacciones positivas, pudieran tener un efecto adverso en el proceso formativo (Gottlieb, Robinson y Youggren, 2007).

Otra relación con los supervisados que también plantea problemas éticos sería la referida a la relación psicoterapéutica que con ellos pudieran mantenerse. Esta sucede cuando un facultativo especialista se convierte también en el psicoterapeuta del residente al que supervisa. Gottlieb, Robinson y Youggren (2007) consideran que los supervisores que proporcionan terapia a los residentes se colocan en situaciones que implican un conflicto de intereses. Estas relaciones plantean problemas en tanto el terapeuta es conocedor de información privilegiada respecto del supervisado, lo cual podría repercutir en la objetividad del tutor para evaluar al residente exclusivamente en función de sus actuaciones profesionales, o generar en el supervisor una motivación extraordinaria para proteger a los pacientes del propio supervisado por temor a que los conflictos de este pudiesen afectarles en el transcurso de las inter-

venciones psicoterapéuticas. Además, como pacientes, los residentes tienen derecho a la protección de la confidencialidad respecto de lo revelado en una psicoterapia, siendo importante el senti-

miento de libertad con que han de contar para expresar emociones, vivencias y sentimientos sin temor alguno a que estos pudiesen ser utilizados en la evaluación.

Caso María José

María José, de 25 años, accedió a su plaza MIR hace 6 meses, decantándose por la especialidad de Psiquiatría en un hospital de provincia bastante alejado de su localidad natal y de residencia habitual. Ese año, en el hospital donde realiza su formación se ofertaron otras dos plazas más de Psiquiatría. Su tutora de especialidad es bastante joven y apenas le saca unos 10 años. Un lunes, en sesión de docencia, su tutora habla amigablemente con sus dos coerres¹, siendo fácil para María José deducir de la conversación que tanto su tutora como sus dos compañeras han pasado algunos momentos del fin de semana juntas, habiéndose entablado entre ellas cierta amistad que va más allá de la relación entre unas residentes y una adjunta que las tutoriza. Ciertamente, María José ya había advertido en otros momentos que la relación entre ella y su tutora era distinta a la que esta mantenía con sus coerres, en el sentido de que su adjunta se dirigía a ella en un tono claramente más distante y seco que el que mantenía cuando conversaba con sus compañeras. Se da, asimismo, la circunstancia de que María José y una de sus coerres no se llevan especialmente bien.

María José se angustia, empieza a pensar que quizá no tenga futuro en ese hospital y considera que quizá su adjunta pueda no ser objetiva en sus valoraciones.

Preguntas para reflexionar:

1. ¿Puede un adjunto tener una relación de amistad con un residente al que supervisa?
2. ¿Qué precauciones habría de tener un/a tutor/a que opta por establecer una relación con el supervisado más allá de la estrictamente profesional?

Con respecto a las relaciones sexuales con residentes, las motivaciones para implicarse en tales relaciones incluyen una variedad de razones, que van desde la atracción física hasta la necesidad de complacer al tutor por parte del residente o la necesidad de sentirse poderoso e influyente por parte del adjunto. Un tutor que se implica en relaciones sexuales con un residente podría tener dificultades para mantener los intereses formativos y emocionales del supervisado (Harrar, Van-deCreek y Knapp, 1990), dando prioridad al interés propio y a la preservación de la relación sexual. Además, los residentes podrían abstenerse de par-

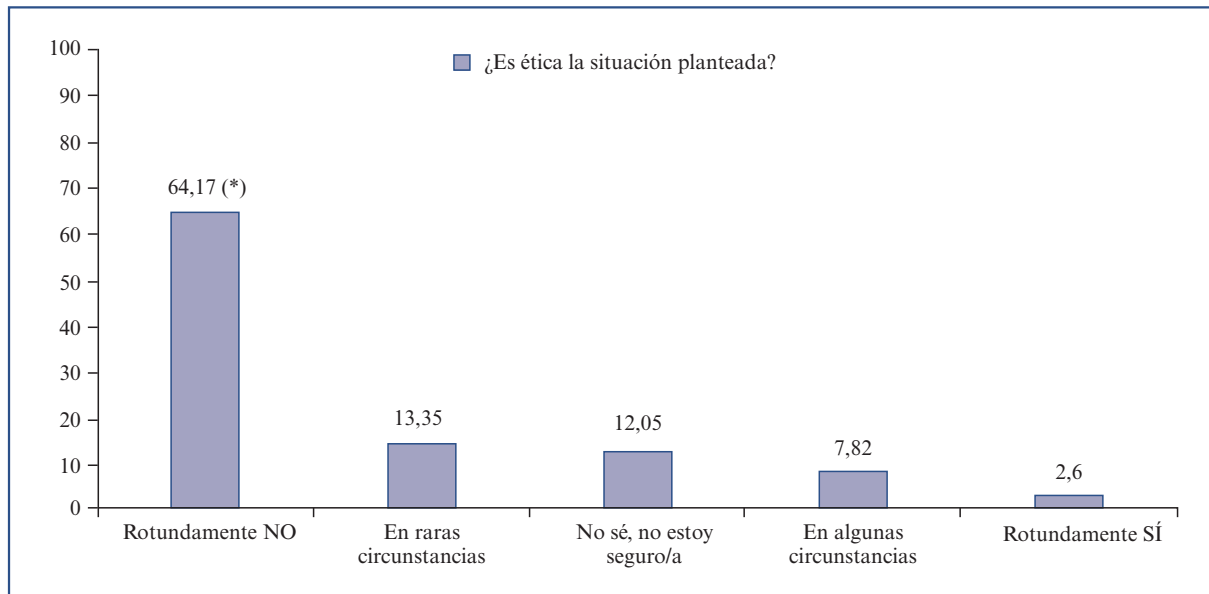
ticipar libremente en sesiones clínicas o seminarios junto a sus tutores, por temor a que pudiera evidenciarse que las capacidades del tutor para evaluar objetivamente al supervisando resultan comprometidas (Pope, Keith-Spiegel y Tabachnick, 1987). Por otro lado, pudieran darse relaciones ni libres ni mutuamente consentidas, generadoras de emociones negativas en los residentes (Salisbury, Ginorio, Remick y Stringer, 1986).

En el estudio de Pastor (2017), en las situaciones que tenían que ver con relaciones duales entre supervisado y tutor, los respondientes consideraron lo que puede verse en la Situación 3.

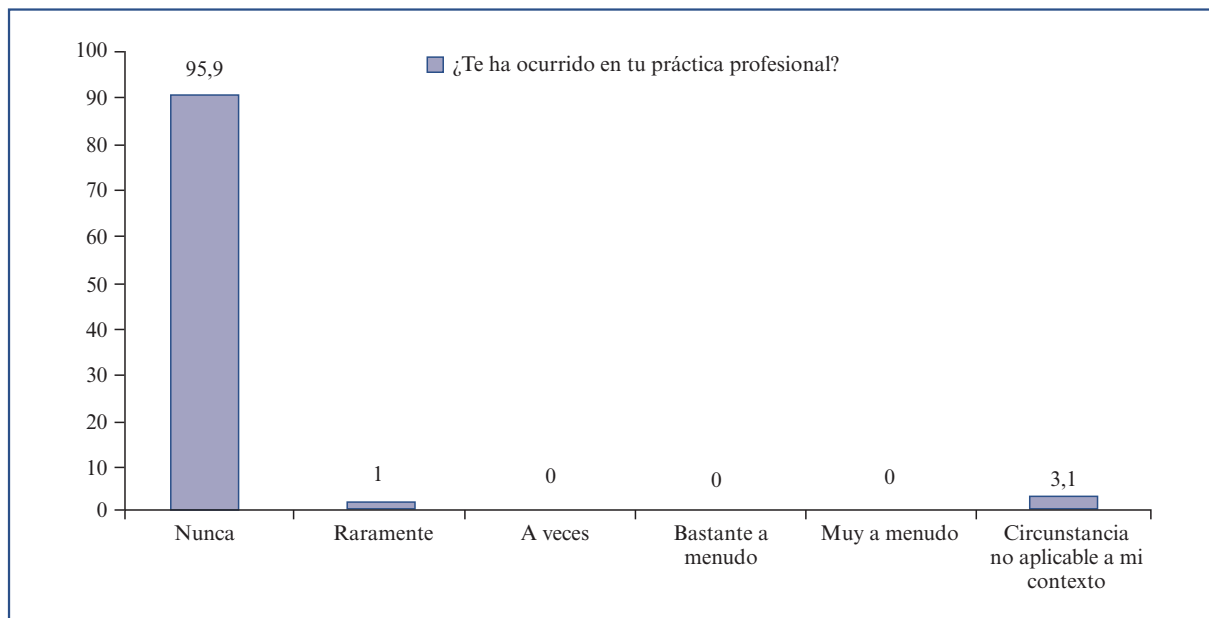
¹ Término coloquial que se utiliza para referirse a los compañeros del mismo año de residencia, y que es empleado tanto en MIR como en PIR.

SITUACIÓN 3

Acceder a mantener relaciones sexuales con un supervisado (residente o alumno en formación) siendo tutor clínico del mismo



Nota: El símbolo (*) indica la dirección de respuesta más ajustada a las normas éticas.



Si bien se observa una ínfima incidencia en la práctica, en este caso la valoración deontológica que los profesionales realizan no es ni mucho menos taxativa en cuanto a considerarla inapropiada.

8. LOS CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS Y LAS RELACIONES DUALES

La última versión del Código Ético de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2002, 2010, 2016) resulta la más clarificadora respecto

a las relaciones múltiples. En su norma 3.05, además de definir la relación dual y de ser taxativa con respecto a la prohibición de iniciar relaciones que pudiesen inducir confusión respecto al rol del terapeuta, explicita las medidas a tomar para resolver una relación múltiple una vez esta se ha originado, así como también refiere la necesidad de que el profesional de la psicología aclare los límites de la confidencialidad y sea preciso respecto a definir el papel que desempeña en situaciones en que es requerido por instancias judiciales cuando ha de prestar declaración en torno a un paciente.

APA (2002, 2010, 2016)

Norma 3.05. Relaciones múltiples

- a) Existe una relación múltiple cuando un psicólogo desempeña un rol profesional con una persona y: 1) al mismo tiempo desempeña otro rol con la misma persona, 2) al mismo tiempo tiene una relación con una persona relacionada o muy allegada al individuo con el cual el psicólogo mantiene la relación profesional, o 3) promete establecer en el futuro otra relación con la persona con la cual mantiene la relación profesional, o con otra allegada o relacionada con ella. Un psicólogo se abstendrá de establecer una relación múltiple si pudiera esperarse razonablemente que tal relación disminuyera la objetividad, competencia o eficacia en el desempeño de sus funciones como psicólogo, o bien pusiera en riesgo de explotación o daño a la persona con la cual existe la relación profesional. No constituyen una falta ética las relaciones múltiples de las que razonablemente no fuera esperable que deteriorasen la relación o generasen riesgo de explotación o daño.
- b) Si un psicólogo encontrara que, debido a factores imprevistos, se ha originado una relación múltiple potencialmente dañina, tomará las medidas razonables para resolverla con el debido respeto por los mejores intereses de la persona afectada y el máximo cumplimiento del Código de Ética.
- c) En caso de que las leyes, la política institucional o circunstancias extraordinarias emplazaran a un psicólogo para prestar servicios en más de un rol en procedimientos judiciales o administrativos, este determinará, al inicio, lo que se espera de su rol y el alcance de la confidencialidad, y de allí en adelante los cambios a medida que estos sucedan.

Norma 2.05. Delegación del trabajo a terceros

Los psicólogos que delegan trabajo a empleados, supervisados o asistentes de docencia o investigación, o que utilizan los servicios de otros, tales como intérpretes, tomarán medidas razonables para: a) evitar delegar tal trabajo en personas que mantienen relaciones múltiples con los beneficiarios de tales servicios, debido a que ello podría llevar a explotación o pérdida de la objetividad; b) delegar solo aquellas responsabilidades respecto de las cuales se pueda esperar que tales personas se desempeñen competentemente sobre la base de su formación, capacitación o experiencia, ya sea

en forma independiente o bajo supervisión; y *c*) observar que tales personas desempeñen dichos servicios competentemente.

Norma 7.05. Terapia obligatoria individual o grupal

- b*) Los profesionales que son responsables o que pudieran ser responsables de la evaluación del desempeño académico de los estudiantes no brindarán dicha terapia.

Norma 7.07 Vínculos sexuales con estudiantes y supervisados

Los psicólogos no se involucrarán sexualmente con estudiantes o supervisados que pertenezcan a su departamento, agencia o centro de práctica, o sobre los que tengan o pudieran tener autoridad de evaluación.

Norma 10.02 Terapia de familia o pareja

- b*) Cuando sea evidente que los psicólogos pueden ser emplazados para desempeñar roles potencialmente conflictivos (tales como terapeuta de familia y luego testigo de una de las partes en un juicio de divorcio), los psicólogos tomarán medidas razonables para aclarar, modificar o sustraerse de los roles apropiadamente.

Norma 10.08 Intimidad sexual con exclientes/pacientes

- a*) Los psicólogos no se involucrarán en intimidad sexual con exclientes/pacientes durante al menos dos años después de la interrupción o finalización de la terapia.
- b*) Los psicólogos no se involucrarán en intimidad sexual con exclientes/pacientes incluso después de un intervalo de dos años, salvo en circunstancias excepcionales. Los psicólogos que se involucren en tal actividad después de dos años de la interrupción o finalización de la terapia y no hayan tenido ningún contacto sexual con el excliente/paciente, tienen la obligación de demostrar que no ha habido explotación, a la luz de todos los factores pertinentes, que incluyen: 1) el lapso de tiempo transcurrido desde la finalización de la terapia; 2) la naturaleza, duración e intensidad de la terapia; 3) las circunstancias de finalización; 4) la historia personal del cliente/paciente; 5) el estado mental actual del cliente/paciente; 6) la probabilidad de impacto adverso sobre el cliente/paciente; y 7) cualquier declaración o acción mantenida por el terapeuta durante el curso de la terapia, sugiriendo o invitando la posibilidad de una relación sexual o sentimental con el cliente/paciente una vez acabado el tratamiento.

Pero no solo la norma 3.05, relativa en exclusiva a relaciones múltiples, hace referencia al establecimiento de este tipo de relaciones. En otra de sus normas, la relativa a la delegación del trabajo a terceros, se establece que los profesionales han de contar con las medidas para evitar que los supervisados mantengan relaciones duales con

los usuarios a quienes dirigen intervenciones psicológicas. Por otro lado, respecto a la terapia individual o grupal obligatoria como parte de un programa formativo, otra norma establece que los profesionales responsables de la evaluación del desempeño académico de un alumno no pueden, al mismo tiempo, ser los terapeutas de los mis-

mos. Es un código también taxativo respecto a los vínculos sexuales con estudiantes, supervisados, así como con expacientes, estableciendo que los psicólogos no han de involucrarse sexualmente con supervisados sobre los que tengan que emitir evaluación de su desempeño. Del mismo modo, respecto a la intimidad sexual con expacientes, el código refiere la prohibición de involucrarse en relaciones sexuales durante, al menos, dos años después de la terminación de la terapia, teniendo también que demostrar, en los casos en que así se requiera, que no ha habido explotación ni declaración previa respecto a la posibilidad de iniciar relaciones sexuales una vez concluido el tratamiento. Finalmente, se clarifica y explicita también la confusión que pudiera originarse cuando el terapeuta desempeña roles potencialmente con-

flictivos, así como la necesidad de sustraerse de los mismos apropiadamente. Concretamente, en lo relativo a intervenciones de terapia de familia o pareja, se señala la importancia de aclarar los roles cuando los terapeutas pudiesen, al mismo tiempo que realizan una terapia de este tipo, ser llamados a declarar posteriormente como testigos de una de las partes en un juicio de divorcio.

No de manera tan exhaustiva, el Metacódigo de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA) advierte a los profesionales de la psicología de la importancia de tomar en consideración los problemas que pudieran resultar del establecimiento de relaciones duales, así como pone énfasis en la importancia de la responsabilidad profesional incluso después de la terminación de la intervención psicológica.

EFPA (2005)

Artículo 3.4.4. Conflicto de intereses y explotación

- i) Los psicólogos tendrán conocimiento de los posibles problemas que pueden resultar del establecimiento de relaciones duales, así como la obligación de evitar las relaciones duales que reduzcan la distancia profesional necesaria o que puedan conducir a un conflicto de intereses o a la explotación de un cliente.
- ii) Obligación de no aprovecharse de una relación profesional en favor de intereses personales, religiosos, ideológicos, políticos u otros.
- iii) Tendrán conocimiento de que los conflictos de intereses y la desigualdad de poder en una relación profesional se mantiene todavía después de que esta formalmente haya concluido, por lo que aún se mantiene la responsabilidad profesional.

En el Código de Ética Médica no hay un articulado específico para este tipo de situaciones. Por su parte, en el Código Deontológico del Psicólogo actual, vigente desde 1987 (con revisiones posteriores en 2010 y 2014, como ya se ha comentado), las relaciones múltiples no quedan recogidas en ninguno de los artículos que lo integran de modo explícito. Podrían incluirse en algunos otros de modo más general y, en ningún caso, alcanzando el grado de concreción que mantiene tanto el de la EFPA como, sobre todo, el de la

APA. No obstante, incidir en que el Metacódigo antes referido de la EFPA resulta de obligado cumplimiento para todas las asociaciones miembro. Pese a no ser explícito respecto a las relaciones duales, recoge la inadecuación que supone que el profesional de la psicología se aproveche de la situación de superioridad que le confiere su rol profesional, así como hace referencia a la importancia de clarificar el papel ejercido en cada una de las funciones que como profesional haya de desempeñar, tal y como se recoge en los artículos siguientes:

COP (1987, 2010, 2014)**Artículo 11**

El/la psicólogo/a no aprovechará, para lucro o beneficio propio o de terceros, la situación de poder o superioridad que el ejercicio de la profesión pueda conferirle sobre los clientes.

Artículo 29

Del mismo modo, no se prestará a situaciones confusas en las que su papel y función sean equívocos o ambiguos.

9. CARACTERÍSTICAS DE LOS TERAPEUTAS QUE SE IMPLICAN EN RELACIONES DUALES

Se ha establecido, con relación a las variables que se asocian a los terapeutas que transgreden los límites en psicoterapia, que es el sexo la característica más comúnmente asociada con una relación romántica o sexualizada con los pacientes. Así, los terapeutas masculinos notifican con más frecuencia con respecto a las féminas haber sentido atracción hacia uno o más pacientes (Harris, 2001; Paxton, Lovett y Riggs, 2001; Pope, Sonne y Greene, 2006). Del mismo modo, son estos los que informaron de fantasías sexuales en un porcentaje significativamente mayor respecto a las terapeutas (McMinn y Meek, 1996; Pope, Sonne y Greene, 2006). Las implicaciones sexuales de un terapeuta hombre con sus pacientes también quedan constatadas en estudios como el de Nickell, Hecker, Ray y Bercik (1996) o el de Pope, Sonne y Greene (2006).

Además del sexo masculino, otras características han sido asociadas a las transgresiones sexuales: los terapeutas a menudo son profesionalmente reputados (Chesler, 1986; Pope y Bajt, 1988), cuentan con experiencia profesional (Lamb, Catanzaro y Moorman, 2003), son ejicientes en la práctica privada (Somer y Saadon, 1999), atraviesan una difícil situación vital (Lamb, Catanzaro y Moorman, 2003), su personalidad está asociada a rasgos narcisistas (Celenza, 1991)

y han sido objeto de traumas anteriores (Jackson y Nuttall, 2001).

En cuanto a la orientación teórica del especialista, los resultados existentes no son consistentes. Existe, no obstante, evidencia empírica de que la orientación teórica del terapeuta afecta tanto a la percepción de los posibles problemas éticos derivados del establecimiento de una relación dual, como a la decisión posterior de implicarse en relaciones que suponen la transgresión de los límites (Williams, 1997). En este sentido, la propia relación psicoterapéutica es concebida de modo distinto en función del paradigma desde donde el terapeuta interviene: abstinencia y neutralidad en las terapias psicodinámicas (Curtis y Hirsch, 2011; Gabbard, 2010; Wolitzky, 2011); empirismo colaborativo en el enfoque cognitivo conductual (Dienes, Torres-Harding, Reinecke, Freeman y Sauer, 2011), o empatía, congruencia y autenticidad en intervenciones humanistas (Bohart y Watson, 2011). Por otro lado, Borys y Pope (1989) concluyeron que los terapeutas psicodinámicos realizaban valoraciones éticas más negativas del establecimiento de relaciones duales sociales y financieras con respecto a terapeutas de otras orientaciones; por su parte, los terapeutas humanistas refirieron una mayor frecuencia de relaciones duales de tipo financiero y de negocios con los pacientes.

Los rasgos caracteriales también han sido tenidos en cuenta por parte de algunos autores, al sostener que tendrían relación con las valoraciones éticas de los profesionales, por ejemplo en torno al establecimiento de relaciones duales de tipo

no sexual (Ebert, 1997). Estos autores hacen referencia al gasto cognitivo invertido por el terapeuta a la hora de realizar deliberaciones en torno a dilemas éticos. Por ejemplo, un terapeuta con una fuerte necesidad de complacer a los demás podría ser menos propenso a reconocer los problemas éticos derivados de la solicitud de un paciente de establecer algún tipo de relación dual y, en su lugar, y pretendiendo agradar al mismo, orientaría su actuación y decisión final en función de la petición del paciente. Otros rasgos de personalidad, como el narcisismo, la necesidad de control o la tolerancia del terapeuta a la ambigüedad, podrían guardar relación con la toma de decisiones éticas y la implicación final en una relación dual (Sonne, 2007).

Barnett (2014) refiere tres grandes causas explicativas de las transgresiones profesionales de los terapeutas: *a)* ignorancia del profesional, *b)* problemas relacionados con la competencia profesional y *c)* problemas de índole caracterial. Con respecto a la primera, un terapeuta ignorante sería aquel mal informado o sin posesión del conocimiento necesario respecto a los límites profesionales, a las relaciones duales, a los estándares éticos de buena práctica profesional o a los aspectos implicados en la toma de decisiones éticas. Con respecto a la competencia profesional, los psicoterapeutas deben gestionar las dificultades que generan los pacientes difíciles, los que recaen o no mejoran, los que pretenden la transgresión de límites o los que realizan gestos o intentos autolíticos (O'Connor, 2001). Junto a estas dificultades derivadas del quehacer clínico, los psicoterapeutas tienen también los problemas propios de la vida personal de cualquier ser humano y que pueden incluir conflictos de pareja, enfermedades familiares o problemas económicos, entre otros. Ambas dificultades, profesionales y personales, interactúan y se interinfluencian generando distintas emociones que pueden afectar a las habilidades del clínico para mantener niveles óptimos de competencia profesional (Barnett, 2008).

Finalmente, los problemas caracteriales de los profesionales se dan en psicoterapeutas que, pese a ser conocedores de las obligaciones éticas y

deontológicas, se aprovechan de la vulnerabilidad de los pacientes y se implican en relaciones duales o íntimas con ellos.

Otros autores sí han desarrollado distintos perfiles en base a los distintos comportamientos hallados, a los rasgos de personalidad del terapeuta más comúnmente asociados a la transgresión sexual con pacientes o a los trastornos psicopatológicos que subyacerían al establecimiento de estas relaciones duales.

A continuación exponemos algunas de las clasificaciones por perfiles que estos autores han desarrollado.

Clasificación de Keith y Koocher (1985). Estos autores, en base al análisis de más de cien casos de transgresiones sexuales inapropiadas por parte de terapeutas, hallan los siguientes perfiles:

- Perfil «seductor». Terapeutas que manipulan a sus pacientes hasta lograr la pretendida relación sexual.
- Perfil de «experto» sexual. Terapeutas que justifican su actuación inapropiada en base al supuesto beneficio que el contacto sexual podría generar al paciente.
- Perfil «dispara y corre». Terapeutas que se implican con pacientes sexualmente y que, posteriormente, pretenden alejarse de tales conductas sexuales.
- Perfil «engañado por el amor». Terapeutas que basan la relación sexual con su paciente en un genuino sentimiento de amor.

Clasificación de Simon (1992), que establece cinco grupos:

- Terapeutas con *trastorno de personalidad* límite, antisocial o narcisista de personalidad.
- Terapeutas con *parafilias u otros trastornos sexuales*.
- Terapeutas que *no están suficientemente formados*.
- Terapeutas con *grave enfermedad mental* o que sufren *deterioro por consumo de tóxicos o de alcohol*.

- Terapeutas que atraviesan por propios *conflictos matrimoniales*.

Clasificación de Gabbard (2001). En base a características psicopatológicas o rasgos de personalidad disfuncionales, Gabbard estableció cuatro perfiles de terapeutas transgresores:

- *Trastornos psicóticos.* Correspondería este perfil al terapeuta que se implica en relaciones sexuales con pacientes como consecuencia de su actividad delirante o alucinatoria.
- *Psicopatías agresivas y parafilias.* Terapeutas con trastornos de personalidad límite, antisocial o narcisista y/o actividades parafilicas que, desde la pretensión de sentirse poderosos, manipulan al paciente al concebirles como víctimas fáciles.
- *Enamoramiento patológico.* Terapeutas con conflictos psicológicos y necesidad de ser valorados, amados e idealizados por los pacientes. Confunden sus necesidades con las del paciente y sienten que están dándole cariño cuando, en realidad, precisan rellenar sus vacíos afectivos.
- *Abandono masoquista.* Profesionales que, ante la pretensión de salvar casos considerados difíciles o imposibles, se sacrifican a sí mismos para beneficiar supuestamente a los pacientes. Dichos sacrificios van desde acceder a que los pacientes llamen a cualquier hora del día hasta implicarse en relaciones sexuales con los mismos, con la finalidad de «salvarlos» de alguna manera, por ejemplo ante una amenaza de suicidio (más información y exposición de casos que ejemplifican todos estos perfiles puede encontrarse en Del Río, 2005).

10. RELACIONES DUALES Y MODELOS DE TOMA DE DECISIÓN

Aunque lo deseable es evitar las relaciones duales, estas no siempre pueden ser rechazadas por parte del profesional, e incluso algunos auto-

res (Younggren, 2002) sostienen que evitarlas en su totalidad pudiera considerarse como un acto profesional poco ético.

En la misma línea, Gottlieb (1993) sostiene que no todas las relaciones duales son inapropiadas, constitutivas de un daño para el paciente o explotadoras. De este modo, si un psicólogo está planteándose iniciar algún tipo de relación extraterapéutica con un paciente o supervisado, ha de tomar una decisión en torno al establecimiento de la misma, decisión que le obligaría a evaluar de forma prospectiva las situaciones que de la relación dual pudieran generarse y los riesgos que podrían derivarse de las mismas. Se ha de tener en cuenta que el establecimiento de una relación dual no solo comporta un riesgo para el paciente, sino también para el clínico (Younggren, 2002). Así, en lugar de rechazar cualquier tipo de relación dual, diversos autores han propuesto modelos de toma de decisión, todos ellos organizados en pasos, en torno al establecimiento de dichas relaciones, con el objeto de que no sean decisiones precipitadas, sino analizadas cuidadosamente teniendo en cuenta todos los aspectos implicados. Algunos de estos modelos de toma de decisión son:

Modelo de Gottlieb (1993). Propone un modelo basado en el uso de tres dimensiones consideradas básicas y críticas en el proceso de toma de decisiones y unos pasos a seguir:

1. Grado de poder que el profesional tiene sobre el paciente. Por ejemplo, un profesional que asista a una sesión formativa como docente tiene poco poder si lo comparamos con un clínico que realiza una intervención psicoterapéutica con un paciente durante varios años.
2. Duración de la relación. Es, en realidad, una dimensión íntimamente relacionada con la anterior, pues, a mayor duración, mayor poder.
3. Claridad respecto a la terminación de la relación profesional o probabilidad de que terapeuta y paciente tengan un encuentro posterior a la finalización de la

terapia. Se ha de tener en cuenta que el paciente tiene derecho de reanudar la relación profesional si lo precisa. Por tanto, incluso una vez concluida la terapia, ha de asumirse que la relación profesional continúa, independientemente del tiempo transcurrido desde la terminación de la misma.

Paso 1: Evaluar la relación actual de acuerdo a las tres dimensiones. Desde la posición del paciente: ¿hacia qué lado se inclina la relación adicional?, ¿cuán grande es la diferencia de poder?, ¿cuál ha sido la duración de la relación profesional?, ¿ha terminado esta relación profesional con claridad? Si la relación cae a la derecha al menos dos de las tres dimensiones, esto es, alto grado de poder del terapeuta, larga duración y sin término claro, el potencial de daño es alto y una relación adicional a la terapéutica ha de ser descartada. Por ejemplo, para la psicoterapia tradicional, las terapias grupales, las de pareja o las de familia, el caso está claro, en tanto se trata de tratamientos largos, con una diferencia de poder considerable y con una terminación que no siempre está clara en tanto el o los pacientes pueden considerar retomar las sesiones de terapia en cualquier momento futuro. Si, por el contrario, la relación cae a la izquierda o, lo que es lo mismo, bajo poder, corta duración y ha concluido la relación terapéutica, el profesional avanza hasta el siguiente paso.

Paso 2. Examinar la relación adicional que se prevé a lo largo de las tres dimensiones, al igual que se hizo con la relación actual. Si la relación que se contempla recae hacia el lado derecho de las dimensiones (es decir, se trataría de un gran poder, durante un largo tiempo y con una terminación incierta), entonces debe ser rechazada si la relación existente también cae a la derecha. Si, por el contrario, la relación prevista recae en la gama media o hacia el lado izquierdo de las dimensiones, podría ser admisible considerar dicha relación adicional. El psicólogo podría avanzar hasta el paso siguiente. Por ejemplo, un psicólogo podría considerar iniciar una relación de amistad con los padres de un niño al que trató hace unos

años durante un período de tiempo muy corto por un trastorno que, además, se sabe que no volverá a padecer (enuresis). En este caso, el psicólogo tenía un gran poder, pero solo por un breve y claramente definido período de tiempo, siendo la terminación de la relación profesional inequívoca. La nueva relación, aunque de duración indeterminada y de terminación incierta, implica poca o ninguna diferencia de poder. Otra posibilidad es que la primera relación pudiera caer hacia el lado izquierdo en las dimensiones y la relación prevista a la derecha. En este caso, la nueva relación es aceptable. Por ejemplo, un psicólogo podría considerar tratar a un niño después de dar un discurso sobre las reacciones de los menores al divorcio de los progenitores.

Paso 3. Examinar ambas relaciones y valorar los conflictos de rol surgidos. Si la incompatibilidad entre ambos roles es importante, será también importante la diferencia de poder, y por tanto la relación adicional que se contempla no ha de llevarse a cabo. Por ejemplo, un profesor no debe iniciar una psicoterapia con un alumno. Pero si ambas relaciones caen en el rango medio o hacia la izquierda de las dimensiones, la incompatibilidad será baja y el psicólogo puede implicarse en la relación adicional que contempla. Por ejemplo, un profesor universitario puede contemplar la posibilidad de que un estudiante colabore en uno de sus proyectos de investigación.

Paso 4. Consultar a compañeros y colegas profesionales expertos en cuestiones éticas y deontológicas o conocedores de las circunstancias en torno a la relación adicional que se contempla.

Paso 5. Discutir la decisión con el paciente y revisar con el mismo la toma de decisiones, las cuestiones éticas que del establecimiento de la relación pudieran derivarse, las alternativas o las consecuencias adversas posibles, todo ello en el marco de la elaboración de un consentimiento informado. También hay que tener en cuenta la competencia o incompetencia del paciente, en tanto es capaz o no de reconocer el dilema o los dilemas que podrían plantearse tras la constitución de la segunda relación. En este sentido, tanto si el paciente es incapaz de reconocer el o los dilemas o

bien no está dispuesto a examinar las alternativas antes de decidir la implicación en la relación extraprofesional, el terapeuta ha de considerar que la misma supondría una situación de riesgo y tendría que rechazar la relación contemplada.

Modelo de Younggren (2002)

Paso 1. ¿Es necesaria la relación dual? Si bien, como norma general, se han de evitar las relaciones duales, estas podrían ser necesarias en algunos casos, por lo que el profesional tendría que contestar entonces a la pregunta siguiente.

Paso 2. ¿Es explotadora la relación dual? Una relación dual que suponga un riesgo de explotación para el paciente no es ética y ha de ser evitada. No obstante, si no existe riesgo de que dicha explotación se dé, el profesional puede seguir hacia delante haciéndose la siguiente cuestión.

Paso 3. ¿Quién obtiene beneficio de la relación dual? Younggren ejemplifica este punto con algunas situaciones hipotéticas surgidas en localidades pequeñas. Pongamos por caso el de un profesional de una zona rural que necesita adquirir un coche nuevo y atiende como paciente al único distribuidor local de su localidad. En este caso, podría resultar inapropiado no implicarse en una relación adicional, pues alejarse del punto de venta de su localidad podría ser valorado por parte del paciente como inadecuado, sentirse disgustado por ello y afectarse negativamente la relación profesional.

Paso 4. ¿Es la relación dual dañina para el paciente o podría llegar a serlo? Las intervenciones profesionales de médicos y psicólogos, según los principios de la bioética, no han de causar daño a los pacientes o, al menos, se han de realizar todos los esfuerzos necesarios para disminuir el riesgo de daño, minimizando tanto como sea posible los factores de riesgo.

Paso 5. ¿Existe el riesgo de que la relación dual pueda interrumpir la relación terapéutica? El terapeuta que decide entrar en una relación dual con un paciente debe gestionar dicha relación de modo que la terapia no resulte dañada. En este sentido, el terapeuta ha de discutir este punto con el paciente antes de iniciar la relación adicional.

Paso 6. ¿Soy objetivo en la valoración de este asunto? Para garantizar la objetividad en su toma de decisiones, el terapeuta ha de consultar con colegas clínicos, recurrir a los miembros de las comisiones de ética y deontología de los colegios profesionales, a expertos en asuntos éticos y legales o a los comités de bioética de los organismos donde presten sus servicios.

Paso 7. ¿He dejado la debida constancia en la historia clínica del paciente del proceso de toma de decisiones que he llevado a cabo? Registrar por escrito la toma de decisiones pone en valor el proceso seguido y constituye una defensa a las posibles acusaciones de mala práctica y negligencia que pudiera recibir un profesional clínico que decide implicarse en una relación dual. Debe reflejar todas las consultas realizadas sobre el tema y explicar por qué se optó por iniciar la relación adicional. De no hacerse este registro, el profesional se sitúa en una posición de indefensión, al ser el único testigo del proceso de toma de decisión seguido, así como el único que apoya la opción por la que pudiera cuestionársele su práctica profesional.

Paso 8. ¿El paciente otorga consentimiento informado acerca de los riesgos de implicarse en una relación dual? Es importante que el paciente entienda los riesgos de implicarse en una relación adicional. En este sentido, el profesional ha de abordar con el paciente los posibles riesgos derivados de la relación adicional.

Paso 9. ¿Refleja la documentación que se ha informado y se ha obtenido consentimiento de los pacientes? El consentimiento referido ha de estar reflejado en un consentimiento informado firmado y por escrito.

Modelo de Pope y Keith-Spiegel (2008)

Estos autores proponen un modelo de toma de decisiones donde se proponen nueve pasos para guiar al terapeuta en la valoración ética de la relación adicional y así considerar si esta supone una transgresión útil o dañina, un apoyo al paciente, o si resulta perjudicial para el mismo y para la intervención psicológica.

Paso 1: Imaginar el mejor y el peor de los resultados posibles en el caso de transgredir los límites profesionales o de no hacerlo. ¿Cruzar o no los límites implica un riesgo significativo de consecuencias negativas o de otro daño real grave? Si el daño es real, ¿habría formas de hacerle frente?

Paso 2: Considerar la investigación y la literatura publicada acerca de la transgresión de límites.

Paso 3: Conocer y tener en cuenta las orientaciones respecto a la transgresión de los límites que marcan las directrices profesionales, códigos deontológicos, legislación y jurisprudencia.

Paso 4: Identificar, al menos, a un colega para confiar el caso y poder recibir de este su opinión honesta sobre la transgresión de los límites.

Paso 5: Prestar atención a los sentimientos incómodos, dudas o confusiones, identificar las causas de los mismos y analizar qué implicaciones pudieran tener para su decisión final de transgredir o no los límites.

Paso 6: Describir al paciente, al inicio de la terapia y como parte del consentimiento informa-

do, cómo se trabaja y qué tipo de psicoterapia se va a realizar. Si el paciente se siente incómodo, explorar este sentimiento y orientar al paciente para que acuda a otro profesional.

Paso 7: Recomendar otro profesional a un paciente cuando no nos reconocemos suficientemente competentes para tratarlos con eficacia. Las razones para recomendar a otro profesional podrían tener que ver con la mayor capacitación profesional de este o con el reconocimiento de que ciertas emociones desagradables que nos genera el paciente pudieran interferir con el mantenimiento de un tratamiento eficaz.

Paso 8: Reflejar en el consentimiento informado cualquier transgresión de límites, por nimio que sea, que se planifique como parte del tratamiento (por ejemplo, sesiones de exposición con un paciente fóbico).

Paso 9: Explicitar en la historia del paciente cualquier relación fuera del contexto terapéutico que se haya mantenido, explicitando por qué se dio y con qué propósito para el paciente.

Además de la emisión de juicios clínicos y propuestas de tratamiento, la valoración clínica en salud mental requiere de un profesional cualificado, generalmente psicólogo clínico o psiquiatra, que haga uso de técnicas y herramientas para analizar y explicar las dinámicas relacionales y comportamentales de los pacientes. A su vez, los objetivos de valoración clínica precisan de la integración de los resultados obtenidos a partir de diferentes técnicas, como la entrevista clínica, los registros psicofisiológicos, las técnicas de observación conductual, la información procedente de terceros o las pruebas de evaluación psicológica.

Las consideraciones éticas al realizar exploraciones psicológicas y psiquiátricas requieren del evaluador el compromiso con: 1) el respeto por la dignidad, la libertad, la autonomía y la intimidad del evaluado; 2) la protección de los documentos generados en las evaluaciones; 3) la solicitud del pertinente consentimiento informado, y 4) el mantenimiento del secreto profesional a lo largo de todo el proceso.

La evaluación psicológica es definida como la disciplina de la psicología científica que explora y analiza el comportamiento a nivel motor, fisiológico o cognitivo, de una persona o de un grupo, por medio de un proceso de toma de decisiones en el que se aplican diferentes dispositivos, test y técnicas de medida y evaluación (Fernández-Ballesteros, 1996). La necesidad de medir y objetivar sus planteamientos fue una constante para la psicología desde sus inicios, de modo que con-

siderados autores como James McKeen Cattell o Alfred Binet contribuyeron a acercar a la psicología al método científico y favorecieron la creación de herramientas para la medición de atributos.

El ejercicio responsable de la evaluación psicológica nos emplaza a reflexionar en torno a dos importantes cuestiones: 1) las instrumentales, que guardan relación con las garantías técnicas y científicas relativas a las propiedades psicométricas que los procedimientos empleados en clínica poseen, y 2) las éticas, relacionadas con el buen uso de los resultados. Así pues, desde un punto de vista ético, el profesional tendría que reflexionar en torno a la influencia potencial que las conclusiones extraídas, tras las exploraciones oportunas, pudieran tener sobre las personas, así como el buen o mal uso social que pudieran derivarse de las mismas.

En realidad, como señala Messick (1995), la validación de los test implica tanto a la ciencia como a la ética, de modo que la propia validación psicométrica, además de garantía técnica, tiene un fuerte componente social. Así, la utilización incorrecta de los test (Salavarieta, 2008) resulta nefasta, cuestión que es especialmente grave en psicología, área en la cual están implicadas decisiones de suma importancia para la vida de las personas, de modo que otro elemento imprescindible en la tarea del evaluador tiene relación con las competencias de este en el manejo ético de la información que los instrumentos empleados proporcionan, es decir, con el buen uso de la información obtenida a partir de los test. Desde nues-

tro punto de vista, un ejercicio adecuado de los instrumentos de medida implica indefectiblemente atender a las garantías científicas de dichos instrumentos para, al mismo tiempo, realizar un trabajo evaluador riguroso que dé respuesta a los requerimientos sociales y que respete el principio bioético de beneficencia.

Con objeto de orientar a los clínicos en torno a la práctica con garantías de la actividad evaluadora, además de las normas éticas que deben guiar al profesional, en los últimos años se han publicado normas y directrices para regular, además, la capacitación técnica del psicólogo, entre las que destacan las *Directrices internacionales para el uso de los test* (ITC, 2014).

La utilidad de los test psicológicos (Muñiz, Hernández y Ponsoda, 2015) se asienta sobre tres pilares fundamentales: la adecuada preparación de los profesionales, la utilización de pruebas con adecuación a las propiedades psicométricas y el uso adecuado de las mismas. Por ello, además de conseguir instrumentos de calidad, es prioritario

considerar que los mismos han de utilizarse correctamente, lo que implicaría no solo el uso adecuado de los test, sino también la adecuada capacitación de los psicólogos clínicos.

Ni el Código de Deontología Médica (2011), que frente al del profesional de la psicología resulta mucho más completo, ni el Código Deontológico del Psicólogo (1987, 2010, 2014) cuentan con apartados específicos donde se concreten los aspectos éticos que regulan la práctica de la evaluación psicológica. Lógicamente, muchos de los artículos son de aplicación general y, por supuesto, incluyen a la evaluación psicológica, pero entendemos que su práctica conlleva especificidades que debieran estar explicitadas en, al menos, el Código Deontológico del Psicólogo, dado que la práctica de la evaluación psicológica es más propia de este colectivo profesional. Recogemos, no obstante, algunos de los artículos que están relacionados con la evaluación, la realización de diagnósticos o la emisión de informes clínicos:

CDP (1987, 2010, 2014)

Artículo 12

Especialmente en sus informes escritos, el/la psicólogo/a será sumamente cauto, prudente y crítico, frente a nociones que fácilmente degeneran en etiquetas devaluadoras y discriminatorias, del género de normal/anormal, adaptado/inadaptado o inteligente/deficiente.

Artículo 19

Todo tipo de material estrictamente psicológico, tanto de evaluación cuanto de intervención o tratamiento, queda reservado al uso de los/as psicólogos/as, quienes por otra parte, se abstendrán de facilitarlos a otras personas no competentes. Los/las psicólogos/as gestionarán, o en su caso garantizarán, la debida custodia de los documentos psicológicos.

Artículo 43

Los informes psicológicos realizados a petición de instituciones u organizaciones en general, aparte de lo indicado en el artículo anterior, estarán sometidos al mismo deber y derecho general de confidencialidad antes establecido, quedando tanto el/la psicólogo/a como la correspondiente

instancia solicitante obligados a no darles difusión fuera del estricto marco para el que fueron recabados.

Las enumeraciones o listas de sujetos evaluados en los que deban constar los diagnósticos o datos de la evaluación y que se requieran al psicólogo por otras instancias, a efectos de planificación, obtención de recursos u otros, deberán realizarse omitiendo el nombre y datos de identificación del sujeto, siempre que no sean estrictamente necesarios.

Artículo 46

Los registros escritos y electrónicos de datos psicológicos, entrevistas y resultados de pruebas, si son conservados durante cierto tiempo, lo serán bajo la responsabilidad personal del psicólogo en condiciones de seguridad y secreto que impidan que personas ajenas puedan tener acceso a ellos.

Artículo 48

Los informes psicológicos habrán de ser claros, precisos, rigurosos e inteligibles para su destinatario. Deberán expresar su alcance y limitaciones, el grado de certidumbre que acerca de sus varios contenidos posea el informante, su carácter actual o temporal y las técnicas utilizadas para su elaboración, haciendo constar en todo caso los datos del profesional que lo emite.

CDM (2011)

Artículo 12

2. El médico respetará el rechazo del paciente, total o parcial, a una prueba diagnóstica o a un tratamiento. Deberá informarle de manera comprensible y precisa de las consecuencias que puedan derivarse de persistir en su negativa, dejando constancia de ello en la historia clínica.

3. Si el paciente exigiera del médico un procedimiento que este, por razones científicas o éticas, juzgase inadecuado o inaceptable, el médico, tras informarle debidamente, quedará dispensado de actuar.

Artículo 15

1. El médico informará al paciente de forma comprensible, con veracidad, ponderación y prudencia. Cuando la información incluya datos de gravedad o mal pronóstico, se esforzará en transmitirla con delicadeza de manera que no perjudique al paciente.

2. La información debe transmitirse directamente al paciente, a las personas por él designadas o a su representante legal. El médico respetará el derecho del paciente a no ser informado, dejando constancia de ello en la historia clínica.

Artículo 16

1. La información al paciente no es un acto burocrático sino un acto clínico. Debe ser asumida directamente por el médico responsable del proceso asistencial, tras alcanzar un juicio clínico preciso.

2. El consentimiento se expresa habitualmente de forma verbal, dejando constancia en la historia clínica. Cuando las medidas propuestas supongan para el paciente un riesgo significativo se obtendrá el consentimiento por escrito.

Artículo 19

1. Los actos médicos quedarán registrados en la correspondiente historia clínica. El médico tiene el deber y el derecho de redactarla. La historia clínica incorporará la información que se considere relevante para el conocimiento de la salud del paciente, con el fin de facilitar la asistencia sanitaria.

2. La historia clínica se redacta y conserva para la asistencia del paciente. Es conforme a la deontología médica el uso del contenido de la historia clínica para su análisis científico, estadístico y con fines docentes y de investigación, siempre que se respete rigurosamente la confidencialidad de los pacientes y las restantes disposiciones de este Código que le puedan afectar.

3. El médico y, en su caso, la institución para la que trabaja, están obligados a conservar la historia clínica y los elementos materiales de diagnóstico, mientras que se considere favorable para el paciente y, en todo caso, durante el tiempo que dispone la legislación vigente estatal y autonómica. Es muy recomendable que el responsable de un servicio de documentación clínica sea un médico.

4. Cuando un médico cesa en su trabajo privado, las historias clínicas se pondrán a disposición de los pacientes que lo soliciten para que estos puedan aportarlas al médico al que encomienden su continuidad asistencial. En caso de duda deberá consultar a su Colegio.

5. El médico tiene el deber de facilitar, al paciente que lo pida, la información contenida en su historia clínica y las pruebas diagnósticas realizadas. Este derecho del paciente quedaría limitado si se presume un daño a terceras personas que aportaron confidencialmente datos en interés del paciente. Las anotaciones subjetivas que el médico introduzca en la historia clínica son de su exclusiva propiedad.

6. El acceso a la historia clínica de pacientes fallecidos solo se permitirá a personas con vinculación familiar o de hecho con el paciente, y siempre que este no lo hubiera prohibido expresamente.

7. Es deber del médico, si el paciente lo solicita, proporcionar a otros colegas los datos necesarios para completar el diagnóstico o el tratamiento, así como facilitar el examen de las pruebas realizadas.

8. El deber deontológico de colaborar en los estudios de auditorías económicas y de gestión no obliga al médico a remitir a las aseguradoras médicas el informe clínico del paciente.

9. La historia clínica electrónica solo es conforme a la ética cuando asegura la confidencialidad de la misma, siendo deseables los registros en bases descentralizadas.

Artículo 20

1. Cuando proceda o el paciente lo solicite, es deber del médico proporcionar un informe o un certificado sobre la asistencia prestada o sobre los datos de la historia clínica. Su contenido será auténtico y veraz, y será entregado únicamente al paciente, a la persona por él autorizada o a su representante legal.
2. No es conveniente que el médico expida un certificado a familiares o personas que estén bajo su dependencia civil.
3. Están éticamente prohibidos los certificados médicos de complacencia.

Artículo 21

2. Las exploraciones complementarias no deben practicarse de manera rutinaria, indiscriminada o abusiva. La medicina defensiva es contraria a la ética médica.

Artículo 24

Los actos médicos especializados deben quedar reservados a los facultativos que posean el título correspondiente, sin perjuicio de que cualquier titulado en medicina pueda, ocasionalmente, realizarlos. A ningún médico, si posee la destreza y los conocimientos necesarios adecuados al nivel de uso que precise, se le puede impedir que los aplique en beneficio de sus pacientes. En ningún caso se podrá atribuir la condición de médico especialista en esa técnica o materia.

Artículo 31

1. Los resultados de los exámenes médicos exigidos por la ley deben ser explicados a la persona reconocida. Solo se informará a la empresa o institución pertinente respecto de la aptitud laboral o de las limitaciones o riesgos para la asignación del trabajo.
2. Los resultados de los exámenes practicados en el marco de la vigilancia de la salud se comunicarán exclusivamente a la persona afectada. No obstante, el médico de un centro de medicina preventiva o de medicina del trabajo debe transmitir cualquier resultado que sea útil para el paciente, con su consentimiento, a su médico responsable.

Por su parte, el Código de la APA (2002, 2010, 2016) dedica un capítulo a los aspectos éticos relacionados con la evaluación psicológica. Dado

que se trata del capítulo más completo de cuantos hemos revisado al respecto, lo exponemos a continuación en su totalidad:

APA (2002, 2010, 2016)**9.01. Fundamentos de la evaluación**

- a) Los psicólogos basarán las opiniones contenidas en sus recomendaciones, informes y diagnósticos o declaraciones evaluativas, incluyendo el testimonio forense, en datos y en técnicas suficientes para justificar sus hallazgos.

b) Excepto en lo mencionado en el apartado 9.01c, los psicólogos solo emitirán opiniones sobre las características psicológicas de los individuos después de haber efectuado un adecuado examen de los mismos, el cual sirva de sustento de sus declaraciones o conclusiones. Cuando, a pesar de haber realizado esfuerzos razonables, dicho examen no se ha podido realizar, los psicólogos documentarán los esfuerzos realizados y el resultado de dichos esfuerzos, clarificando la probable repercusión de esa limitada información en la fiabilidad y validez de sus opiniones y estableciendo los límites adecuados de la naturaleza y el alcance de sus conclusiones o recomendaciones.

c) Cuando un psicólogo realiza una revisión de registros o archivos o proporciona asesoramiento o supervisión, y no está justificado o no es necesario un examen individual para tener una opinión, informará de esta circunstancia, así como sobre los fundamentos que le han llevado a establecer esas conclusiones y recomendaciones.

9.02. Utilización de la evaluación

a) Los psicólogos administrarán, adaptarán, corregirán, interpretarán o utilizarán técnicas de evaluación, entrevistas, tests o instrumentos, siguiendo un procedimiento y para unos propósitos que sean apropiados a la luz de la investigación o la evidencia de la utilidad y aplicación apropiada de dichas técnicas.

b) Los psicólogos utilizarán instrumentos de evaluación cuya validez y fiabilidad haya sido establecida para su uso con los miembros de la población evaluada. Cuando tal validez o fiabilidad haya no haya podido establecerse, los psicólogos describirán la solidez y limitaciones de los resultados e interpretación de los tests.

c) Los psicólogos utilizarán métodos de evaluación que sean apropiados para la preferencia lingüística y competencia del individuo, a menos que la utilización de una lengua alternativa sea una cuestión relevante de la evaluación.

9.03. Consentimiento informado en la evaluación

a) Los psicólogos obtendrán el consentimiento informado para la evaluación o el diagnóstico, tal como se describe en la norma 3.10: Consentimiento informado, excepto cuando: 1) la evaluación sea requerida por la ley o por normativas gubernamentales; 2) el consentimiento informado sea implícito porque la evaluación se realiza como una actividad rutinaria dentro de contextos educativos, institucionales u organizacionales (por ejemplo, cuando los participantes voluntariamente acceden a una evaluación para solicitar un trabajo), o 3) el propósito de la evaluación es valorar la capacidad para tomar decisiones. El consentimiento informado incluye una explicación sobre la naturaleza y propósito de la misma, honorarios, participación de terceras personas, límites de la confidencialidad y suficiente oportunidad para el cliente/paciente a la hora de preguntar cualquier cuestión y recibir respuestas.

b) Los psicólogos informarán a las personas que tengan una cuestionable capacidad para consentir o para quienes la evaluación haya sido ordenada por alguna autoridad legal, sobre la naturaleza y propósito de los servicios de evaluación propuestos, usando un lenguaje que sea razonablemente entendible para la persona que va a ser evaluada.

c) Los psicólogos que utilizan los servicios de un intérprete obtendrán consentimiento informado del cliente/paciente para utilizar a ese intérprete, se asegurarán de que pueda mantenerse la confidencialidad de los resultados y la seguridad de los tests, e incluirán en sus recomendaciones, informes y diagnóstico o declaraciones de evaluación, incluyendo testimonio forense, una discusión de las limitaciones de los datos obtenidos.

9.04. Revelación de datos de los tests

a) El término *datos de los tests* se refiere a las puntuaciones, respuestas del cliente/paciente a las cuestiones del test o estímulos y las anotaciones del psicólogo y registros referentes a las declaraciones de los clientes/pacientes y a la conducta de estos durante la evaluación. Esta parte de materiales de los tests que incluyen las respuestas del cliente/paciente se incluyen en la definición de *datos de los tests*. Solo si el cliente/paciente lo autoriza, los psicólogos podrán proporcionar datos del test a los clientes/pacientes u otras personas identificadas en la autorización. Los psicólogos pueden abstenerse de revelar los datos del test para proteger a un cliente/paciente u otros de daño sustancial, mal uso o falsedad de los datos del test, aunque deberán saber que en muchos casos la revelación de información confidencial bajo estas circunstancias está regulada por la ley.

b) Si el cliente/paciente no lo autoriza, los psicólogos solo podrán proporcionar los datos de los tests únicamente cuando sea requerido por orden judicial.

9.05. Construcción de tests

Los psicólogos que desarrollan tests y otras técnicas de evaluación utilizarán los procedimientos psicométricos apropiados, así como los conocimientos científicos o profesionales actuales para el diseño de los tests, estandarización, validación, reducción o eliminación de sesgos y recomendaciones para su uso.

9.06. Interpretación de los resultados de la evaluación

Cuando se interpreten los resultados de una evaluación, incluyendo interpretaciones automatizadas, los psicólogos tendrán en cuenta el propósito de la evaluación y factores tales como las habilidades en la realización de la prueba por parte de la persona que es evaluada, junto con otras características de dicha persona, tales como diferencias situacionales, personales, lingüísticas y culturales, que podrían afectar a la opinión de los psicólogos o reducir la precisión de la interpretación. Deberán indicar cualquier limitación significativa de sus interpretaciones.

9.07. Evaluación por parte de personas no cualificadas

Los psicólogos no promoverán el uso de técnicas de evaluación psicológica por parte de personas no cualificadas, excepto cuando esa actividad se realice con propósitos formativos y con la adecuada supervisión.

9.08. Tests obsoletos y resultados de tests no actualizados

- a) Los psicólogos no basarán su evaluación o sus decisiones de intervención, ni tampoco sus recomendaciones, en datos o resultados de tests que no estén actualizados para el propósito actual.
- b) De igual manera, los psicólogos no fundamentarán esas decisiones o recomendaciones en tests o técnicas de medición que sean obsoletas y no útiles para los propósitos actuales.

9.09. Servicios de corrección e interpretación de tests

- a) Los psicólogos que ofrecen servicios de evaluación o de corrección de instrumentos de evaluación a otros profesionales describirán con precisión el propósito, normas, validez, fiabilidad y procedimientos de aplicación y cualquier cualificación especial aplicable para su uso.
- b) Los psicólogos seleccionarán los servicios de corrección e interpretación (incluyendo servicios automatizados) en función de la evidencia de validez del programa y de los procedimientos, así como en función de otras consideraciones apropiadas.
- c) Los psicólogos serán responsables de la aplicación apropiada, la interpretación y la utilización de instrumentos de evaluación, tanto si ellos mismos corrigen o interpretan las pruebas como si utilizan un medio automatizado u otros servicios.

9.10. Devolución de los resultados de la evaluación

Sin tener en cuenta si la corrección y la interpretación han sido realizadas por el psicólogo, por empleados o ayudantes, por sistemas automatizados o por otro tipo de servicios, los psicólogos tomarán medidas para asegurar que se lleve a cabo una devolución apropiada de los resultados a los evaluados, a menos que la naturaleza de la relación impida ofrecer tal devolución (como en alguna consulta organizacional, selección de personal o de seguridad y evaluaciones forenses), siempre y cuando las personas a las que se va a evaluar hayan sido informadas previamente de esas condiciones.

9.11. Mantenimiento de la seguridad de los tests

El término *material testológico* se refiere a los manuales, instrumentos, protocolos, preguntas de los tests y estímulos, y no incluye los *datos de los tests*, como se definió en la norma 9.04: Revelación de los datos de los test. Los psicólogos se esforzarán en mantener la integridad y seguridad de los tests y otras técnicas de evaluación de acuerdo con la ley y las obligaciones contractuales, y de manera que permita el cumplimiento de los requerimientos del Código de Ética.

1. CUALIFICACIÓN DE LOS PROFESIONALES PARA LA EVALUACIÓN

La competencia del evaluador es un requisito fundamental regulado en los códigos éticos y deontológicos de las profesiones de la psicología y de la medicina. En evaluación psicológica se

exige de los profesionales una sólida y continuada formación en aras de asegurar niveles óptimos de calidad en la tarea evaluativa, de modo que los clínicos que hagan uso de los test psicológicos posean unos conocimientos psicométricos sólidos y un elevado conocimiento de los aspectos implicados en el proceso evaluativo (ITC, 2014). Si bien los errores en evaluación psicológica pudieran de-

rivarse de la falta de adecuación a las propiedades psicométricas de los instrumentos de medida, se ha constatado que suelen deberse en mayor medida a la mala utilización de los mismos (Muñiz y Fernández-Hermida, 2000), siendo esta mala utilización la responsable de muchas de las críticas que los instrumentos de medida reciben (Salvatierra, 2008).

¿Por qué los profesionales hacen un uso irresponsable de las técnicas de medición? Anastasi (1987) sugiere tres posibles causas del mal uso de los mismos: 1) la intencionalidad deliberada de distorsionar la verdad, 2) negligencia y 3) conocimientos insuficientes sobre el uso de los test. Si nos proponemos intervenir sobre estos usos inadecuados e irresponsables de las pruebas psicométricas, hemos necesariamente de intervenir de modo prioritario sobre la formación de los profesionales, en tanto las dos primeras razones esgrimidas por este autor son mucho más difíciles de controlar.

Teniendo en cuenta las áreas de conocimiento implicadas en el proceso evaluativo, los examinadores han de estar formados en: 1) la teoría clásica de los test (propiedades de los mismos tales como fiabilidad, validez, estandarización, sesgo o análisis de ítems, entre otras); 2) los principios de la medición para entender adecuadamente los resultados; 3) las teorías, modelos y constructos medidos, y 4) el abanico de test disponibles. Resulta muy complicado sostener que profesionales sin formación en los aspectos antes referidos pudieran contar con una capacitación mínimamente sólida que les permitiese el uso razonable y adecuado de las pruebas psicométricas. Los esfuerzos por mejorar el uso de los test (Muñiz et al., 2001) giran alrededor de dos estrategias: 1) la restricción del uso de los test a profesionales con probada cualificación para ello, y 2) la provisión del entrenamiento suficiente e información adecuada sobre la calidad técnica de los test. Estos mismos autores señalan que, si bien el uso adecuado de los test resulta un recurso inestimable para el profesional de la psicología, su uso inadecuado pudiera causar serios perjuicios a las personas evaluadas.

Weiner (1989) considera ocho criterios para considerar la competencia de un evaluador:

1. Debe definir claramente el contexto de la relación profesional en la que se desarrolla la evaluación.
2. Debe seleccionar adecuadamente los instrumentos de medida en función de criterios relacionados con las propiedades psicométricas de las pruebas y de los objetivos de la intervención.
3. Ha de manejar adecuadamente los datos obtenidos, sintetizándolos, estableciendo hipótesis y elaborando conclusiones relevantes que deben constar en el informe clínico resultante.
4. Ha de aportar recomendaciones que vayan más allá de la simple interpretación de los datos.
5. Ha de comunicar los datos de forma clara y precisa.
6. Debe controlar y minimizar el efecto de variables extrañas.
7. Debe asumir la responsabilidad de su evaluación, tanto por los instrumentos seleccionados para realizar dicha evaluación como por las recomendaciones proporcionadas.
8. Debe conocer y manejar las normativas éticas y científicas desarrolladas por los organismos profesionales relevantes, así como por la legislación aplicable.

Para mejorar la competencia de los evaluadores o, lo que es lo mismo, para procurar un uso responsable de los test por parte de los profesionales, se han creado grupos de trabajo, como la Comisión Internacional de los Test (ITC) o la de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA), de las que el Consejo General de Psicología de España (COP) forma parte. Las directrices sugeridas por estos grupos de trabajo van más allá de orientaciones respecto al uso adecuado de los test, de modo que, en contra de lo que podría pensarse por su denominación, tienen un uso más amplio y son aplicables igual-

mente a otros procedimientos de evaluación utilizados.

En cuanto a la competencia y el uso apropiado de los test, la APA (2002, 2010, 2016) refiere que los psicólogos no han de promover el uso de técnicas de evaluación psicológica por parte de personas no cualificadas; señala, además, que los procedimientos de entrevista y otras técnicas de evaluación han de realizarse de modo que los fines sean apropiados de acuerdo con la investigación y los datos disponibles acerca de la utilidad y pertinencia de las técnicas; finalmente, remarca que los psicólogos han de abstenerse de utilizar de modo inapropiado las técnicas de evaluación y las interpretaciones de los resultados, tomando las medidas oportunas para evitar que otras personas usen inadecuadamente la información proporcionada por estas técnicas (esto incluiría abstenerse de facilitar las puntuaciones de los test u otros datos a personas ajenas a los pacientes, no cualificadas para utilizar dicha información).

Es igualmente necesario que los clínicos sean conocedores de las limitaciones de su propia competencia y no actúen fuera de ellas. En este sentido, es importante mantenerse al día de los cambios y avances en relación con el uso de los test y de su construcción, incluyendo los cambios de normas y legislación que pudieran influir en el uso de los test (ITC, 2014), e igualmente para cualquier otro tipo de tecnología científica aplicable a la evaluación. Finalmente, es importante recordar la importancia del trabajo multidisciplinar en salud mental: ni los psicólogos clínicos ni los médicos psiquiatras pueden responder en su totalidad a la complejidad que los pacientes de salud mental presentan, de modo que en el abordaje multidisciplinar e intersectorial han de colaborar ineludiblemente con diferentes profesionales. Todo ello teniendo en cuenta que ambos especialistas se hallan habilitados y son competentes para el diagnóstico clínico y el tratamiento de pacientes con trastornos mentales: aun así, deberán ser conscientes de sus limitaciones y derivar a otro colega especialista cuando adviertan, desde el conocimiento de sus propios límites profesionales,

que no se hallan suficientemente preparados para tratar o evaluar algún trastorno concreto.

2. MANEJO ADECUADO DE LOS TEST PSICOLÓGICOS

Las pruebas de evaluación psicológica se utilizan para valorar determinadas características (cognitivas, afectivas o de personalidad), constituyendo herramientas básicas que orientan al profesional a tomar decisiones, requiriéndose para ello que el material testológico utilizado posea características de validez y de fiabilidad exigentes, dado que se van a tomar, en base a dicho material, decisiones importantes en torno a los usuarios (Muñiz, Hernández y Ponsoda, 2015). Por supuesto, tal como recomienda la APA (2002, 2010, 2016), no han de utilizarse test obsoletos ni mucho menos basar decisiones importantes en los resultados obtenidos en los mismos, ya que estas podrían resultar inapropiadas.

Los profesionales que utilizan test psicológicos deben actuar de forma ética, siendo competentes en el manejo de los mismos, tal como se ha señalado en el punto anterior, garantizando la confidencialidad de los resultados obtenidos. Así, se ha de cumplir con las obligaciones deontológicas de consentimiento informado y defensa de la seguridad de los test y de los materiales del mismo.

Respecto a la seguridad de los test, los profesionales han de cerciorarse que los mismos permanezcan en depósitos o lugares seguros, garantizándose que el acceso a los mismos está limitado. Asimismo, se ha de respetar el *copyright*, no reproduciendo ni exponiéndolos públicamente, bien sea electrónicamente o de otra forma.

Cuando los test empleados para una investigación tengan *copyright*, el investigador tendrá que solicitar el permiso correspondiente al titular de ese derecho, siendo las pruebas de libre acceso las únicas a las que el profesional puede acceder sin precisar el permiso referido. En este sentido, un error muy frecuente es considerar a todas las pruebas publicadas en revistas como de acceso libre (Muñiz, Hernández y Ponsoda, 2015).

Es importante proteger la integridad del test, esto es, garantizar que el entrenamiento de los usuarios a quienes va a evaluarse no se realiza con los propios materiales del test o con otros materiales que pudiesen afectar al rendimiento de la persona en el propio test. Algunos otros modos de proteger la integridad de las pruebas son: no exponer el test públicamente, por ejemplo a través de Internet, de modo que su utilidad pueda deteriorarse; no ayudar al evaluado a responder a las

cuestiones del test; y finalmente no permitir al usuario el acceso a medios, como calculadoras o móviles, durante la prueba.

Respecto a las directrices de la Comisión Internacional de los Test (ITC, 2014), estas se dividen en dos grandes apartados: 1) uso ético de los test, y 2) utilización adecuada de los test. A continuación se detallan los deberes que han de caracterizar a los examinadores éticamente competentes:

ITC (2014)

Actuar de forma ética y profesional:

- Mantener y promover estándares éticos y profesionales.
- Estar al corriente de los debates profesionales y éticos sobre el uso de los tests en su campo de especialización.
- Llevar a cabo una política explícita sobre los tests y su uso.
- Asegurarse de que las personas para las que trabajan, o con quienes trabajan, se acogen a estándares éticos y profesionales adecuados.
- Actuar con el debido respeto para la sensibilidad de las personas evaluadas y de otras personas o instituciones implicadas.
- Presentar la práctica de los tests de forma positiva y equilibrada cuando interactúan con los medios de comunicación.
- Evitar las situaciones en las que pueda parecer que existen determinados intereses en los resultados de la evaluación, o en las cuales la evaluación pueda dañar su relación con los clientes.

Asegurarse de que son competentes para el uso de los tests:

- Trabajar de acuerdo con los principios científicos.
- Establecer y mantener elevados estándares personales de competencia.
- Conocer los límites de la propia competencia y no actuar fuera de ellos.
- Mantenerse al día de los cambios y avances en relación con el uso de los tests y de su construcción, incluyendo los cambios de normas y legislación, los cuales pueden influir en los tests y su uso.

Responsabilizarse del uso que hacen de los tests:

- Ofrecer solo servicios y usar tests para los cuales están preparados.
- Aceptar la responsabilidad por los tests elegidos y por las recomendaciones proporcionadas.
- Dar una información clara y adecuada a los participantes en el proceso evaluativo sobre los principios éticos y las disposiciones legales que regulan el uso de los tests.
- Asegurarse de que el contrato entre los evaluados y los evaluadores es claro y se ha comprendido.
- Estar atentos a cualquier consecuencia imprevista del uso de los tests.
- Esforzarse para evitar cualquier tipo de daño o perjuicio a las personas evaluadas.

Asegurarse de que los materiales del test están seguros:

- Asegurar un almacenaje seguro y controlar el acceso a los materiales del test.
- Respetar el *copyright* y los acuerdos que existan sobre el test, incluyendo cualquier prohibición sobre la copia y transmisión de los materiales, bien sea electrónicamente o de otra forma. Asimismo se respetarán rigurosamente los términos del acceso de otras personas, cualificadas o no, a los materiales.
- Proteger la integridad del test, no entrenando a las personas con los propios materiales del test, o con otros materiales de prácticas que puedan influir de forma inapropiada en el rendimiento de las personas en el test.
- Asegurarse de que la tecnología del test no se expone públicamente de tal modo que su utilidad quede deteriorada.

Asegurarse de que los resultados de los tests se tratan confidencialmente:

- Especificar quiénes tendrán acceso a los resultados y definir los niveles de confidencialidad.
- Explicar los niveles de confidencialidad antes de dar los resultados.
- Limitar el acceso a los resultados únicamente a quienes tengan la necesidad y derecho a conocerlos.
- Obtener las autorizaciones pertinentes antes de proporcionar los resultados a otros.
- Proteger los datos archivados de tal forma que solo puedan acceder a ellos quienes tengan derecho a hacerlo.
- Establecer unas directrices claras en relación con el tiempo que se van a mantener archivados los datos.
- Suprimir el nombre y otros datos de identificación de los resultados si así lo solicita la persona evaluada.
- Suprimir el nombre y otros datos identificativos de las bases de datos de los resultados, con fines de investigación, elaboración de baremos u otros tratamientos estadísticos.

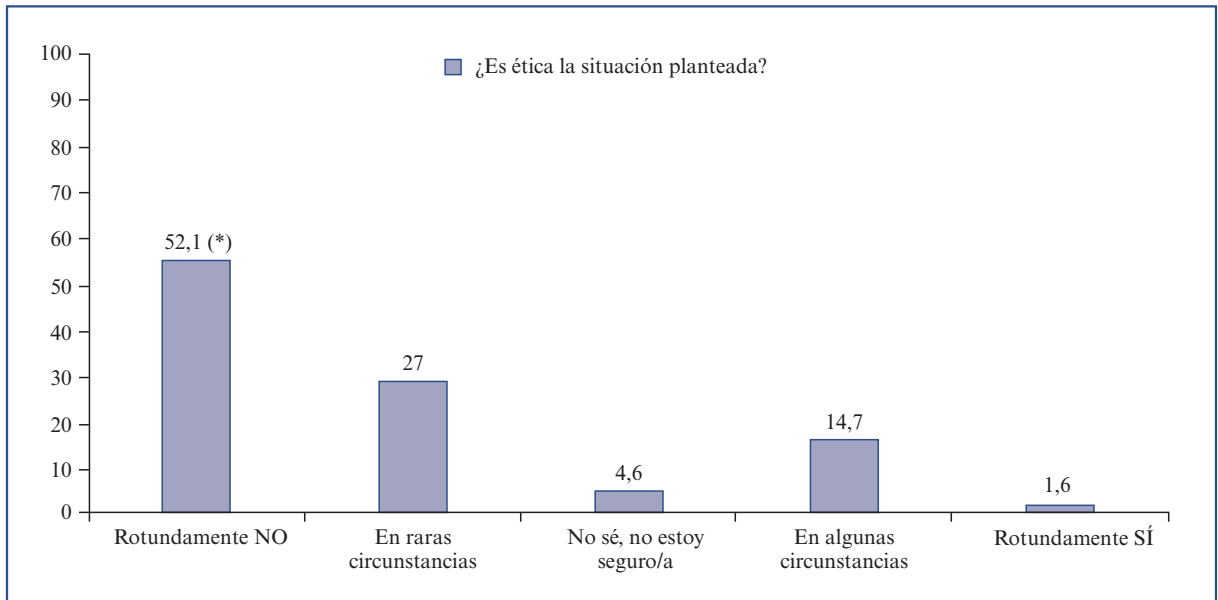
El segundo apartado, como referíamos, guarda relación con la utilización competente de los test desde un punto de vista técnico-científico, por lo que su contenido excede los propósitos de este manual y no vamos a desarrollarlos en su totalidad. No obstante, indicamos que los evaluadores competentes, desde el punto de vista técnico, deberían: 1) estimar la utilidad potencial de los test en la situación evaluativa; 2) elegir test técnicamente correctos y adecuados a cada situación; 3) prestar atención a los aspectos relacionados con el sesgo de los test; 4) hacer los preparativos necesarios para la aplicación del test; 5) aplicar los test adecuadamente; 6) puntuar y analizar los resultados de los test con precisión; 7) interpretar resultados adecuadamente; 8) comunicar los re-

sultados de forma clara y precisa, y 9) revisión de la adecuación del test y de su uso.

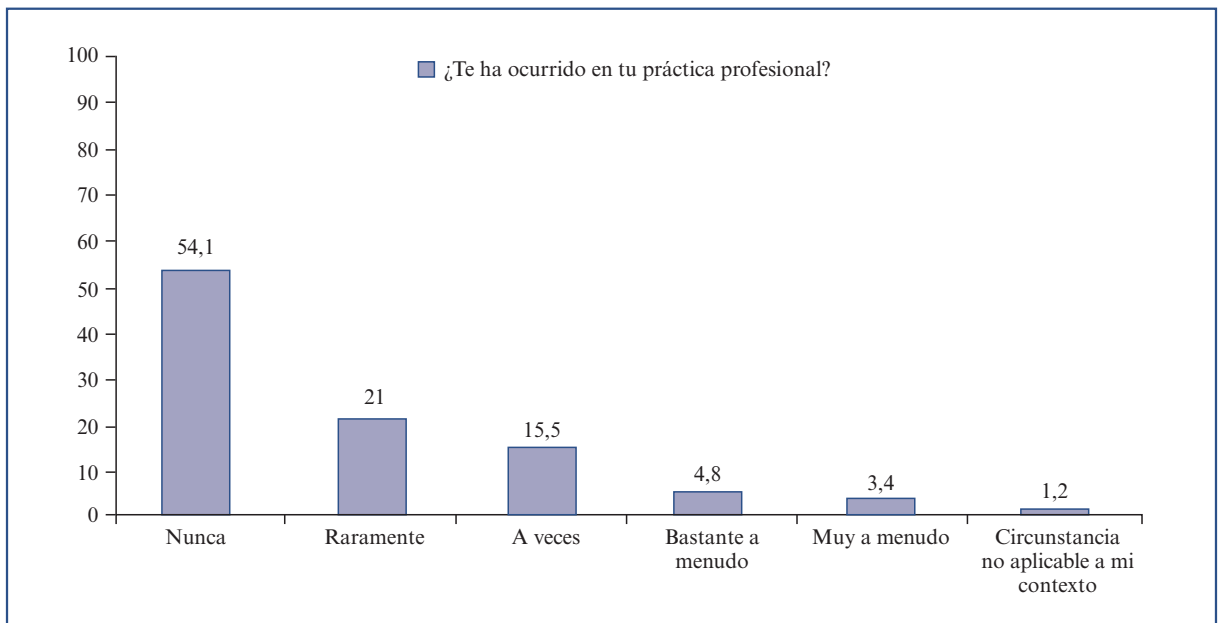
Llegados a este punto, haremos una vez más referencia al estudio de Pastor (2017) en el que, como ya se ha señalado a lo largo de este texto, 308 profesionales, facultativos y residentes de salud mental del sistema sanitario público contestaron a una escala en la que se presentaban 61 situaciones que podían surgir en la práctica profesional de los participantes y con respecto a las cuales debían realizar una valoración deontológica e informar de si les había ocurrido en alguna ocasión en su práctica profesional. Con respecto a la evaluación psicológica, tema que nos ocupa en este capítulo, una de las situaciones que se presentaron en la escala fue la expuesta en la Situación 1.

SITUACIÓN 1

Acceder a que profesionales sanitarios, sin formación en psicometría ni en evaluación psicológica, hagan uso de test psicológicos



Nota: El símbolo (*) indica la dirección de respuesta más ajustada a las normas éticas.



Los resultados que se hallaron, como puede apreciarse en los gráficos de la Situación 1, nos sitúan ante un hecho que bien pudiera valorarse como preocupante: poco más del 50 por 100 de los clínicos del sistema sanitario público que participaron en el estudio consideraban inapropiada la conducta referida en esta situación, pero, además, la incidencia que revelaban en sus respuestas nos indicaba que con frecuencia profesionales sin formación en psicometría o evaluación psicológica hacían uso de material testológico.

3. EVALUACIÓN MEDIANTE INTERNET

Internet puede ser un medio eficaz para realizar evaluaciones psicológicas. De hecho, el uso de la tecnología para prestar servicios de evaluación psicológica a distancia está creciendo rápidamente, encontrándose de este modo: 1) test convencionales informatizados; 2) elaboración automatizada de informes; 3) test adaptativos informatizados, y 4) construcción automatizada de los test (Bunderson, Inouye y Olsen, 1989).

No todos los procedimientos de evaluación psicológica van a poder implementarse a través de la red. Solo aquellos convenientemente validados para su aplicación *online* y utilizados en programas encriptados y/o sitios seguros que garanticen la seguridad pertinente, podrían contar con las garantías éticas y científicas que precisaran y justificaran su administración. De igual modo, si bien los informes de elaboración automatizada pudieran ser de ayuda y constituir un punto de partida para responder a los objetivos de la evaluación, no siempre será éticamente apropiado su utilización (Lozzia, Abal, Blum, Aguerri, Galibert y Attorresi, 2009), dado que los datos que en ellos se refieren pudieran ser excesivamente generales y no responder a las demandas que motivaron la evaluación del usuario, de modo que es conveniente combinar la información desprendida del informe automatizado con otras obtenidas a partir de otros procedimientos evaluativos u otras fuentes durante entrevistas evaluativas, que, por supuesto, añadirían muchos matices a los datos generales

que, tras la aplicación pertinente de una prueba, pudiese aportar un programa informatizado sin la intervención de un profesional de la Psicología. Además de lo anterior, este tipo de informes añade otra importante dificultad que debiera tenerse en cuenta y que guarda relación con que la lectura del informe por parte del paciente pudiera producir en este un efecto emocional adverso sobre el que el profesional pudiera no estar disponible para intervenir. Por tanto, sería muy conveniente que en el proceso de devolución el profesional orientase al examinado, con instrucciones precisas acerca del modo de acceder a una consulta.

Como consecuencia de la expansión de los procedimientos de evaluación *online*, están surgiendo algunos retos éticos y clínicos relacionados con la seguridad, la competencia, la alianza terapéutica y las dificultades técnicas (Yuen, Goetter, Herbert y Forman, 2012). Con respecto a la seguridad, se han señalado dos tipos de problemas: 1) la identificación del examinado, debiendo establecerse un procedimiento que garantice que la evaluación se hace con el paciente y no con otras personas que, o bien pudieran hacerse pasar por él o, como ocurre en otros casos, se expusieran a la evaluación del clínico (lógicamente sin que este tuviese conocimiento) con la aprobación del propio paciente, quien esperaría algún rédito derivado de la evaluación a otra persona, y 2) dificultades en asegurar la privacidad y la confidencialidad. Obviamente, se debe informar al paciente y que él decida respecto a si quiere someterse a este tipo de evaluaciones. Igualmente, es importante informar a los usuarios de las limitaciones de las que adolece la evaluación psicológica en cuanto a la alianza terapéutica, en tanto que las interpretaciones pudieran no contener aspectos que la tradicional evaluación cara a cara sí proporciona y que pudieran complementar a los datos obtenidos a partir de los test administrados. Otro de los aspectos importantes sobre los que habría que informar al usuario es el relativo a los tiempos, es decir, si los servicios se ofrecen en tiempo real a través de programas interactivos o por correo electrónico, siendo en este último caso importante clarificar los tiempos de espera.

En cuanto a las dificultades técnicas, Buchanan (2002) sugiere la importancia del uso prudente de los test *online* solo después de una validación rigurosa, algo que también remarca la Asociación Americana de Psicología (APA, 2002, 2010, 2016) cuando señala que las normas y los criterios de los cuestionarios *online* deberían obtenerse antes del uso de los mismos. Tras el pertinente proceso de validación, Riva, Teruzzi y Anolli (2003) sugieren que los cuestionarios *online* pueden ser una alternativa adecuada a las medidas en formato tradicional, dado que no se hallan diferencias en la validez psicométrica obtenida. Respecto al modo de realizar la validación (Lozzia, Abal, Blum, Aguerri, Galibert y Attorresi, 2009), se apunta a que deben llevarse a cabo a través de Internet y con usuarios que participen en la cumplimentación de la prueba en las mismas condiciones en las que la población objetivo la haría (por ejemplo, sin supervisión o sin estandarización de las condiciones de evaluación). En cualquier caso, es importante que en el proceso de evaluación los examinados restrinjan su acceso a teléfonos, Internet o a otras personas o distracciones que pudieran interferir en dicho proceso y, por tanto, afectar a la fiabilidad y a la validez.

Pese a los inconvenientes señalados y las precauciones que hemos de tener en cuenta en torno a los procedimientos de evaluación *online*, existen ventajas derivadas de la utilización de este tipo de evaluaciones, como son: 1) la facilidad de realizar test, cuestionarios o escalas a través de la red; 2) la facilidad en el manejo de los datos obtenidos; 3) el menor número de errores en la introducción de dichos datos durante el proceso de transcripción; 4) el menor coste de realización para el evaluador, y 5) la obtención de un mayor número de respuestas, con el beneficio consecuente de la validez (Coles, Cook y Blake, 2007; Kongsved, Basnov, Holm-Christensen y Hjollund, 2007; Leece et al., 2004). Entre las desventajas: 1) podría haber diferencias significativas entre los modos de administración de cuestionarios escritos y los *online*, diferencias que podrían afectar a las características de los datos (Buchanan, 2002); 2) los datos obtenidos a través de la red

podrían almacenarse en sitios no seguros, por lo que tendríamos que considerar siempre la utilización de sitios que hiciesen uso de unidades encriptadas para el almacenamiento de los datos y los archivos que los contienen. Y, por supuesto, de igual modo el material testológico debe estar protegido, tanto si el contenido del test se envía a un servidor remoto como si es enviado ítem a ítem, en tiempo real, para ser aplicado por Internet (ITC, 2014), y 3) las evaluaciones *online* realizadas con fines de peritación forense o de selección de personal, frente a otras de uso clínico, podrían acrecentar las dificultades en torno a la identificación del examinado, por el beneficio que podría suponer que un «experto» se hiciese pasar por el mismo con el objeto de obtener el perfil deseado en función del objetivo de la evaluación o peritación. Pero, además, sería muy posible que el examinado incrementase sus respuestas socialmente deseables y que se obtuvieran de este modo perfiles de resultados distorsionados y, por tanto, no válidos. Consecuentemente, hoy por hoy las evaluaciones forenses deben realizarse presencialmente, de forma que el evaluador pueda controlar todas las variables que podrían estar implicadas en la fiabilidad de la pericia (para más información véase Del Río, 2005, 2018).

4. EL INFORME CLÍNICO Y LA DEVOLUCIÓN DE LOS RESULTADOS

El derecho del paciente a ser conocedor de su estado psicopatológico y de su evolución se hace habitualmente a través de informes que recogen, de forma precisa, los datos más relevantes. Respecto al informe clínico, la Ley Básica 41/2002 establece que todo paciente tiene derecho a recibir del servicio sanitario, una vez finalizado el proceso asistencial, un informe de alta donde se haga constar un resumen de la historia clínica, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas. Aunque la Ley mencionada se refiere a «informes médicos», se

entiende que la normativa es igualmente aplicable a los psicólogos clínicos.

El informe clínico constituye un documento científico y confidencial realizado por un profesional sanitario competente en el que quedan recogidos los resultados del proceso de evaluación o de intervención realizados. Como documento científico, la presentación de datos técnicos deberá facilitar el contraste de los resultados por otros clínicos y, para que esto sea así, el profesional que realiza el informe debe seguir una serie de requisitos en cuanto a la forma en que se presentan los resultados (Pérez, Muñoz y Ausín, 2003).

Desde un punto de vista ético, ni las devoluciones de resultados ni los informes clínicos han de limitarse al alta del paciente, sino que, como señala Pope (1992), han de realizarse a lo largo de toda la prestación asistencial, en cuanto constituyen procesos dinámicos e interactivos, a veces no atendidos por la necesidad del clínico de abreviar el proceso o por propias dificultades de este. Entre estas dificultades se incluirían: 1) lo desagradable que pudieran resultar la emisión de algunos juicios clínicos que pudieran ser difíciles de encajar, por su pronóstico negativo para los pacientes o para sus familiares, 2) adaptar la jerga profesional al lenguaje del cliente y 3) tener que informar, después de un proceso que pudiera resultar largo y tedioso, de unos resultados aparentemente escasos.

En cualquier caso, el clínico se enfrenta a la tarea de decidir: primero, qué información puede solicitar al paciente y, segundo, qué parte de la información revelada por este (en el transcurso de las entrevistas evaluativas o de los seguimientos psicoterapéuticos) puede ser plasmada en el informe. Por supuesto, el clínico habrá de tener en cuenta que ha de respetar cuidadosamente la intimidad del paciente, ciñéndose a recabar los datos que su labor asistencial requiere. Además, tendrá que ser cauto en las apreciaciones que sus informes contienen, evitando poner por escrito cuestiones de la vida privada de las personas evaluadas y realizar afirmaciones que no estén lo suficientemente comprobadas o que hagan uso de etiquetas devaluativas hacia los evaluados o hacia

terceras personas. Por supuesto, en ningún caso deberán contener datos de terceros para los que no se cuenta con su autorización. Además, han de formular sus conclusiones con precisión, rigurosidad e independencia de criterio, fundamentando las mismas en base al conocimiento científico e incluyendo las técnicas empleadas para su elaboración.

Cuando se emite un informe, los clínicos deben proporcionar información sobre la naturaleza, el propósito y los resultados de los test y/o de cualquier otro procedimiento llevado a cabo en el transcurso de la evaluación psicológica. Es decir, la evaluación requiere del consentimiento informado del paciente, norma que afecta a la redacción de informes clínicos (Pérez, Muñoz y Ausín, 2003), en tanto el usuario ha de consentir la elaboración del informe, la información en él incluida y los posibles usos que se hagan de dicho informe. Excepciones a lo anterior, en las que el clínico pudiera revelar información contenida en el informe, las constituyen las situaciones en las que: 1) el clínico advierta que pudiera existir un riesgo real para la salud pública o para la integridad física o psíquica del cliente y no se pudiera conseguir su autorización, y 2) una instancia superior requiere, mediante la orden pertinente, un informe clínico del paciente. En este último caso se ha de procurar la protección adecuada ante cualquier intento inadecuado de divulgación o publicación de los mismos (APA, 2002, 2010, 2016), así como seguir el criterio de trasladar únicamente la información relevante y estrictamente necesaria.

Desde el punto de vista legal, el usuario o paciente tiene derecho a recibir cuantos informes solicite para acreditar su estado actual de salud y, por supuesto, como hemos comentado, el pertinente informe de alta. Cuando el paciente opte por no ser informado, el clínico respetará dicha opción, dejando constancia de ello en la historia clínica (CDM, 2011). En algunos otros casos los informes clínicos son solicitados por familiares o allegados y no por el propio paciente. Esto ocurre, sobre todo, cuando se pretende acceder a una ayuda o prestación económica y el usuario ha de

justificar su minusvalía o situación de dependencia. Recuérdese que, al igual que el consentimiento informado, el informe clínico ha de solicitarlo la persona evaluada, o los representantes legales en los casos en los que el paciente sea menor de

16 años o esté incapacitado. En todo caso el clínico ha de ser objetivo, haciendo constar los datos con honradez, ecuanimidad y consideración hacia el usuario, por el que velará para que la información no le perjudique.

Caso Adrián

Adrián es un joven de 29 años, desempleado, con diagnóstico de agorafobia grave en contexto de un trastorno ansioso-evitativo de la personalidad, que acude desde hace pocos meses a un Centro de Salud Mental. Cierta día, el paciente se presenta sin cita previa en el dispositivo e interrumpe la consulta de su psicólogo clínico referente, para solicitarle, con signos fisiológicos de ansiedad evidentes, que salga del despacho, pues debe comunicarle algo importante. El terapeuta, extrañado, infiere que a Adrián ha debido costarle bastante interrumpir la entrevista que con otro paciente se hallaba realizando, por lo que intuye que algo importante debe ocurrirle. Una vez fuera, Adrián explica que precisa un informe en el que haga constar que su clínico le ha prescrito reposo. Extrañado, el terapeuta indaga un poco más sobre esta petición que el paciente le plantea: al parecer, a Adrián se le ha olvidado renovar la demanda de empleo y, como consecuencia, no podrá seguir cobrando una prestación. Además, en el servicio de empleo de su comunidad le han advertido de que únicamente con un informe clínico en el que se hiciese constar la imposibilidad de acudir a renovar la demanda podría continuar recibiendo la prestación que, hasta la fecha, venía percibiendo. El clínico, consciente de los problemas económicos de Adrián, accede a entregarle un escueto informe en el que se explicita la recomendación, desde el punto de vista psicológico, de reposo.

Reflexión:

¿Podría el terapeuta haber considerado la posibilidad de darle un informe clínico donde constase únicamente el diagnóstico sin explicitar la prescripción de reposo?

Orientación:

Aunque solo se refiere en el CDM (2011), es igualmente aplicable para psicólogos clínicos la prohibición de emitir informes de complacencia. Dicho informe se define como aquel documento que, faltando a la verdad, certifica una enfermedad inexistente para que el paciente pueda obtener beneficios de diverso tipo (indemnizaciones, justificar ausencias laborales u otras).

Las psicoterapias son aquellas intervenciones diseñadas para cambiar aspectos disfuncionales de la personalidad, proporcionar alivio sintomático a algunas psicopatologías y prevenir futuras recaídas; también se proponen para mejorar la calidad de vida, promover el funcionamiento adaptativo y propiciar estilos de vida más saludables (Burlingame, Fuhriman y Mosier, 2003; Carr, 2009; Kosters, Burlingame, Nachtigall y Strauss, 2006; Shedler, 2010; Wampold, 2010). Se sustentan en la relación entre un terapeuta, objetivo y libre de prejuicios, y un paciente que ha de revelar pensamientos y sentimientos profundos. Así, pocas relaciones humanas llegan tan rápidamente a tanta intensidad (Bersoff, 1999).

Existen diversas modalidades de tratamiento psicoterapéutico (conductual, sistémico, cognitivo, de tercera generación, psicodinámico, experiencial o integrador, entre otros). En la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud español la psicoterapia es ofertada como una prestación especializada destinada a la atención de las personas con problemas de salud mental. Se incluyen en dicha cartera de servicios las psicoterapias individuales, de grupo o familiares, excluyéndose al psicoanálisis y a la hipnosis.

Los problemas éticos que pueden darse en este contexto incluyen los relacionados con:

1. Actitudes prejuiciosas o discriminatorias del profesional hacia el usuario de la psicoterapia.
2. El consentimiento informado.

3. La transgresión de los límites profesionales.
4. La confidencialidad de la información revelada al terapeuta.
5. La implementación de técnicas psicológicas de eficacia no probada.
6. La falta de capacitación del profesional para ejercer según los criterios de un determinado modelo terapéutico.

1. COMPETENCIA Y FORMACIÓN DEL PSICOTERAPEUTA

Psiquiatras y psicólogos clínicos han de esforzarse por mantener un adecuado nivel de capacitación a lo largo de su trayectoria profesional. Ello implica no solo que tengan que estar al tanto de las bases teóricas y experimentales de las técnicas que utilizan en sus intervenciones, sino que también deberán estar entrenados en la implementación de dichas técnicas y ser conocedores del alcance de las mismas y de sus propias limitaciones profesionales (COP, 1987, 2010, 2014), derivando a los pacientes a otros especialistas cuando su formación sea escasa respecto del trastorno que el paciente sufra, cuando no se hayan alcanzado los objetivos que inicialmente se habían consensuado o, como se indica en el Metacódigo de la Asociación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA, 2005), cuando se adolezca de falta de habilidad o juicio profesional temporal a causa de algún problema (psíquico o de cualquier otro orden).

La competencia profesional en psicoterapia implica la capacidad de evaluar los problemas con

precisión, a la luz del modelo psicoterapéutico en el que el profesional se halla debidamente formado, realizar una formulación psicológica acorde a dicho modelo, proponer un tratamiento adecuado y aplicarlo con éxito (APA, 2006). Todas estas tareas son influidas por el grado en que el clínico se mantenga actualizado con respecto a las investigaciones científicas en torno a la evidencia en psicoterapia, de modo que los clínicos han de valorar el alcance de la eficacia de las distintas formas de psicoterapia, reconocer sus fortalezas y limitaciones y comprender la importancia de las preferencias y valores del paciente, así como del contexto sociocultural en el tratamiento de clientes.

Los estudios demuestran que los usuarios de la psicoterapia están en su mayoría satisfechos con la ayuda que reciben y que muestran cambios tanto cognitivo-comportamentales como emocionales y relacionales (Lambert y Ogles, 2004; Orlinky, Ronnestadt, Willutzki y Lambert, 2004). Sin embargo, existe otro grupo de investigaciones que muestran que, para un menor número de pacientes, las intervenciones psicoterapéuticas les hacen empeorar en su estado psicopatológico (Gabbard y Gonsiorek, 1995; Lamb y Catanzaro, 1998; Parsons y Wincze, 1995; Fossy, From, Saffran y Pritz, 2002). Parece que los resultados negativos que se encuentran en algunos pacientes se asocian con la falta de competencia del profesional y con una mala práctica o algún abuso de la relación profesional. Así, tanto la capa-

citación técnica adecuada como la formación deontológica suficiente podrían minimizar estos efectos iatrogénicos de las intervenciones psicológicas.

En España la práctica de la psicoterapia no está regulada desde un marco legislativo que especifique los requisitos exigibles para ostentar la capacitación como psicoterapeuta. De este modo, encontramos cada vez más frecuentemente a personas sin formación previa en psicología o medicina que vienen atribuyéndose funciones específicas de los psicoterapeutas, a veces avalada por certificaciones o titulaciones no acreditadas debidamente, pero sí expedidas por escuelas de formación que no siempre cuentan con el debido rigor y la seriedad científica que debieran caracterizar y promover instituciones, sociedades o asociaciones que dicen dedicarse a la formación de psicoterapeutas. La Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP) fue creada en 1992 y viene definiendo desde entonces los requisitos y la experiencia que son necesarios para que un profesional de la psicología o de la medicina pueda desarrollar la práctica de la psicoterapia de modo altamente cualificado, exigiendo a sus miembros esos requisitos y esa experiencia para lograr ser acreditados como psicoterapeutas.

De este modo, para ser acreditados en la FEAP los psicoterapeutas deben cumplir los criterios mínimos establecidos en el artículo 21 de los Estatutos de FEAP.

Artículo 21 de los Estatutos de FEAP

1. Sobre el acceso a la formación: titulaciones, convalidaciones y experiencia previa en Salud Mental.

1a) Titulación para el acceso a la formación en Psicoterapia.

Para acceder a la formación como psicoterapeuta se requerirá estar en posesión de un título universitario (grado/licenciatura) correspondiente al ámbito de las Ciencias de la Salud y/o de las Ciencias Sociales.

1b) Convalidación de formación teórico-práctica específica en psicoterapia.

A los médicos especialistas en Psiquiatría y a los psicólogos especialistas en Psicología Clínica se les computará, para su acreditación como psicoterapeutas, la formación teórica, técnica y clínica en

psicoterapia, así como la práctica clínica, la supervisión y las actividades prácticas en Salud Mental que hayan realizado en el curso de su especialización, siempre que las acrediten documentalmente de forma específica y sean consideradas suficientes por la asociación que les acredite como psicoterapeutas.

Respecto a las titulaciones en Psicología General Sanitaria y en Medicina y Cirugía, podrán computarse parcialmente para su acreditación como psicoterapeuta la formación teórica, técnica (en aquellas materias presentadas en sus programas de formación relacionadas directamente con la psicoterapia) y la práctica sanitaria y/o actividades prácticas en Salud Mental, con la exigencia de haberse realizado en período de posgrado o su equivalente a máster —nivel 3 MECES— en el grado de Medicina. Será necesario que sean acreditadas documentalmente de forma específica, y que la asociación miembro de FEAP que les acredita las considere suficientes.

1c) Experiencia en Salud Mental

Los graduados/licenciados en Psicología y Medicina y Cirugía habrán de acreditar documentalmente experiencia y formación profesionales durante 4 años en el dominio de la Salud Mental, pública o privada, aportando documentación o certificaciones de ello, que habrán de ser consideradas suficientes por la Asociación que les acredite como psicoterapeutas. Dicha experiencia podrá haber sido adquirida tanto antes de acceder a la formación como psicoterapeuta, como culminada en el curso de la misma, siempre y cuando se haya realizado en período de posgrado o su equivalente en el caso de Medicina.

2. Sobre la formación específica en Psicoterapia: formación teórico-práctica y clínica, práctica supervisada, prácticas adicionales, terapia/trabajo personal y evaluación de la formación.

2a) Formación teórico-práctica en Psicoterapia.

Un mínimo de tres años, en el período de posgrado universitario o su equivalente a máster —nivel 3 MECES— en el grado de Medicina, dedicados a la formación teórica, técnica y clínica en Psicoterapia y a la adquisición de las habilidades básicas del psicoterapeuta, a través de cursos y seminarios, con un mínimo total de 600 horas lectivas o 45 ECTS. Incluirá —si no ha formado parte de la formación universitaria de acceso— al menos 50 horas de conocimientos fundamentales de las diferentes modalidades y orientaciones de la psicoterapia. Los contenidos mínimos de la formación serán propuestos por la Junta Directiva y aprobados por la Asamblea General de la FEAP en función de los compromisos suscritos por la FEAP con asociaciones y federaciones de rango europeo y/o internacional y la experiencia acumulada en la formación de psicoterapeutas en España.

2b) Práctica supervisada.

Un mínimo de dos años de práctica profesional de posgrado o su equivalente a máster —nivel 3 MECES— en el grado de Medicina como psicoterapeuta, debidamente supervisada. Al menos incluirá el tratamiento de dos casos y un mínimo total de 300 sesiones de tratamiento y 100 sesiones de supervisión de dichos tratamientos (de las cuales al menos 50 serán supervisiones individuales en la modalidad de psicoterapia individual). Para la correcta aplicación de lo dispuesto en este apartado, el término «sesión» se equipara al de «hora», computándose como tal un período de tiempo de 45 minutos.

La supervisión de la práctica profesional habrá de realizarse con psicoterapeutas expertos acreditados como tales por las respectivas asociaciones de psicoterapeutas. En las modalidades de psicoterapia que así lo permitan, podrá desarrollarse la práctica profesional supervisada conjuntamente

te con coterapeutas expertos. Las secciones de la FEAP podrán elaborar unos criterios mínimos que deberán reunir los supervisores, de acuerdo a la especificidad de cada sección, y asimismo determinar si la práctica profesional a que se hace mención en este epígrafe debe venir precedida de parte de la formación teórica, técnica y clínica y en qué cuantía.

2c) Prácticas adicionales.

Un mínimo de 200 horas durante un período mínimo de 6 meses de actividades prácticas en entornos públicos o privados de Salud Mental, en los cuales el psicoterapeuta en formación pueda tener experiencia directa de la clínica psicopatológica, permitiéndole tomar contacto directo con las diferentes formas de manifestación de los trastornos mentales, y los distintos profesionales que intervienen en la Salud Mental. Esta práctica siempre ha de ser realizada en período de posgrado universitario o su equivalente a máster —nivel 3 MECES— en el grado de Medicina.

2d) Terapia/Trabajo personal.

Un mínimo de 75 horas de formación, que permitan a los alumnos identificar y manejar adecuadamente su implicación personal y su contribución al proceso de la psicoterapia, mediante métodos y modalidades que establezca cada sección.

2e) Evaluación de la formación en psicoterapia.

Los conocimientos y habilidades prácticas de los psicoterapeutas en formación serán evaluados, al menos al final del proceso de formación. Superar dicho proceso de evaluación será necesario para poder solicitar la acreditación que la FEAP avala para el ejercicio de la psicoterapia en una orientación o especialidad.

3. Sobre el acceso a la acreditación en Psicoterapia para otras titulaciones universitarias.

Otras titulaciones universitarias vinculadas a las áreas de la Salud o de las Ciencias Sociales constituyen la vía de excepción, al no ser ni la más habitual, ni la más recomendada, para acceder a la acreditación de psicoterapeuta. Por ello, quienes posean estas titulaciones y opten a su acreditación como psicoterapeutas habrán de cumplir los siguientes requisitos complementarios:

3a) Haber cursado durante sus estudios 30 ECTS universitarios en un conjunto mínimo de 5 disciplinas de entre las siguientes: Psicología Evolutiva I y II (6 ECTS respectivamente), Psicología de la Personalidad (6 ECTS), Psicopatología (6 ECTS), Evaluación y diagnóstico psicológicos (6 ECTS), Tratamientos Psicológicos (6 ECTS), Psicología Médica (6 ECTS) y Psiquiatría (6 ECTS).

En el caso de que estas disciplinas no figurasen en su currículo académico, deberán acreditar un número equivalente de horas a las que se imparten en las carreras de Psicología y Medicina, pudiendo cursarlas en algún programa universitario acreditado o en algún programa de asociaciones pertenecientes a FEAP debidamente acreditado por la comisión correspondiente. La realización de estas materias no será computable para las 600 horas (45 ECTS) requeridas en el apartado 2, por considerarse formación de acceso.

3b) Haber acreditado un tiempo mínimo de experiencia y formación en Salud Mental, en contexto público o privado, de 10 años. Debido a la imposibilidad de la práctica sanitaria por la titulación de origen, corresponderá a la asociación perteneciente a FEAP la responsabilidad de la valoración de dicha experiencia según los criterios que establezca el comité correspondiente.

4. Sobre convalidaciones de titulaciones europeas.

Los psicoterapeutas de otros países europeos acreditados con un ECP (Certificado Europeo de Psicoterapia) en vigor podrán ser acreditados como psicoterapeutas FEAP, siempre y cuando entren a formar parte como miembros de una asociación incluida en FEAP.

5. Sobre formación continuada.

En un período de 5 años el psicoterapeuta acreditado ha de justificar al menos 60 horas de formación continuada. El psicoterapeuta acreditado como docente deberá justificar 70 horas. El psicoterapeuta acreditado como supervisor deberá acreditar 80 horas.

Como formación continuada se considerará la producción de material escrito (libros, capítulos de libros, colaboraciones en libros) así como la asistencia y participación en cursos, seminarios, jornadas o congresos relacionados con la psicoterapia y la justificación de trabajo personal y/o de supervisión profesional.

6. Criterios complementarios.

Las Secciones de la FEAP podrán elaborar criterios complementarios sobre la realización por los candidatos a psicoterapeutas de psicoterapia personal u otros procedimientos que garanticen la capacitación personal del terapeuta, durante un período suficiente, así como la adquisición de las condiciones que les permitan un pleno aprovechamiento del proceso de la formación y como condición para un ejercicio profesional saludable y ajustado a las exigencias éticas con el paciente.

Veamos a continuación los artículos del Código Deontológico del Psicólogo, así como de la

Asociación Americana de Psicología, relacionados con la práctica ética de la psicoterapia.

CDP (1987, 2010, 2014)

Artículo 24

El/la psicólogo/a debe rechazar llevar a cabo la prestación de sus servicios cuando haya certeza de que puedan ser mal utilizados o utilizados en contra de los legítimos intereses de las personas, los grupos, las instituciones y las comunidades.

Artículo 25

Al hacerse cargo de una intervención sobre personas, grupos, instituciones o comunidades, el/la psicólogo/a ofrecerá la información adecuada sobre las características esenciales de la relación establecida, los problemas que está abordando, los objetivos que se propone y el método utilizado. En caso de menores de edad o legalmente incapacitados, se hará saber a sus padres o tutores. En cualquier caso, se evitará la manipulación de las personas y se tenderá hacia el logro de su desarrollo y autonomía.

Artículo 26

El/la psicólogo/a debe dar por terminada su intervención y no prolongarla con ocultación o engaño, tanto si se han alcanzado los objetivos propuestos como si, tras un tiempo razonable, aparece que, con los medios o recursos a su disposición, es incapaz de alcanzarlos. En este caso indica-

rá a la persona, grupo, institución o comunidad qué otros psicólogos o qué otros profesionales pueden hacerse cargo de la intervención.

Artículo 27

El paciente tendrá plena libertad para concertar los servicios profesionales de un psicólogo/a y para resolver dicha intervención con objeto de acudir a otro psicólogo o profesional. En este último caso, el/la psicólogo/a podrá negarse a simultanear su intervención con otra diferente realizada por otro profesional.

Artículo 28

El/la psicólogo/a no aprovechará la situación de poder que pueda proporcionarle su estatus para reclamar condiciones especiales de trabajo o remuneraciones superiores a las alcanzables en circunstancias normales.

Artículo 29

Del mismo modo, no se prestará a situaciones confusas en las que su papel y función sean equívocos o ambiguos.

Artículo 30

Sin perjuicio del derecho del paciente a la libre elección de psicólogo en los términos ya establecidos, no corresponde al nuevo psicólogo/a designado valorar las intervenciones iniciadas por otros psicólogos.

Artículo 31

En los casos en que los servicios del psicólogo sean requeridos para asesorar y/o efectuar campañas de publicidad comercial, política y similares, el/la psicólogo/a colaborará en la salvaguardia de la veracidad de los contenidos y del respeto a las personas.

Artículo 32

El/la Psicólogo/a debe tener especial cuidado en no crear falsas expectativas que después sea incapaz de satisfacer profesionalmente.

Muy recomendable, y como tal lo reproducimos a continuación, resulta el capítulo 10 del Código de la APA, dedicado en exclusiva a las nor-

mas específicas que deben regir la práctica ética de la psicoterapia.

APA (2002, 2010, 2016)

10.01. Consentimiento informado para la terapia

a) Al obtener el consentimiento informado para la terapia, tal como se requiere en la norma 3.10. Consentimiento informado, los psicólogos informarán a los clientes/pacientes, tan pronto como sea factible dentro de la relación terapéutica, sobre aspectos tales como la naturaleza y el curso pre-

visto de la terapia, honorarios, implicación de terceras personas y sobre los límites de la confidencialidad, proporcionándoles la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas.

b) Al obtener el consentimiento informado para un tratamiento que implique aspectos novedosos para el cual no se hayan establecido ni técnicas ni procedimientos reconocidos, los psicólogos informan a sus clientes/pacientes sobre la naturaleza experimental del tratamiento, los riesgos potenciales implicados, los tratamientos alternativos que pudieran estar disponibles y sobre la naturaleza voluntaria de su participación.

c) Cuando el terapeuta está en formación y la responsabilidad legal del tratamiento resida en el supervisor, se informará al cliente/paciente, como parte del procedimiento del consentimiento informado, de que el terapeuta está en formación y de que está siendo supervisado, proporcionándole además el nombre del supervisor.

10.02. Terapia de pareja o familia

a) Cuando un psicólogo acuerda prestar servicios a varias personas que tienen una relación entre sí (tales como cónyuges u otras relaciones significativas o padres e hijos), intentará clarificar al inicio: 1) quiénes de esos individuos son sus clientes/pacientes y 2) la relación que el psicólogo tendrá con cada persona. Esta aclaración incluirá el rol del psicólogo y los usos probables de los servicios proporcionados o de la información obtenida.

b) Si resulta claro que el psicólogo puede ser requerido para desempeñar roles potencialmente conflictivos (tales como terapeuta de familia y posteriormente perito de una de las partes en un procedimiento de divorcio), el psicólogo intentará aclarar y modificar o rechazar esa intervención de forma apropiada.

10.03. Terapia de grupo

Cuando un psicólogo proporciona servicios a varias personas en un contexto grupal, describirá al inicio los roles y responsabilidades de cada una de las partes y los límites de la confidencialidad.

10.04. Proporcionar terapia a quienes se encuentran recibéndola de otros profesionales

Al decidir si ofrecer o prestar servicios a personas que se encuentren recibiendo otros tratamientos de salud mental en algún otro lugar, los psicólogos considerarán cuidadosamente los aspectos del tratamiento y el bienestar potencial del cliente/paciente. El psicólogo discutirá estos aspectos con el cliente/paciente u otras personas legalmente autorizadas en su nombre, a fin de minimizar el riesgo de confusión y conflicto, consultará con el otro profesional cuando sea apropiado y procederá con cautela y sensibilidad frente a los aspectos terapéuticos.

10.05. Intimidad sexual con clientes/pacientes en tratamiento

Los psicólogos no se involucrarán en relaciones que impliquen intimidad sexual con clientes/pacientes que siguen una terapia en curso.

10.06. Intimidad sexual con familiares u otras personas significativas de los clientes/pacientes que se encuentren en el curso de una terapia

Los psicólogos no se involucrarán en intimidad sexual con personas que saben que son familiares, tutores u otras personas significativas de los clientes/pacientes actuales. Los psicólogos no finalizarán la terapia para ajustarse a esta norma.

10.07. Terapia con antiguos compañeros sexuales

Los psicólogos no aceptarán como clientes/pacientes de terapia a personas con las cuales han tenido intimidad sexual.

10.08. Intimidad sexual con antiguos pacientes o clientes

a) Los psicólogos no se involucrarán en intimidad sexual con antiguos clientes/pacientes durante al menos dos años después del cese o término de la terapia.

b) Los psicólogos no se involucrarán en intimidad sexual con antiguos clientes/pacientes hasta después de un intervalo de dos años, salvo en circunstancias excepcionales. El psicólogo que se involucre en tal actividad después de los dos años siguientes al término de la terapia y de no tener ningún contacto sexual con el cliente/paciente, tendrá el deber de demostrar que no ha habido ninguna explotación, a la luz de factores relevantes que incluyen: 1) el tiempo transcurrido desde la finalización de la terapia; 2) la naturaleza, duración e intensidad de la terapia; 3) las circunstancias de finalización; 4) la historia personal del cliente/paciente; 5) el estado mental actual del cliente/paciente; 6) la probabilidad de impacto adverso en el cliente/paciente; y 7) cualquier declaración o acción hecha por el terapeuta durante el curso de la terapia que hubiera sugerido la posibilidad de una relación sexual o romántica con el cliente/paciente posterior a la finalización de la terapia.

10.09. Interrupción de la terapia

Al iniciarse una relación laboral o contractual, los psicólogos harán todos los esfuerzos necesarios para proporcionar una apropiada resolución de la responsabilidad para con el cuidado del cliente/paciente en caso de que tal empleo o relación contractual finalice, dándole una consideración prioritaria al bienestar del paciente/cliente.

10.10. Finalización de la terapia

a) Los psicólogos darán por concluida la terapia cuando sea razonablemente claro que el cliente/paciente ya no necesita el servicio, que no hay un beneficio probable o que se está produciendo un daño por la continuación de la misma.

b) Los psicólogos podrán terminar la terapia cuando sean amenazados o puestos en peligro por el cliente/paciente o por otra persona con quien el cliente/paciente mantenga una relación.

c) Excepto en los casos en que esto sea imposible por las acciones de los clientes/pacientes o por terceras personas, de forma previa a la finalización el psicólogo proporcionará consejo previo a la terminación, sugiriendo otras alternativas de tratamiento cuando sea apropiado.

2. ELECCIÓN Y FINES DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Ajustarse al principio bioético de beneficencia implica que las intervenciones que se implementen cuenten con apoyo empírico en torno a su eficacia. Sin embargo, realizar estos juicios en torno a las psicoterapias no ha estado exento de polémica, dada la falta de consenso sobre la forma de

medir los resultados y la postura que defiende que las mediciones sintomáticas no servirían para valorar intervenciones que no se enmarcasen en el paradigma cognitivo-conductual, orientación terapéutica que cuenta con el mayor apoyo empírico de todas las psicoterapias (Pérez, Fernández, Fernández Rodríguez y Amigo, 2003). Bohart (2005) sostiene que tratar de imponer los criterios en los que se basan los tratamientos empíricamen-

te validados (tratamientos avalados por ensayos clínicos controlados y aleatorizados, protocolos manualizados para un trastorno concreto y resultados específicos con mediciones sintomáticas), cuando hay otras formas de interpretar la práctica basada en la evidencia y una gran controversia en torno a dichos criterios, resulta, cuanto menos, arriesgado. Pese a las controversias, los defensores de los tratamientos empíricamente validados han sostenido que intervenir desde orientaciones ajenas a aquellas que han demostrado su eficacia conllevaría actuaciones profesionales poco éticas.

Aunque existen desacuerdos respecto de la eficacia de algunas técnicas, numerosos estudios sugieren que los factores no específicos, como la empatía del profesional o la alianza terapéutica, deben ser tenidos en cuenta para valorar la eficacia de las psicoterapias. Muchas investigaciones otorgan una gran importancia a los factores comunes como mediadores significativos del cambio en psicoterapia (Lambert, 1992; Lambert y Barley, 2002; Marcus, O'Connell, Norris y Sawaqdeh, 2014). Incluso algunos autores han defendido (Wampold e Imel, 2015) que las características del terapeuta podrían resultar mejores predictores del resultado que las técnicas específicas de una modalidad psicoterapéutica.

Sin duda, cualquier modalidad de psicoterapia requiere no solo de cualidades técnicas por parte del terapeuta o del establecimiento de relaciones de colaboración entre estos y los pacientes, sino también del desarrollo de sentimientos de proximidad y de conexión (Gillbert, 2007). Así, la psicoterapia se sustenta ante todo en la alianza entre el terapeuta y el paciente, implicando dicha alianza no solo al vínculo entre ambos, sino también a los acuerdos sobre los objetivos del tratamiento y las tareas a llevar a cabo en el transcurso del mismo (Cuijpers, Van Straten, Andersson y Van Oppen, 2008; Lambert, 2004; Karver, Handelsman y Bickman, 2006; Norcross, 2011; Shirk y Karver, 2003).

Si bien la APA (2006) reconoce la importancia de la aplicación de tratamientos psicológicos basados en la evidencia, también subraya que los ensayos clínicos controlados tienen limitaciones:

1. Podrían, en línea con lo argumentado por Greenhalgh, Howick y Maskrey (2014), no ser representativos de pacientes individuales, en tanto no contemplasen factores como su edad o la comorbilidad.
2. Generalmente ignoran la importancia de los procesos en psicoterapia a favor de los resultados.

Los efectos de la psicoterapia sobre los problemas de salud mental son ampliamente reconocidos (Chorpita et al., 2011) y se producen en una variedad amplia de diagnósticos (Pérez et al., 2003), con variaciones en los resultados que guardan relación con la gravedad más que con el diagnóstico en sí (Beutler, 2009). Dichos efectos son comparables y, en algunos casos, superan al de algunos tratamientos farmacológicos, cuentan con menos efectos secundarios y son menos costosos (Barlow, 2004; Barlow, Gorman, Shear y Woods, 2000; Hollon, Stewart y Strunk, 2006; Imel, McKay, Malterer y Wampold, 2008; Mitte, 2005; Mitte, Noack, Steil y Hautzinger, 2005; Walkup et al., 2008; Wampold, 2010). Además, los resultados de las intervenciones psicoterapéuticas tienden a ser más duraderos y a requerir menos tratamientos adicionales que los tratamientos psicofarmacológicos en exclusiva (Shedler, 2010).

Algunos pacientes muestran su preferencia hacia la psicoterapia frente a la farmacoterapia; otros, sin embargo, solicitan tratamientos biológicos como demanda inicial. Es sabido que la adherencia de los usuarios a los tratamientos mejora cuando la modalidad del mismo se ajusta a sus preferencias individuales (Deacon y Abramowitz, 2005; Paris, 2008; Patterson, 2008; Solomon, Keitner, Ryan, Kelley y Miller, 2008; Vocks, Tuschen-Caffier, Pietrowsky, Rustenbach, Kersting y Hertpertz, 2010).

Los profesionales han de esforzarse en producir *beneficios* a las personas con las que interactúan profesionalmente (APA, 2002, 2010, 2016), asumiendo además la responsabilidad de no hacerles daño. La elección del tratamiento psicoterapéutico ha de procurar, por tanto, no solo atenerse a este principio, sino también alejarse de posiciona-

mientos paternalistas en los que el profesional decide el tratamiento idóneo para el paciente sin explicar al mismo las razones de esta decisión ni los objetivos terapéuticos que pretende con el mismo (Tjeltveit, 2006). Sin embargo, sucede con frecuencia que los pacientes saben muy poco o nada acerca de los distintos enfoques de psicoterapia u otras alternativas de tratamiento para sus problemas, de modo que el terapeuta que actúe conforme a las normas éticas ha de *proporcionar información adecuada e imparcial respecto a este punto* (Vyskocilova y Prasko, 2013). Así, será importante informar al usuario, mediante el contrato terapéutico, respecto de la modalidad psicoterapéutica desde la que se va a intervenir; de las alternativas, psicoterapéuticas o biológicas, a la misma; de las ventajas e inconvenientes con respecto a otras modalidades de tratamiento; de los objetivos terapéuticos consensuados entre él mismo y el terapeuta, así como de los medios para lograrlos. Recientemente, Crawford, Thana, Farquharson, Palmer, Hancock, Bassett y Parry (2016) han hallado que los pacientes que no habían recibido información suficiente sobre su tratamiento psicoterapéutico eran más propensos a informar que el mismo no había sido eficaz, de modo que proveer al usuario de la información oportuna podría reducir la ansiedad en torno al tratamiento psicológico y aumentar la confianza entre terapeuta y paciente (Snyder y Barnett, 2006).

Con todo ello, pudiera suceder que el paciente no estuviese de acuerdo con la modalidad de tratamiento que el terapeuta le sugiere. La Ley Básica 41/2002 de Autonomía del Paciente señala, respecto del caso en que un paciente no acepte el tratamiento prescrito, que se ha de proponer al mismo el alta voluntaria y que, en caso de que el paciente no accediera a firmarla, daría lugar al alta forzosa por parte de la dirección del centro sanitario. No obstante, también especifica que *el hecho de no aceptar un tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos*, aunque estos sean paliativos.

En definitiva, la psicoterapia parte con desafíos (Blease, Lilienfeld y Kelley, 2016) que podrían tener relación con: 1) las diferencias de opi-

nión sobre lo que es o no relevante para los pacientes al decidir iniciar una psicoterapia, y 2) el eterno debate y las discrepancias en torno a lo que constituye la evidencia científica en la práctica de la psicoterapia. A pesar de estos desafíos, *el psicoterapeuta ha de hallar la forma de cumplir con las normas éticas y proporcionar un consentimiento informado a los pacientes*.

3. SEGOS DEL TERAPEUTA

Un terapeuta ha de mostrarse respetuoso y sensible hacia el paciente y su relato, siendo consciente (Santander y Morera, 2010) de que es inevitable transmitir valores propios sobre lo que considera o no patológico, adecuado o desajustado, bueno o malo, etc. Hay sesgos personales, pero también algunos otros que son, en alguna medida, influidos o derivados por la formación de base o la profesión que se desempeñe. Por ejemplo, con respecto a la homosexualidad, algunos estudios han mostrado diferencias entre médicos y psicólogos respecto de las actitudes hacia esta orientación sexual; así, mientras que ser médico podría asociarse con actitudes prejuiciosas hacia este grupo (Arnold, Voracek, Musalek y Springer-Kremser, 2004), ser psicólogo estaría asociado a actitudes más favorables (Schellenberg, Hirt y Sears, 1999). Además, en ambos estudios se constató que eran los hombres, frente a las mujeres, quienes mostraban actitudes más prejuiciosas, estando estas dirigidas sobre todo a la homosexualidad masculina frente a la femenina.

Es importante asumir que ni psicólogos clínicos ni psiquiatras somos inmunes a los prejuicios. Así reconoceremos la necesidad de esforzarnos por mantener una actitud de objetividad y neutralidad, de modo que el trabajo terapéutico se oriente hacia el desarrollo del propio sistema de valores del usuario, su autonomía, autodeterminación y libertad.

La práctica de la psicoterapia en el contexto sanitario público se torna difícil, dada la elevada presión asistencial que soporta. Teniendo en cuenta esta circunstancia, la práctica ética de la

misma ha de basarse en el *principio de jerarquización*, según el cual habrá que implementar planes cerrados de tratamiento intensivo con pacientes con psicopatología banal y administrar psicoterapia de apoyo a aquellos con patología irreversible (Holmes, 1992), todo ello matizado por la fase del trastorno en la que se halle el paciente (por ejemplo, un usuario que es diagnosticado de un trastorno esquizofrénico va a requerir de un tratamiento indefinido, dado el curso crónico de dicha patología; no obstante, al inicio del cuadro referido puede precisarse de sesiones muy continuadas, siendo esta frecuencia innecesaria en una fase deficiente del trastorno, donde podrían ser suficientes sesiones de apoyo y revisión). En todo caso, el problema ético sería con qué frecuencia ver a los pacientes, siendo el psiquiatra o psicólogo clínico, como parte de su trabajo clínico, quien ha de gestionar la frecuencia y la duración de las sesiones de psicoterapia. Respecto a la neutralidad y objetividad antes referidas, los terapeutas han de alejarse de actitudes prejuiciosas y comportamientos discriminatorios con pacientes debido a sus creencias religiosas, ideología política, orientación/identidad sexual, grupo étnico, nacionalidad, etc. No solo debe mostrarse neutral, sino que distintas investigaciones (Castonguay y Beutler, 2006; Miklowitz, 2008; Norcross, 2011) sugieren que mostrar interés por las particularidades de los pacientes y adaptar las intervenciones a estas necesidades particulares mejora los resultados de cualquier intervención psicoterapéutica. Es decir, *adaptar las técnicas terapéuticas teniendo en cuenta al paciente, y no solo el padecimiento o diagnóstico del mismo, permite flexibilizar las intervenciones técnicas y obtener mejores resultados* (Castonguay y Beutler, 2006; Livesley, 2007; Norcross, 2011). En este sentido, algunos grupos humanos, como las personas con bajo nivel económico, homosexuales, inmigrantes, etc., podrían enfrentarse a retos específicos no contemplados por los tratamientos basados en la evidencia actual (Butler, O'Donovan y Shaw, 2010; Cabral y Smith, 2011; Gilman et al., 2001; Smith, 2005; Sue y Lam, 2002).

Los profesionales que trabajan con minorías u otros grupos excluidos socialmente podrían mejo-

rar la eficacia de sus intervenciones, conociendo las características de estos grupos o colectivos o, lo que es lo mismo, adquiriendo competencia multicultural y adaptando estos conocimientos a la práctica de la psicoterapia. Estas adaptaciones mejoran la adherencia del paciente y su compromiso terapéutico, al tiempo que refuerzan la alianza terapéutica (Griner y Smith, 2006; Horrell, 2008; Huey y Polo, 2010; Whaley y Davis, 2007).

4. INTERVENCIÓN CON MÚLTIPLES PACIENTES: PSICOTERAPIA DE GRUPO, DE FAMILIA Y DE PAREJA

Los terapeutas que intervienen con parejas, grupos o familias indican que las normas éticas contenidas en los códigos deontológicos no siempre responden a los matices y la especificidad de sus técnicas e intervenciones (Margolin, 1982; Vesper y Brock, 1991).

A continuación se exponen algunos de los problemas más frecuentes en terapias con pacientes múltiples:

- *Problemas en la identificación del problema.* Es frecuente que el terapeuta familiar pida a los distintos miembros de la familia que expliquen el problema o los problemas que sufren; sin embargo, las respuestas suelen ser diferentes y, a veces, los distintos miembros no tienen la capacidad de identificar el verdadero problema. Así, pueden darse discrepancias entre los distintos miembros y/o entre algunos de estos y el terapeuta, pudiendo suceder que este se enfrente a la necesidad de valorar como disfuncionales algunas situaciones familiares o patrones de relación que nunca habían sido enjuiciados como problemáticos por algunos o todos los miembros familiares (Becvar y Becvar, 2012).
- *Problemas en torno a la beneficencia.* No todos los miembros de la familia se benefician por igual de la terapia, y en algunas circunstancias la terapia familiar puede ser

vista como perjudicial y así ser sentida por algún miembro aislado. Por ejemplo, cuando en el contexto de una terapia de pareja uno de los cónyuges decide, en contra de los deseos del otro, divorciarse; o cuando, ante la mejoría de un niño inseguro y excesivamente apegado a su madre, esta dice entristecerse y sentirse en soledad. Lo mismo ocurre con las terapias de grupo, donde no todos los pacientes pueden beneficiarse de las terapias, e incluso algunos de ellos pueden resultar dañados al ser incluidos en una terapia grupal (Vinnogradov y Yalom, 1996).

- *Problemas relacionados con el consentimiento.* La familia ha de consentir voluntariamente el tratamiento. Sin embargo, no todos los miembros de la familia están motivados para participar al mismo nivel o incluso alguno rehúsa participar. El terapeuta se enfrenta entonces al dilema de si negarse a tratar a la familia sin que todos los miembros estén presentes, o trabajar con los miembros decididos a participar.
- *Problemas con el mantenimiento de la confidencialidad.* En situaciones terapéuticas con varios clientes, como ocurre en terapia de pareja, de grupo o de familia, la confidencialidad puede resultar comprometida. Puede darse el caso de que el terapeuta sea conocedor de aspectos íntimos de uno de los miembros de la familia o de la pareja que hayan sido revelados en sesiones de terapia individual. En este sentido, una situación difícil que pudiera surgir, en el contexto de una atención terapéutica simultánea individual y de pareja, sería que el terapeuta fuese conocedor de la infidelidad de uno de los cónyuges, revelada esta en el transcurso de una sesión individual. Para evitar problemas en torno a la confidencialidad, es importante aclarar desde el principio las relaciones que el terapeuta va a establecer con cada uno de los miembros de la familia, quiénes son los pacientes (una persona, la pareja o la familia),

los límites de la confidencialidad o las actuaciones que se llevarán a cabo respecto a los «secretos» revelados individualmente, entre otros aspectos (concretamente, si se van a mantener o no, en sesiones conjuntas, los «secretos» que se consideran relevantes y que fueron obtenidos en sesiones individuales).

5. TERAPIAS MEDIANTE INTERNET

Los avances tecnológicos de los últimos años y la omnipresencia de Internet en la vida diaria de las personas resultan incuestionables. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2018), en 2017 el 83,4 por 100 de los hogares españoles disponían de acceso a Internet, cifra que supera claramente al 38 por 100 de 2006, año previo a la crisis económica internacional.

Las personas buscan información a través de la red sobre sus problemas de salud, también respecto de su salud mental, así como acerca de los posibles tratamientos *online* y de los profesionales que se publicitan como ciberterapeutas (Luxton, Pruitt y Osenbach, 2014).

A diferencia de cualquier otro medio tecnológico, Internet permite una comunicación instantánea e interactiva (Fertik y Thompson, 2010) y se erige como una opción para potenciales pacientes de la psicoterapia, y sin embargo genera en algunos psicoterapeutas preocupaciones no solo en torno a su eficacia, sino también respecto de los problemas legales y éticos derivados de la ciberterapia.

Tradicionalmente, las intervenciones psicoterapéuticas se han caracterizado por realizarse cara a cara entre el terapeuta y el paciente, en un clima de respeto y absoluta privacidad, orientado a resolver los problemas del usuario. Precisamente este encuentro, llamado alianza terapéutica, es considerado el predictor más significativo del éxito de la terapia (Bedi, Cook y Domene, 2012), independientemente de la orientación terapéutica del profesional y de las técnicas que este utilice.

En las sesiones típicas de terapia, el profesional tiene acceso a los aspectos no verbales de la

comunicación. Estos incluyen todos los relacionados con la comunicación proxémica (contacto personal y proximidad física en la interacción), kinésica (postura corporal, gestos, mirada, expresión facial y sonrisa) y paralingüística (tono, volumen y ritmo de la voz), y son de acceso prácticamente continuo al terapeuta, quien puede valorarlos, integrarlos y contrastarlos con la información proporcionada por la comunicación verbal. La importancia de estos aspectos en las interacciones terapeuta-paciente ha sido señalada por muchos autores (por ejemplo, Nelson-Jones, 2009; Trepal, Haberstroh, Duffey y Evans, 2007; Shaw y Shaw, 2006). Algunas, o casi todas, las señales no verbales podrían perderse con el uso de algunos de los medios de comunicación virtuales (videoconferencia, correo electrónico, chat, mensajería de texto, etc.). De ahí que muchos terapeutas se hayan mostrado cautelosos y resistentes a adoptar estos procedimientos (Evans, 2014; Mattison, 2012).

Internet se ha erigido poco menos que en una oportunidad para las personas con dificultades para acceder a un terapeuta (Mattison, 2012), y la oferta de terapias *online* está creciendo. Algunos estudios señalan la eficacia de las terapias virtuales para algunos trastornos (Andersson y Cuijpers, 2009; Cowpertwait y Clarke, 2013; Stefan y David, 2013; Vernmark et al., 2010), incluso manteniendo que es posible el desarrollo de una fuerte alianza terapéutica (Reynolds, Stiles, Bailer y Hughes, 2013; Preschl, Maercker y Wager, 2011).

Los desafíos éticos que se derivan de las intervenciones *online* serían los relacionados con:

- La realización fiable del diagnóstico clínico, así como de la formulación psicológica del caso, dada la pérdida de información relevante.
- El mantenimiento de la confidencialidad de todo lo registrado en el transcurso de la comunicación *online*, ya que al dispositivo electrónico utilizado para ello podría acceder otra u otras personas. En este sentido, se sugiere la utilización de servicios encriptados para garantizar los estándares de la práctica relacionada con la confidenciali-

dad, evitando la utilización de programas no seguros como Skype (Del Río, 2018). Además, los usuarios de la terapia *online* deben ser informados de las limitaciones y riesgos, en cuanto a confidencialidad se refiere, de las terapias a través de la red. Muchos clínicos que se dedican a la ciberterapia utilizan programas como Skype, que, si bien es muy utilizado para comunicaciones personales, no es adecuado para ser usado en terapias psicológicas, donde hay un intercambio de datos especialmente sensibles que requieren un nivel alto de protección. Como señala Del Río (2018), es cierto que Skype ofrece cifrado de las comunicaciones, pero no son encriptadas en el punto de envío y descifradas únicamente cuando llegan a su destino final, sino que Skype tiene la capacidad de interceptar y leer las comunicaciones de ida y vuelta, por lo que podemos decir que las comunicaciones son seguras pero no privadas; además, con este programa no se puede verificar la identidad de los contactos y tampoco protege las comunicaciones pasadas, que podrían almacenarse de forma indefinida.

- La verificación de la identidad del interlocutor, pues en determinadas formas de comunicación, como la audioconferencia o el intercambio de *mails*, es imposible determinarla.
- La disparidad de opiniones de los investigadores que han estudiado acerca de la posibilidad de establecer una relación terapéutica en este tipo de interacciones, siendo esta variable la que mayormente resulta asociada con el cambio terapéutico.
- La escasez de estudios que hayan establecido claramente la eficacia de este tipo de intervenciones. Como premisa de partida, quienes trabajen en este ámbito, al igual que en las intervenciones tradicionales, deben hacerlo dentro del rango de su competencia, reconocer sus limitaciones y tomar las medidas apropiadas si el servicio requerido va más allá de su competencia.

— Cuando se prestan servicios psicológicos *online* se debe tener un especial cuidado para obtener de forma apropiada el consentimiento informado. Al inicio se deberá proporcionar información sobre los siguientes aspectos: 1) la identidad del clínico y la titulación que le habilita para el ejercicio profesional en el ámbito clínico; 2) la forma en la que se van a ofrecer los servicios, si es a «tiempo real», a través de programas interactivos o por correo electrónico, o de forma mixta; 3) el tiempo de espera para las respuestas a los mensajes de correo electrónico o disponibilidad para establecer sesiones a «tiempo real» mediante chats o videoconferencia; 4) la forma en la que se van a recoger y archivar los datos y sistemas establecidos para proteger la seguridad y confidencialidad de los mismos, así como sobre los derechos de los usuarios para el acceso a los mismos; 5) los límites de la confidencialidad (en el caso de que los archivos sean exigidos judicialmente o tengamos conocimiento de situaciones en las que estaríamos obligados a notificar a las autoridades, por ejemplo abuso sexual de un menor, etc.); 6) los riesgos potenciales, posibles contraindicaciones y alternativas de tratamiento, y 7) los procedimientos previstos si surgieran situaciones de crisis o de emergencia. Si trabajamos con menores o personas incapacitadas, debemos asegurarnos de que las garantías sean las mismas que las que normalmente se exigen, entre ellas asegurar clara y verificablemente la autorización de los padres o tutores (*consentimiento por representación*). En general, en el proceso de obtención del consentimiento informado se deberá advertir previamente a los usuarios que la modalidad no es aplicable para todos los trastornos, sobre todo los graves, y que está aún en fase experimental, por lo que su utilidad puede que no se corresponda con el éxito de terapias presenciales que han demostrado ser eficaces y efectivas.

— El efecto desinhibidor de las terapias *online*, el cual podría dar lugar a conductas de acoso, que, si bien pueden darse en terapias tradicionales, son más fáciles de producirse en Internet.

Para más información sobre las intervenciones mediante Internet véase Del Río (2005, 2018).

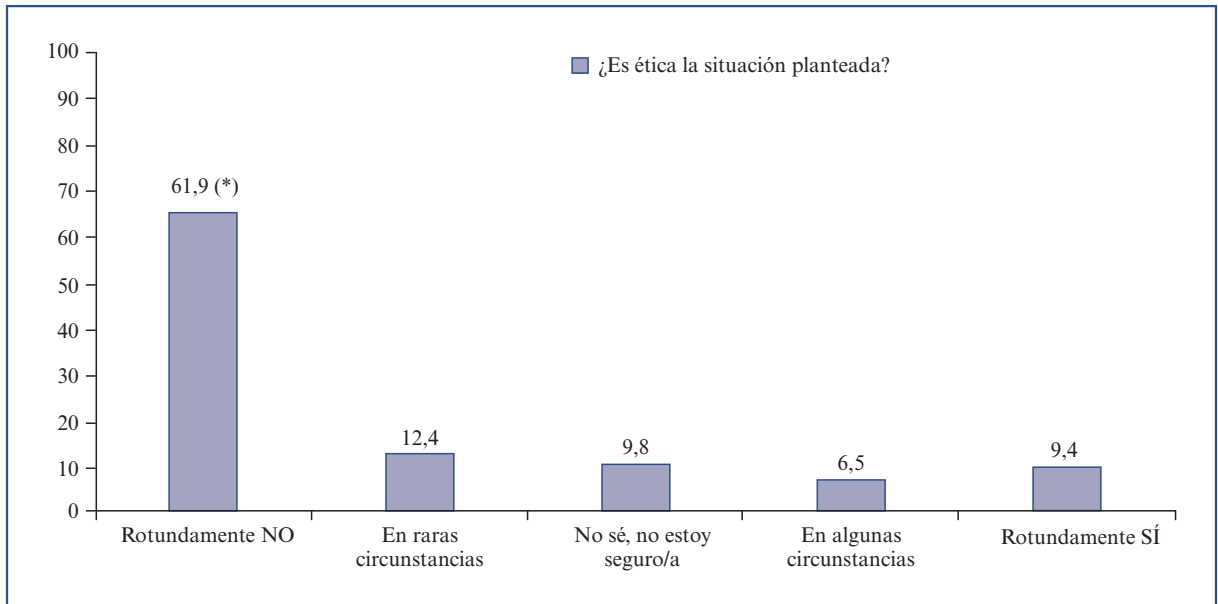
6. SITUACIONES DE RIESGO PARA LA MALA PRAXIS EN PSICOTERAPIA

A lo largo de este apartado discutiremos en torno a los riesgos de prácticas poco éticas del clínico que realiza intervenciones psicoterapéuticas. También analizaremos algunos de los resultados obtenidos en el estudio de Pastor (2017), al que nos estamos refiriendo a lo largo de este manual. Entre las situaciones de riesgo de mala praxis, encontramos:

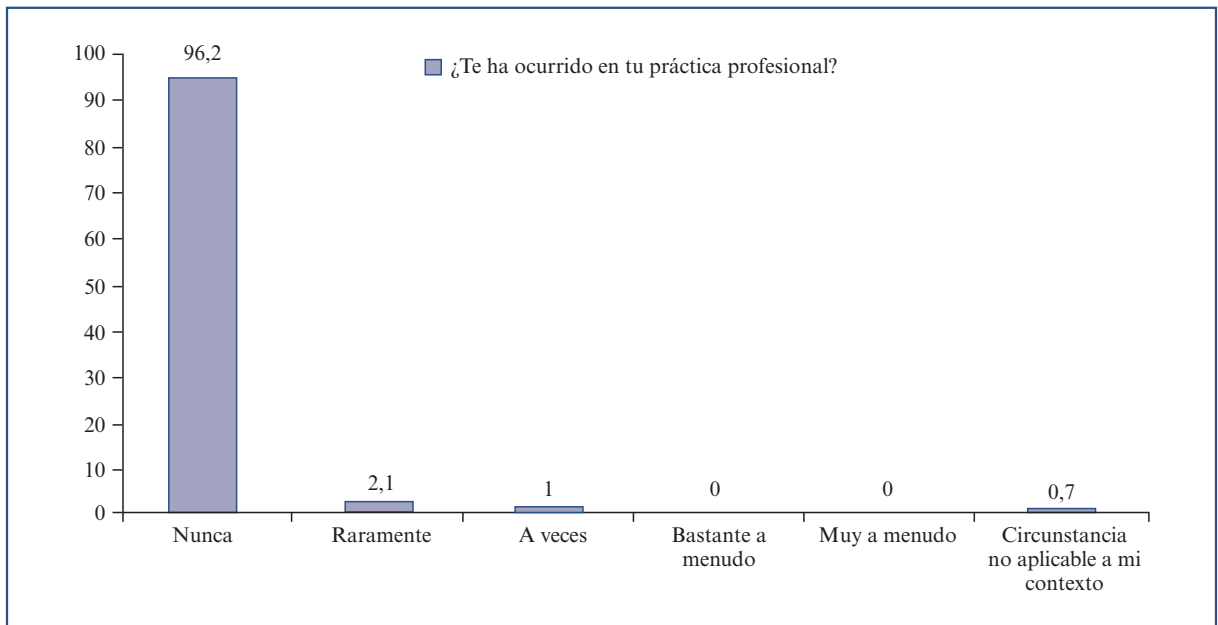
— *Problemas relacionados con la terminación de la terapia.* Es muy importante discutir los temas relacionados con la terminación o interrupción del tratamiento desde el inicio del mismo, es decir, desde que se informa para obtenerse el pertinente consentimiento. Así, será imprescindible aclarar al paciente que la conclusión de la terapia estará determinada por: 1) la mejoría del usuario; 2) la inexistencia de beneficio o, lo que es lo mismo, cuando se advierta que el paciente no va a seguir mejorando pese a continuar con la terapia o incluso la misma pudiera dañarle de algún modo, y 3) la existencia de acoso o amenazas del paciente al clínico.

Veamos los datos que se obtuvieron en nuestro estudio (Pastor, 2017) en torno a un escenario relacionado con el punto que nos ocupa (Situación 1). Esta, que bien podríamos haber incluido en el capítulo 7 de relaciones duales, resulta no obstante clarificadora respecto de los problemas que pudieran surgir en torno a la terminación de la te-

SITUACIÓN 1

Interrumpir la terapia para ser amigo de un paciente

Nota: El símbolo (*) indica la dirección de respuesta más ajustada a las normas éticas.



rapia, cuando la conclusión de la misma hubiese estado motivada por aspectos en ningún modo relacionados con criterios clínicos de mejora. Los profesionales participantes informan, respecto de esta situación, de una escasa incidencia, si bien no ofrecen respuestas contundentes en la valoración negativa de esta conducta, éticamente reprochable desde un punto de vista ético-deontológico.

- *Conflictos entre los valores del terapeuta y los del paciente.* Es importante que el clínico sea responsable y evite la imposición de sus propios valores al paciente. Como se ha referido anteriormente, los profesionales no somos inmunes a los prejuicios, de modo que es importante reconocerlos e intentar mantener actitudes lo más neutras y objetivas posibles, orientando nuestra labor terapéutica hacia el desarrollo del propio sistema de valores del usuario, su autonomía, autodeterminación y libertad.

En cuanto a los datos respecto de una situación relacionada con el conflicto entre valores del terapeuta y los del paciente del estudio de Pastor (2017), como puede verse en la Situación 2, a tenor de los resultados obtenidos, las respuestas de los 308 profesionales participantes no parecen informarnos de que estemos ante una conducta que pudiera erigirse como de riesgo para una mala praxis profesional.

- *Relaciones duales.* El profesional ha de ser consciente de los posibles conflictos que

podieran derivarse del establecimiento de relaciones duales con pacientes o con supervisados clínicos (véase capítulo 7 respecto del establecimiento de relaciones duales con pacientes y/o con supervisados clínicos, alumnos en formación o internos residentes).

- *Utilización de técnicas no contrastadas científicamente.* Nos referimos a aquellos procedimientos con endebles fundamentos alejados de la psicología científica o de algunas de sus orientaciones paradigmáticas más reconocidas.

En este caso, en el estudio de Pastor (2017) respecto al escenario que puede verse en la Situación 3, los resultados ponen de manifiesto que los clínicos no se adhieren a los estándares respecto de lo que se considera un tratamiento psicológico eficaz a la hora de llevar a cabo intervenciones psicoterapéuticas. Cabe señalar que el posicionamiento favorable a aplicar técnicas no contrastadas, pero eficaces a criterio del facultativo, se dio por parte de *profesionales de todas las orientaciones*, aunque, muy especialmente, por quienes intervenían desde paradigmas ajenos al cognitivo-conductual (pero también entre estos).

- *Derivación de pacientes desde instituciones públicas a privadas.* Constituyen derivaciones antiéticas que deben evitarse. Es claro al respecto el Código Deontológico del Psicólogo.

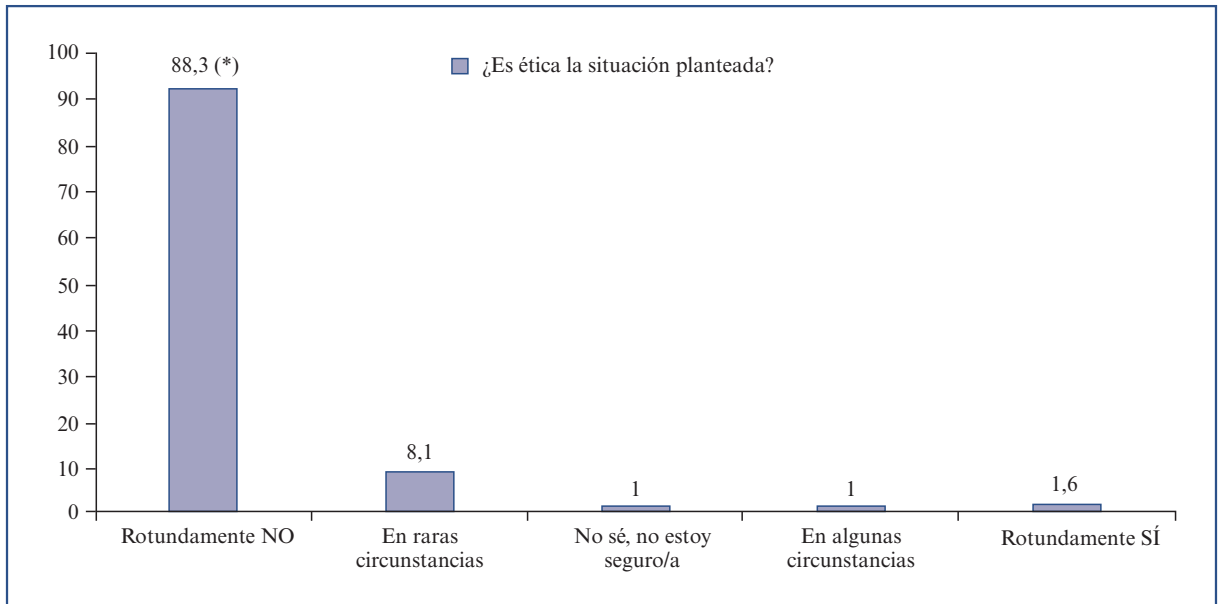
CDP (1987, 2010, 2014)

Artículo 13

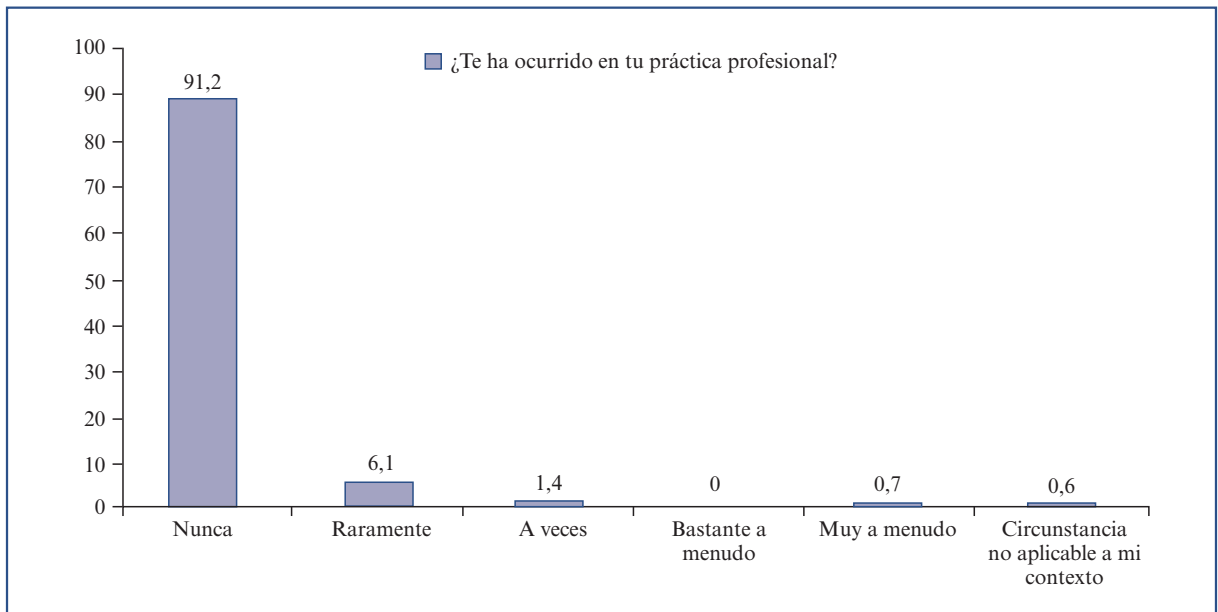
El/la psicólogo/a no realizará maniobras o actuaciones de captación contrarias a la ley, encaminadas a que le sean confiados los casos de determinadas personas o tendentes a asegurar su monopolio profesional en un área determinada. El/la psicólogo/a en una institución pública no aprovechará esta situación para derivar casos a su propia práctica privada.

SITUACIÓN 2

Manifiestar el desacuerdo y censurar a un paciente que nos manifiesta sus creencias religiosas

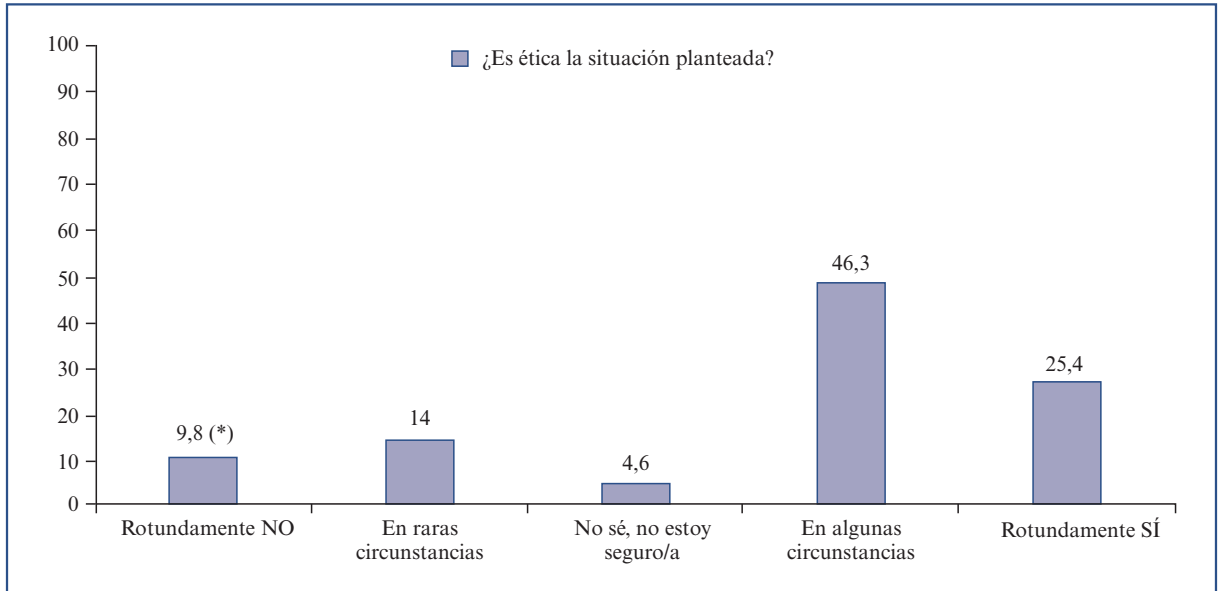


Nota: El símbolo (*) indica la dirección de respuesta más ajustada a las normas éticas.

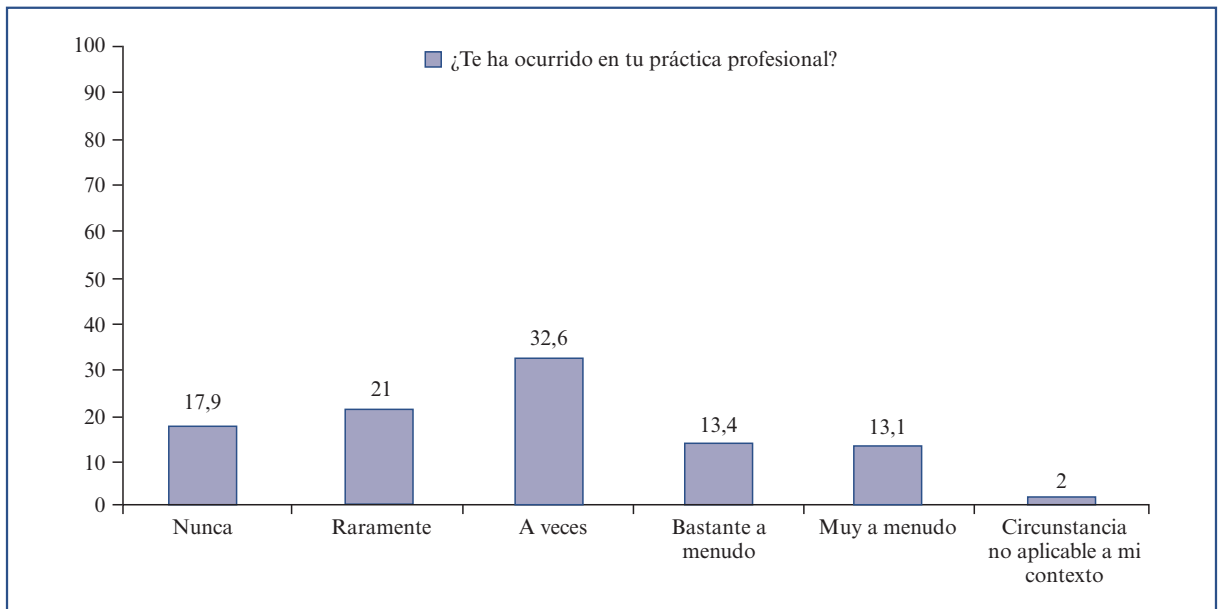


SITUACIÓN 3

Aplicar técnicas psicoterapéuticas no contrastadas científicamente, pero que, en base a la experiencia clínica, son consideradas eficaces a criterio del facultativo



Nota: El símbolo (*) indica la dirección de respuesta más ajustada a las normas éticas.



- *Intromisión en tratamientos prescritos por otros profesionales competentes.* Los clínicos no interferiremos en tratamientos (medicamentosos o psicoterapéuticos) prescritos por otros profesionales, con independencia de que pudiéramos expresar al paciente nuestro desacuerdo (si consideramos que algunas de las intervenciones que otros especialistas vienen realizando pudieran perjudicarles más que generarle beneficio).
- *Desacreditación de otros profesionales.* No es infrecuente advertir conductas irrespetuosas de profesionales hacia otros a los

que se pretende desacreditar, formulándose en no pocos casos críticas infundadas incluso delante de los propios pacientes. A veces son los pacientes quienes con sus comentarios intentan desacreditar a sus terapeutas anteriores ante el nuevo profesional, pero profundizar en tales críticas (a veces cotilleos intrascendentes por parte de los pacientes) sería poco ético. En esos casos lo más adecuado es no reforzar esa conducta, evitando realizar comentarios y derivando la conversación hacia otros temas más relevantes.

Caso Arya

Arya es una paciente de 29 años que consulta en un dispositivo de salud mental, tras realizar un tratamiento en el ámbito privado de doce sesiones de duración por una fobia social. Este tratamiento lo realizó con una terapeuta con orientación cognitivo-conductual.

El psicólogo clínico del ámbito público que la atiende dedica gran parte de la primera consulta a desacreditar a la terapeuta que había intervenido con la paciente y a la que, según él mismo manifestó, conocía muy bien: en primer lugar, señaló a la paciente que la solución a su problema pasaba por intervenciones «más profundas que no se limitaran al tratamiento paliativo del problema»; posteriormente, fue más duro al considerar a su colega «poco capacitada», dado que conocía fehacientemente que nunca había realizado un trabajo psicoterapéutico personal y que no solía obtener éxitos terapéuticos con los clientes/pacientes a quienes atendía en su consulta. En opinión del psicólogo clínico, Arya precisaba de una intervención de corte psicoanalítico, pero, al mismo tiempo, explicó a la paciente que esta no podía llevarse a cabo en el ámbito público, por lo que, si quería, recibir el tratamiento que él consideraba oportuno, tendría que acudir a su consultorio privado.

Investigación con participantes humanos

10

La investigación forma parte de las actividades que los profesionales de salud mental realizan, contribuyendo de este modo al desarrollo de sus disciplinas. Psicólogos y psiquiatras han de promover el desarrollo de su ciencia ateniéndose a las exigencias del trabajo científico y comunicando sus resultados según los usos científicos y/o la docencia, tal y como se sugiere en el Código Deontológico del Psicólogo (COP, 1987, 2010, 2014) y el Código de Ética Médica (CDM, 2011). La necesidad de investigación es indiscutible, y desde la legislación vigente (Ley 14/2007) se alienta a que los servicios de salud arbitren las medidas necesarias para facilitar la compatibilidad de la actividad asistencial e investigadora en las profesiones sanitarias.

La cuestión ética con respecto a experimentos médicos en Alemania durante las décadas de los años 30 y 40 fue crucial en los juicios de Nuremberg. Los investigadores involucrados en los horrendos crímenes de la Segunda Guerra Mundial fueron juzgados e intentaron excusarse argumen-

tando la inexistencia de normativas que rigiesen la investigación con seres humanos (Vollmann y Winau, 1996). En este contexto surge el Código de Nuremberg en 1947, considerado como el primero en establecer las normas éticas en la experimentación humana, basadas estas fundamentalmente en el consentimiento libre y voluntario, así como en la valoración de riesgos y beneficios de las investigaciones. Este primer código dio lugar a la Declaración de Helsinki, durante la XVIII Asamblea de la Asociación Médica Mundial en el año 1964, declaración que sirve de base para el emprendimiento de cualquier investigación. Desde su primera publicación han sido varias las revisiones realizadas, siendo la séptima y última enmienda la realizada en octubre de 2013 en Brasil (World Medical Association, 2017). A continuación, por razones de espacio, exponemos únicamente algunos de los apartados de la Declaración que resultan más relevantes con la investigación con participantes humanos en el ámbito de la salud mental, aunque se recomienda su consulta completa.

DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL (AMM)

Privacidad y confidencialidad

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Consentimiento informado

25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

26. En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada participante potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post-estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. El participante potencial debe ser informado del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada participante potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.

Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona cualificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestado formalmente.

Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

27. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el participante potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

28. Cuando el participante potencial sea incapaz de dar su consentimiento informado, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en una investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que esta tenga como objetivo promover la salud del grupo representado por el participante potencial. Esta investigación no puede realizarse en personas capaces de dar su consentimiento informado, y la investigación implica solo un riesgo y costo mínimos.

29. Si un participante potencial que toma parte en la investigación, considerado incapaz de dar su consentimiento informado, es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del participante potencial debe ser respetado.

30. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo los pacientes inconscientes, se puede realizar solo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria del grupo investigado. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un

* Los párrafos 26, 27, 28 y 29 han sido revisados editorialmente por el Secretariado de la AMM el 5 de mayo de 2015.

comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse, con la mayor brevedad posible, del individuo o de un representante legal.

31. El médico debe informar cabalmente al paciente sobre aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa a la relación médico-paciente.

32. Para la investigación médica en la que se utilice material o datos humanos identificables, como la investigación sobre material o datos contenidos en biobancos o depósitos similares, el médico debe pedir el consentimiento informado para la recolección, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones excepcionales en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación. En esta situación, la investigación solo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.

Inscripción y publicación de la investigación y difusión de resultados

35. Todo estudio de investigación con seres humanos debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.

36. Los investigadores, autores, auspiciadores, directores y editores, todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación y difusión de los resultados de su investigación. Los investigadores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos, y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Todas las partes deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos, o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

Intervenciones no probadas en la práctica clínica

37. Cuando en la atención de un paciente las intervenciones probadas no existen u otras intervenciones conocidas han resultado ineficaces, el médico, después de pedir consejo de experto, con el consentimiento informado del paciente o de un representante legal autorizado, puede permitirse usar intervenciones no comprobadas, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el sufrimiento. Tales intervenciones deben ser investigadas posteriormente a fin de evaluar su seguridad y eficacia. En todos los casos esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, puesta a disposición del público.

Otro hecho histórico que merece resaltarse es el «experimento Tuskegee», estudio científico realizado entre los años 1932 y 1972 por los servicios públicos de salud de los Estados Unidos, donde 399 pacientes negros con sífilis y otros 201 sin esta enfermedad fueron estudiados para monitorizar la evolución natural de la sífilis con la esperanza de encontrar tratamiento para las per-

sonas negras, al tiempo que se les privaba de tratamiento con penicilina, aprobado para este padecimiento, para seguir fielmente el protocolo inicial de investigación. La forma en que se realizó el estudio demuestra el flagrante desprecio de los derechos humanos y la violación de muchos de los principios de la ética de la salud pública. Si bien los participantes habían consentido

su examen y tratamiento, nunca entendieron el objeto real del estudio, siendo manipulados durante décadas por unos investigadores que habían omitido el verdadero propósito del mismo. Cuando salieron a la luz estos hechos, se produjo un gran debate científico, que culminó en 1979 con el Informe Belmont, donde se establecieron los principios de beneficencia, justicia y respeto a la autonomía como principios éticos básicos. El respeto por las personas se refleja así en el consentimiento informado, a través del cual el investigador proporciona información y evalúa la capacidad del participante para consentir voluntariamente; la beneficencia se logra mediante la maximización de los beneficios del diseño del estudio minimizando los posibles riesgos; finalmente, la justicia se pretende con la selección equitativa de los participantes, de modo que los costes y los beneficios del estudio se distribuyan equitativamente.

En los años noventa la Conferencia de Ministros Europeos de Justicia mostró preocupación respecto a nuevos desafíos y retos éticos que, debido a los avances científico-tecnológicos en el ámbito de la medicina, se estaban planteando. De este modo, el Consejo de Europa elaboró un documento, rubricado el 4 de abril de 1997 en Oviedo y llamado *Convención de Asturias de Bioética*, el cual obliga a los estados firmantes a incorporar un conjunto de principios normativos en sus ordenamientos jurídicos. El convenio, estructurado en 14 capítulos y 38 artículos, contiene dos específicamente relacionados con el tema que nos ocupa: el artículo 16, dedicado a la regulación de la «*Protección de las personas que se presten a una investigación*», y el artículo 17, referido a la «*Protección de las personas que no tengan capacidad de consentir a una investigación*».

Por su parte, la Asociación Mundial de Psiquiatría ha promulgado varias declaraciones en las que alguna de sus directrices se refería específicamente al ámbito de la investigación (véase directriz 7 de la Declaración de Madrid, detallada en el capítulo 1 de este manual).

El CDM (2011) dedica el capítulo XIV a la investigación médica sobre el ser humano, resultando no obstante poco clarificador respecto a las especificidades que comporta la investigación con participantes humanos en psiquiatría.

Un capítulo, en este caso el IV, dedica el CDP (1987-2010-2014) a la investigación y docencia, desarrollado este a lo largo de 6 artículos que, al igual que el CDM, resultan poco clarificadores, si bien contemplan los aspectos sustanciales referidos al respeto de los derechos fundamentales, la evitación de daños o prejuicios, la posibilidad de los participantes de abandonar la investigación, el consentimiento informado o la necesidad de información posterior en los casos en que se requiera la utilización del engaño.

Los más explícitos resultan tanto el Código Ético de la APA (2002, 2010, 2016) como el Código Ético para la investigación con seres humanos de la Sociedad Británica de Psicología (BPS, 2014). El primero de ellos, al que nos hemos referido anteriormente en el desarrollo de los diferentes capítulos de este manual, tiene un amplio apartado dedicado a la investigación y publicación (capítulo 8); por su parte, el Código Ético de la BPS al que hacemos referencia contiene principios generales sobre los aspectos éticos de la investigación humana que pueden aplicarse a todos los contextos de investigación con participantes humanos, resultando a nuestro juicio una exhaustiva y completa guía que invitamos a consultar.

Por supuesto, todos los códigos anteriores, incluso aquellos que resultan más lacónicos en sus desarrollos, están en sintonía con las declaraciones antes referidas y con las legislaciones que están en vigor actualmente en la mayoría de los países.

A continuación reproduciremos los apartados que los códigos referidos anteriormente dedican a la investigación. Por su extensión, no detallaremos el Código Ético para la investigación con seres humanos de la BPS (2014), si bien haremos referencia al mismo a lo largo de este capítulo y, por supuesto, insistimos en recomendar su lectura a los clínicos investigadores.

CDM (2011)**Artículo 59**

1. La investigación médica es necesaria para el avance de la medicina, siendo un bien social que debe ser fomentado y alentado. La investigación con seres humanos debe realizarse cuando el avance científico no sea posible por otros medios alternativos de eficacia comparable o en aquellas fases de la investigación en las que sea imprescindible.

2. El médico investigador debe adoptar todas las precauciones posibles para preservar la integridad física y psíquica de los sujetos de investigación. Debe tener especial cuidado en la protección de los individuos pertenecientes a colectivos vulnerables. El bien del ser humano que participe en una investigación biomédica debe prevalecer sobre los intereses de la sociedad y de la ciencia.

3. El respeto por el sujeto de investigación es el principio rector de la misma. Se deberá obtener siempre su consentimiento explícito. La información deberá contener, al menos: la naturaleza y finalidad de la investigación, los objetivos, los métodos, los beneficios previstos, así como los potenciales riesgos e incomodidades que le puede ocasionar su participación. También debe ser informado de su derecho a no participar o a retirarse libremente en cualquier momento de la investigación, sin resultar perjudicado por ello.

4. El médico investigador tiene el deber de publicar los resultados de su investigación por los cauces normales de divulgación científica, tanto si son favorables como si no lo son. No es ética la manipulación o la ocultación de datos, ya sea para obtener beneficios personales o de grupo, o por motivos ideológicos.

5. Es contrario a la ética y a la deontología médica la creación de embriones en el laboratorio con la finalidad de dedicarlos a prácticas de investigación, así como las técnicas de transferencia nuclear y clonación.

6. La conservación de células madre o de sangre del cordón umbilical exige proporcionar, con carácter previo, una información completa sobre las posibilidades presentes y futuras de estas prácticas.

CDP (1987, 2010, 2014)**IV. DE LA INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA****Artículo 33**

Todo/a psicólogo/a, en el ejercicio de su profesión, procurará contribuir al progreso de la ciencia y de la profesión psicológica, investigando en su disciplina, ateniéndose a las reglas y exigencias del trabajo científico y comunicando su saber a estudiantes y otros profesionales según los usos científicos y/o a través de la docencia.

Artículo 34

En la investigación, rehusará el/la psicólogo/a absolutamente la producción en la persona de daños permanentes, irreversibles o innecesarios para la evitación de otros mayores. La participación en cualquier investigación deberá ser autorizada explícitamente por la/s persona/s con la/s que esta se realiza, o bien por sus padres o tutores en el caso de menores o incapacitados.

Artículo 35

Cuando la investigación psicológica requiera alguna clase de daños pasajeros y molestias, como choques eléctricos o privación sensorial, el investigador, ante todo, se asegurará de que los sujetos participen en las sesiones experimentales con verdadera libertad, sin constricciones ajenas de tipo alguno, y no los aceptará sino tras informarles puntualmente sobre esos daños y obtener su consiguiente consentimiento. Aun habiendo inicialmente consentido, el sujeto podrá en cualquier momento decidir interrumpir su participación en el experimento.

Artículo 36

Cuando la investigación requiera del recurso a la decepción o al engaño, el/la psicólogo/a se asegurará de que este no va a producir perjuicios duraderos en ninguno de los sujetos, y, en todo caso, revelará a estos la naturaleza y necesidad experimental de engaño al concluir la sesión o la investigación.

Artículo 37

La investigación psicológica, ya experimental, ya observacional en situaciones naturales, se hará siempre con respeto a la dignidad de las personas, a sus creencias, su intimidad o su pudor, con especial delicadeza en áreas como el comportamiento sexual, que la mayoría de los individuos reserva para su privacidad, y también en situaciones —de ancianos, accidentados, enfermos, presos, etc.— que, además de cierta impotencia social, entrañan un serio drama humano que es preciso respetar tanto como investigar.

Artículo 38*

La experimentación con animales evitará también, o reducirá al mínimo, los sufrimientos, daños y molestias que no sean imprescindibles y justificables en atención a fines de reconocido valor científico y humano. Las operaciones quirúrgicas sobre animales se efectuarán con anestesia y se adoptarán medidas apropiadas para evitar las posibles complicaciones. El personal directamente implicado en la investigación con animales seguirá en su práctica los procedimientos de alojamiento, manejo experimental y eliminación eutanásica de los animales, que se recogen en la Guía para la conducta ética en el cuidado y utilización de animales editada por el Colegio Oficial de Psicólogos y que se atiene a las normas internacionales.

APA (2002, 2010, 2016)

8. Investigación y publicación

8.01. Aprobación institucional

En caso de que se requiera aprobación institucional, los psicólogos proporcionarán información precisa sobre sus propuestas de investigación y obtendrán la aprobación de forma previa al comienzo de la investigación. Desarrollarán la investigación de acuerdo con el protocolo de investigación aprobado.

* Hemos incluido el artículo 38, que si bien se refiere a la experimentación con animales y no a la investigación con participantes humanos, objeto de este capítulo, forma parte del capítulo IV del CDP vigente.

8.02. Consentimiento informado para la investigación

a) Cuando se obtenga el consentimiento informado tal como se requiere en la norma 3.10: Consentimiento informado, los psicólogos informarán a los participantes sobre: 1) el propósito de la investigación, la duración esperada y los procedimientos; 2) su derecho a negarse a participar y a retirarse de la investigación una vez que esta haya comenzado; 3) las consecuencias previsibles de abandono o retirada; 4) factores previsibles que pueda esperarse influyan en la disposición para participar en la investigación, tales como riesgos potenciales, incomodidad o efectos adversos; 5) cualquier beneficio probable producto de la investigación; 6) límites de la confidencialidad; 7) incentivos por la participación, y 8) con quién contactar para plantear cuestiones sobre la investigación y sobre los derechos de los participantes de la investigación. Proporcionarán la oportunidad a los posibles participantes para hacer preguntas y recibir respuestas.

b) Los psicólogos que desarrollen investigaciones en las que forme parte el uso de tratamientos experimentales deberán aclarar a los participantes al inicio de la investigación: 1) la naturaleza experimental del tratamiento; 2) si fuese apropiado, los servicios que estarán o no disponibles para el/los grupo/s control; 3) el procedimiento por el cual se realizará la asignación a los grupos de tratamiento y control; 4) las alternativas de tratamiento disponibles si un individuo no desea participar en la investigación o desea retirarse una vez que esta haya empezado, y 5) las compensaciones por el costo económico a los participantes, incluyendo, si fuera preciso, la búsqueda de terceras personas para que abonen los gastos a los participantes.

8.03. Consentimiento informado para la obtención de registros audiovisuales en la investigación

Los psicólogos obtendrán consentimiento informado antes de grabar la voz o imágenes de los participantes de la investigación, a menos que: 1) la investigación consista solamente en observaciones naturales en lugares públicos y no se anticipe que esas grabaciones puedan permitir la identificación personal o causar daño, o 2) el diseño de la investigación incluya el engaño, y el consentimiento se obtenga en el proceso de información posterior.

8.04. Investigaciones con participantes que son clientes/pacientes, estudiantes y subordinados

a) Cuando los psicólogos desarrollen investigaciones con clientes/pacientes, estudiantes o subordinados como participantes, tomarán medidas para protegerlos de las posibles consecuencias adversas del abandono o retirada de su participación.

b) Cuando la participación en la investigación sea un requisito del curso o proporcione la oportunidad de obtener créditos extra, al posible participante se le dará la opción de realizar otras actividades alternativas equivalentes.

8.05. Dispensa del consentimiento informado para investigación

Los psicólogos pueden prescindir del consentimiento informado solo cuando: 1) se asuma razonablemente que la investigación no va a causar dolor o daño e involucre: i) el estudio de prácticas educativas normales, el currículo o el manejo de métodos docentes en ámbitos educativos, ii) la investigación implique encuestas anónimas, observaciones naturales o investigaciones procedentes de archivos en las que los participantes no pueden ser identificados y en las cuales la revelación de las respuestas de los participantes no los pueda poner en situación de riesgo de responsabilidad civil o

penal o que produzcan perjuicios en la situación económica, empleo o reputación, y se proteja la confidencialidad, o iii) la investigación se lleve a cabo en ámbitos organizacionales e implique factores relacionados con el trabajo y con la efectividad de la organización, no existiendo en la misma riesgo en la situación laboral de los participantes y se proteja de la confidencialidad, o 2) esté permitido por la ley o normativas federales o institucionales.

8.06. Ofrecimiento de incentivos a los participantes de la investigación

a) Los psicólogos harán esfuerzos razonables para evitar el ofrecimiento de incentivos, económicos o de cualquier otro tipo, inapropiados o excesivos por la participación en la investigación, cuando tales incentivos tengan un efecto coercitivo con probabilidad.

b) Cuando un psicólogo ofrece servicios profesionales como incentivo para la participación en una investigación, aclarará la naturaleza de los servicios, así como los riesgos, obligaciones y limitaciones.

8.07. Engaño en la investigación

a) Los psicólogos no llevarán a cabo estudios que involucren el engaño, a menos que se haya determinado que el uso de tales técnicas esté justificado por la posible importancia científica, educativa o por el valor aplicado del estudio, y que además no sean factibles procedimientos alternativos que no impliquen el engaño.

b) Los psicólogos nunca engañarán a los posibles participantes de una investigación si existe la probabilidad de causar dolor físico o una posible alteración emocional severa.

c) Los psicólogos explicarán a los participantes de la investigación cualquier engaño que suponga una característica integral del diseño y desarrollo de un experimento tan pronto como sea factible, preferiblemente a la conclusión de su participación, pero no más tarde de la finalización de la recogida de datos, y permitirán a los participantes retirar sus datos si lo solicitan.

8.08. Información sobre la investigación

a) Los psicólogos ofrecerán de forma inmediata a los participantes de la investigación la oportunidad para obtener una información apropiada sobre la naturaleza, resultados y conclusiones de la investigación, y tomarán medidas para corregir cualquier idea errónea que los participantes pudieran tener y de la que ellos hayan podido tener conocimiento.

b) En el caso de que valores científicos o humanos justifiquen el retraso o la retención de esta información, los psicólogos tomarán medidas razonables para reducir el riesgo de daño.

c) Cuando un psicólogo es consciente de que los procedimientos de la investigación hayan tenido un impacto dañino en el participante, tomará medidas razonables para minimizarlo.

8.09. Cuidado de seres humanos y utilización de animales en la investigación

a) Los psicólogos adquirirán, cuidarán, utilizarán y dispondrán de los animales conforme a las leyes y normativas federales, estatales y locales, ajustándose de igual manera a las normas profesionales establecidas.

b) Los psicólogos con formación en métodos de investigación y con experiencia en el cuidado de animales de laboratorio supervisarán todos los procedimientos que impliquen la utilización de animales y serán responsables de asegurar una adecuada consideración a su comodidad, salud y tratamiento humanitario.

c) Los psicólogos se asegurarán de que todos los individuos bajo su supervisión que utilicen animales hayan recibido formación sobre los métodos de investigación y sobre el cuidado, mantenimiento y manejo de las especies utilizadas, en la medida adecuada para su función.

d) Los psicólogos se esforzarán en minimizar la incomodidad, infección, enfermedad y dolor en los animales.

e) Los psicólogos utilizarán procedimientos que sometan a los animales a dolor, estrés o privación solo cuando no esté disponible ningún otro procedimiento alternativo y el fin esté justificado por su probable valor científico, educativo o aplicado.

f) Los psicólogos realizarán procedimientos quirúrgicos bajo la adecuada anestesia, y seguirán las técnicas para evitar la infección y minimizar el dolor durante y después de la cirugía.

g) Cuando sea apropiado terminar con la vida de un animal, los psicólogos procederán rápidamente, realizando esfuerzos por minimizar el dolor y de acuerdo con los procedimientos aceptados.

8.10. Información sobre los resultados de la investigación

a) Los psicólogos no inventarán datos.

b) Si los psicólogos descubren errores importantes en sus datos publicados, tomarán medidas para corregirlos a través de una corrección, retractación, fe de erratas en una enmienda u otros medios apropiados de publicación.

8.11. Plagio

Los psicólogos no presentarán partes o datos de otro trabajo como si fueran propios, aun cuando el otro trabajo o fuente de datos se cite ocasionalmente.

8.12. Reconocimiento de la publicación

a) Los psicólogos asumirán la responsabilidad y se autoatribuirán el reconocimiento, incluyendo el de la autoría, únicamente de los trabajos que realmente hayan realizado o en los que hayan contribuido sustancialmente.

b) La autoría principal y otros reconocimientos de una publicación reflejarán con precisión las contribuciones científicas de los profesionales implicados, sin tener en cuenta su estatus relativo. La mera posición institucional, como por ejemplo la dirección de un departamento, no justifica el reconocimiento de una autoría. Las contribuciones menores en una investigación o en la redacción para la publicación serán reconocidas apropiadamente, en una nota a pie de página o en una declaración introductoria.

c) Excepto bajo circunstancias excepcionales, un estudiante aparecerá como autor principal en un artículo de múltiples autores que esté sustancialmente basado en la disertación o tesis del estudiante. Los asesores de la facultad tratarán con los estudiantes los aspectos relacionados con los méritos de la publicación lo antes posible y, si es apropiado, a lo largo de la investigación y del proceso de publicación.

8.13. Publicación duplicada de datos

Los psicólogos no publicarán como datos originales otros que se hayan publicado previamente. Esto no impide la publicación en nuevas ediciones cuando vayan acompañados por el reconocimiento apropiado.

8.14. Accesibilidad a los datos de una investigación para su verificación

a) Después de la publicación de los resultados de la investigación, los psicólogos no ocultarán los datos en los que se han basado sus conclusiones a otros profesionales competentes que quieran verificar las afirmaciones principales a través de un nuevo análisis y que piensen usar esos datos solo para dicho propósito, a condición de que la confidencialidad de los participantes pueda protegerse, y siempre y cuando los derechos legales de propiedad de los datos no impidan que estos puedan mostrarse. Esto no impide a los psicólogos que requieran que tales individuos o grupos se responsabilicen de los costos asociados a la obtención de tal información.

b) Los psicólogos que soliciten a otros psicólogos los datos para verificar las conclusiones principales en una nueva investigación deberán usar esa información únicamente para los propósitos declarados. Los psicólogos deberán obtener previamente autorización por escrito para cualquier otro uso de los datos.

8.15. Revisores profesionales

Los psicólogos que revisen materiales enviados para su presentación, publicación, financiación u otros propósitos de la investigación revisada, respetarán la confidencialidad y los derechos de propiedad de la información de aquellos que los presentaron.

1. CONFIDENCIALIDAD Y CONSENTIMIENTO INFORMADO EN INVESTIGACIÓN

El consentimiento informado da cuenta del respeto a la autodeterminación del paciente y es particularmente válido en el ámbito de la investigación (Helmchen, 2010), en tanto esta no solo se orienta hacia el bienestar o mejor interés del paciente, sino también a la ganancia de conocimiento.

El consentimiento informado también es un tema que se aborda en la actualización del año 2013 de la Declaración de Helsinki. Como base principal de cualquier proceso experimental, hay que asegurarse que el paciente entienda absolutamente en qué va a consistir y que decida por sí mismo si quiere o no participar, algo que se incluye en la normativa de las distintas guías deontológicas en psicología y psiquiatría.

Así, el Código Deontológico del Psicólogo (COP, 1987, 2010, 2014) advierte de la necesidad de obtener la autorización explícita de los participantes o, en el caso de los menores o incapacitados, de sus progenitores o tutores.

En todo caso, los clínicos han de informar acerca de la naturaleza y finalidad de la investigación (EFPA, 2005), así como de los objetivos, la duración, los métodos de asignación de los participantes a los tratamientos, los beneficios previstos y los potenciales riesgos o daños que su participación le pudiese generar (CDM, 2011; APA, 2002, 2010, 2016). También a su derecho a retirarse libremente en cualquier momento o en cualquiera de las fases de la investigación (CDM, 2011; APA, 2002, 2010, 2016; COP, 1987, 2010, 2014), modificando así su consentimiento, pudiendo solicitar (BPS, 2014) la destrucción de todos o de parte de los datos que hasta el momento

se hubiesen obtenido por su participación. Además, la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA, 2013) advierte de la necesidad de que, dado que los pacientes psiquiátricos podrían constituir en ocasiones una población vulnerable, el clínico ha de tomar especial precaución para evaluar su competencia para participar en una investigación y salvaguardar su autonomía y su integridad física y mental.

Por otro lado, tanto la Asociación Americana de Psicología (APA, 2002, 2010, 2016) como el Código Deontológico del Psicólogo (1987-2010-2014) requieren que el profesional obtenga el consentimiento de los pacientes antes de grabar sus voces o de obtener imágenes, algo en lo que también incide la Sociedad Británica de Psicología (BPS, 2014) cuando advierte de que los investigadores han de considerar, en el pertinente documento de consentimiento informado, la posibilidad de que los participantes del estudio pudieran ser identificados en investigaciones que impliquen grabaciones de vídeo o de audio.

Generalmente, el consentimiento de los participantes de una investigación debe obtenerse siempre, sea cual sea la edad de los participantes, aunque obviamente teniendo en cuenta que la forma en la que proporcionemos la información relevante, referida a la investigación, estará adaptada al nivel competencial y a la edad del participante. Lógicamente, esto no exime de que con menores de 16 años, y con otras personas donde se halle afectada la capacidad de consentimiento, se requiera el consentimiento adicional de los progenitores o de los tutores legales. En los casos especiales en los que consideremos justificado no solicitar el consentimiento de los progenitores, deberemos indefectiblemente justificarlo en el pertinente proyecto de investigación, que remitiremos al Comité de Ética de la Investigación competente.

Cuando la investigación se lleve a cabo con participantes que se hallen privados de libertad (BPS, 2014), se sugiere considerar las circunstancias especiales que pudieran afectar la capacidad de la persona para proporcionar un consentimiento libre.

Con respecto a personas con alfabetización limitada (BPS, 2014), el lenguaje debe ser claro y conciso, usando palabras y oraciones cortas y evitando los tecnicismos. Es importante dar tiempo a los participantes para comprender y considerar la información otorgada respecto de la investigación y lo que se espera de su participación, antes de que tomen una decisión respecto de involucrarse en el estudio o investigación.

Finalmente, con respecto a la investigación relacionada con asesoramiento genético, la WPA (2013) sugiere a los psiquiatras considerar que la información genética proporcionada a una persona no implica solo a esta, sino también a su familia, pudiendo dicha información afectarles. De este modo, los profesionales tendrían que velar no solo para que los participantes en la investigación genética otorgasen consentimiento, sino también sus familias.

A continuación se exponen los apartados que la Sociedad Británica de Psicología (BPS, 2014) considera deben estar incluidos en el documento de consentimiento informado:

- El/los objetivo/s de la investigación.
- Los datos que se recabarán.
- Los métodos por los cuales se recabarán esos datos.
- Las condiciones y límites de la confidencialidad respecto de los datos.
- El cumplimiento de la Ley de Protección de Datos.
- El tiempo empleado por los participantes.
- El derecho a negarse a facilitar información personal al investigador.
- El derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin consecuencias adversas.
- El derecho a que cualquiera de los datos obtenidos en el transcurso de la investigación sea destruido cuando así lo solicite el participante.
- Detalles respecto de cualquier riesgo asociado a la participación.
- Si procede, los beneficios o recompensas que se obtendrán por el tiempo y los in-

convenientes asociados a la participación, sin especificar la cantidad o naturaleza de tal recompensa más allá del reembolso de los gastos derivados, tales como los gastos de viaje.

- El nombre y los datos de contacto del investigador principal.
- El nombre y los datos de contacto de alguna otra persona a la que el participante pudiera dirigirse para esclarecer cualquier aspecto de la investigación que no pudiera ser resuelto satisfactoriamente por el investigador principal.
- Detalles del seguro y de posibles indemnizaciones.
- Informes que se prevén realizar.
- Uso de los resultados obtenidos.
- Beneficios potenciales de la investigación.
- Medios en que estarán disponibles los datos para los participantes.

Con independencia de la forma de presentación del consentimiento informado, este debe ser posible de auditar, es decir, debe ser posible la verificación externa respecto de que efectivamente hemos proporcionado el pertinente consentimiento informado exigible en la investigación. Por supuesto, cualquiera que sea la forma de presentación, esta debe ofrecer la información pertinente y veraz al/los participantes/s en torno a la investigación, así como se ha de dejar constancia de que han comprendido convenientemente la información proporcionada.

Cuando el consentimiento sea presentado de forma escrita, es conveniente disponer de dos copias, que han de ser rubricadas tanto por el investigador como por el participante y, en su caso, por los progenitores o tutores legales. Una de las copias ha de ser entregada al participante, mientras que la otra la conservará el investigador. La copia que conserve el participante debe contener los datos de contacto del investigador o de otra persona próxima a este a la que se pueda recurrir en caso de cualquier consulta o duda.

La Sociedad Británica de Psicología (BPS, 2014) sugiere que, en investigaciones donde exis-

tan riesgos identificables, sería apropiado que el consentimiento fuese observado y rubricado por un tercero independiente. Igualmente, sugiere que los registros de consentimiento, incluyendo las grabaciones de audio o de vídeo que pudieran contener o los datos obtenidos de la investigación, deben almacenarse en condiciones de seguridad que garanticen debidamente la confidencialidad y el anonimato de los participantes.

Es muy importante que la participación de las personas no se deba a coacciones por parte del investigador, por ejemplo ofreciendo recompensas para lograr el consentimiento o penalizándoles de algún modo por no consentir. En el contexto asistencial público, será importante clarificar al participante, cuando este también es paciente, que su negativa a participar no conllevará en ningún caso una merma en la calidad de su asistencia.

Finalmente, cuando se trate de estudios longitudinales en los que se requiera de los participantes un compromiso sustancial de tiempo o de varias sesiones de recopilación de datos (BPS, 2014), será apropiado buscar el consentimiento renovado de los participantes, lo cual requeriría concebir el consentimiento informado como un proceso continuo. Téngase en cuenta que una apreciación más completa de la investigación y de la naturaleza de la participación por parte de los participantes pudiera ser más evidente durante el curso de su participación.

2. BALANCE DE RIESGOS Y BENEFICIOS

La investigación con participantes humanos utiliza metodologías diferentes y puede estar referida a temáticas muy dispares. De igual modo, los riesgos asociados a la investigación pudieran variar enormemente, pudiendo tratarse de investigaciones que prácticamente no presentan riesgos para los participantes u otras con múltiples y severos riesgos que exigen una gran cantidad de detalles en los proyectos de investigación. Así, en

los casos en que un elemento de riesgo sea inevitable, se ha de procurar el análisis minucioso de costes y beneficios, incluir dicho análisis en el proyecto de investigación y detallar el procedimiento que se seguirá respecto de la gestión de los riesgos identificados, remitiéndose para su valoración al comité de ética competente.

El riesgo se puede definir como el potencial daño físico o psicológico, la incomodidad generada o el estrés causado a los participantes de una investigación como resultado de la implementación de la misma. Muy difícilmente pueden determinarse al inicio de una investigación todos los riesgos potenciales derivadas de la implementación de la misma (BPS, 2014), si bien el investigador ha de esforzarse por identificarlos y evaluarlos convenientemente para así desarrollar estrategias encaminadas a minimizar dichos riesgos en el transcurso de la investigación. De este modo, los clínicos han de considerar todo estudio o investigación clínica desde la perspectiva de los participantes o de cualquier otra persona o grupo que pudiera resultar afectado, con objeto de evitar riesgos para el bienestar físico o psíquico u otros que atenten contra la dignidad, privacidad o las creencias y los valores personales (BPS, 2014).

Hemos de diseñar investigaciones que minimicen los riesgos innecesarios a los participantes (COP, 1987, 2010, 2014), a los que se les clarificará, mediante el pertinente documento de consentimiento informado, no solo la naturaleza del estudio sino también dichos riesgos potenciales y los beneficios esperados. Los riesgos serán necesarios solo en la medida en que sean razonables con relación a los beneficios que puedan reportar y la importancia de los conocimientos que se deriven de la investigación (principios bioéticos de beneficencia y no maleficencia). En cualquier caso, los riesgos y beneficios (De Chávez, Barragán y Pérez, 2017), en el contexto de investigaciones con humanos, se deben distribuir equitativamente entre los participantes, de modo que el proceso de selección de los mismos proteja a los segmentos de la población en condiciones de vulnerabilidad.

Algunas características de las investigaciones que pudieran suponer riesgos relevantes de mala praxis son (BPS, 2014):

- Incluyen participantes que pertenecen a grupos vulnerables, como niños, personas con discapacidad o individuos que establecen relaciones desiguales (como estudiantes o supervisados clínicos).
- Se abordan temáticas delicadas, como hábitos o prácticas sexuales de los participantes o la ideología política de los mismos.
- Se hace uso del engaño.
- Acceden a registros personales o confidenciales que contienen información relativa a, por ejemplo, análisis genéticos o bioquímicos.
- Implican el acceso a información confidencial a través de terceros, generalmente empleados que tienen acceso a este tipo de información.
- Provocan malestar físico o psicológico, debido al uso de pruebas repetitivas o prolongadas.
- Hacen uso de intervenciones invasivas, como la administración de sustancias psicotrópicas, técnicas hipnóticas o ejercicio físico vigoroso.
- Pudieran tener consecuencias adversas en el estatus profesional del participante.
- Pudieran favorecer el «etiquetado» por parte del investigador (categorización) o por parte del participante (por ejemplo, «no soy normal»).
- Implican la recolección de muestras biológicas, tales como sangre o tejido humano.

Respecto a los procedimientos invasivos, la Ley 14/2007 establece en su artículo 16 que las investigaciones que impliquen procedimientos de este tipo en el ser humano deberán ser previamente evaluadas por el Comité de Ética de la Investigación correspondiente a través del proyecto de investigación presentado y autorizado por el órgano autonómico competente. La evaluación, que debe-

rá ser previa a la autorización, habrá de ser favorable y debidamente motivada, así como deberá contemplar la idoneidad científica del proyecto, su pertinencia, factibilidad y la adecuación del investigador principal y del equipo investigador. Añade que cuando los resultados parciales obtenidos aconsejen una modificación del proyecto, dicha modificación requerirá de un informe favorable del Comité de Ética de la Investigación y será comunicada a la autoridad autonómica competente a los efectos oportunos. Finaliza señalando que en los casos de proyectos de investigación que se realicen en varios centros, se deberá garantizar la unidad de criterio y la existencia de un informe único.

En cuanto a las compensaciones por daños, la referida Ley, en su artículo 18, contempla esta posibilidad y las responsabilidades del promotor de la investigación, del investigador responsable de la misma o del hospital o centro en el que se hubiera realizado la investigación, cuando, por cualquier circunstancia, el seguro no cubra enteramente los daños causados, con independencia de que previamente el dictamen del Comité de Ética de la Investigación hubiese sido favorable.

3. LA UTILIZACIÓN DEL ENGAÑO EN INVESTIGACIÓN

Los clínicos investigadores han de proporcionar a los participantes la suficiente información, veraz y comprensible, que les permita otorgar consentimiento voluntario y libre. Sin embargo, en algunas circunstancias los participantes de una investigación pueden ser engañados respecto a los objetivos del estudio (por ejemplo en ensayos clínicos ciegos o procedimientos de doble ciego), respecto de los materiales empleados, o incluso algún colaborador pudiera interpretar un falso papel en el transcurso de un experimento (véase, por ejem-

plo, Schachter, 1964). Esto sucede cuando los objetivos de una investigación pudieran resultar comprometidos al ofrecer la información completa antes de la fase de obtención de los datos (BPS, 2014). En tales casos, debe quedar claro tal circunstancia en el documento de consentimiento informado, aclarándose además los medios en los que dicha información omitida, o retenida, se proporcionará a los participantes cuando la fase de obtención de datos haya concluido. Por supuesto, tanto la información retenida como el tiempo en revelarla tras la fase de obtención de los datos debe ser el mínimo posible.

Las normas éticas de los profesionales de la medicina no mencionan el uso del engaño en el transcurso de una investigación; sin embargo, sí se refiere, como hemos indicado, tanto en el Código Deontológico del Psicólogo (COP, 1987, 2010, 2014) como en el Código de Conducta de la American Psychological Association (APA, 2002, 2010, 2016).

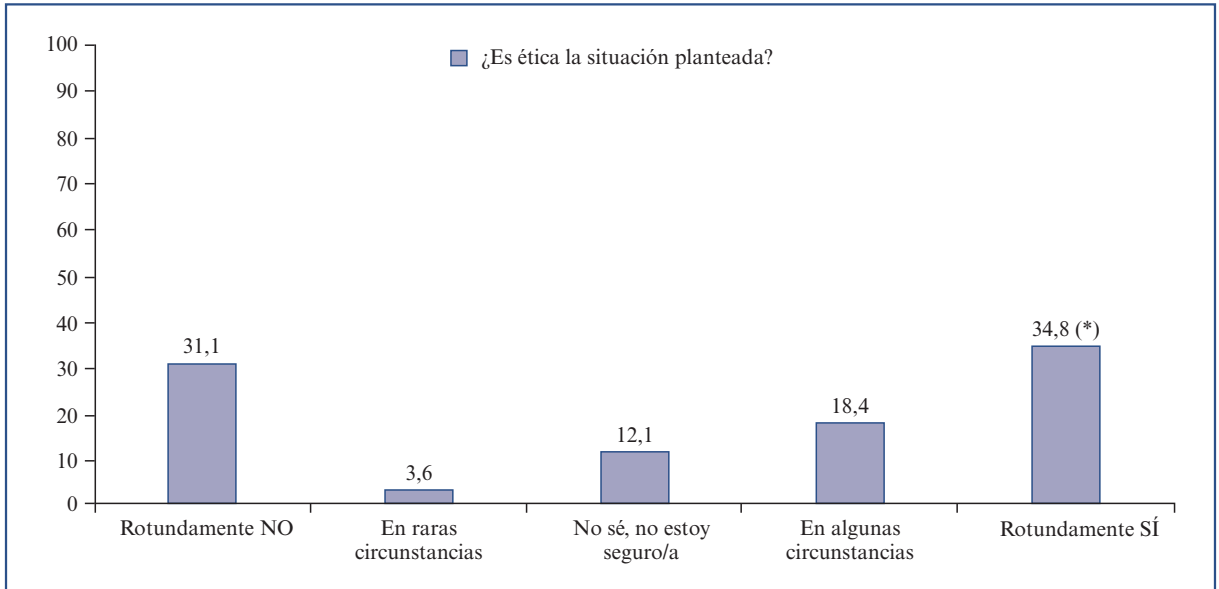
En ambos códigos, si por las características de la investigación se requiere el uso del engaño, el mismo no ha de producir daños prolongados en los participantes y, en todo caso, el profesional ha de revelar a los mismos la finalidad de dicho engaño en cuanto sea posible o al finalizar la investigación.

La Asociación Americana de Psicología (APA, 2002, 2010, 2016) ofrece una perspectiva ética utilitarista que permite a los investigadores utilizar el engaño cuando así esté justificado, por el alto valor científico del estudio que se esté llevando a cabo y por la imposibilidad de implementar métodos alternativos. En todo caso, las consignas engañosas no se administran cuando pudiesen generar dolor físico o malestar emocional.

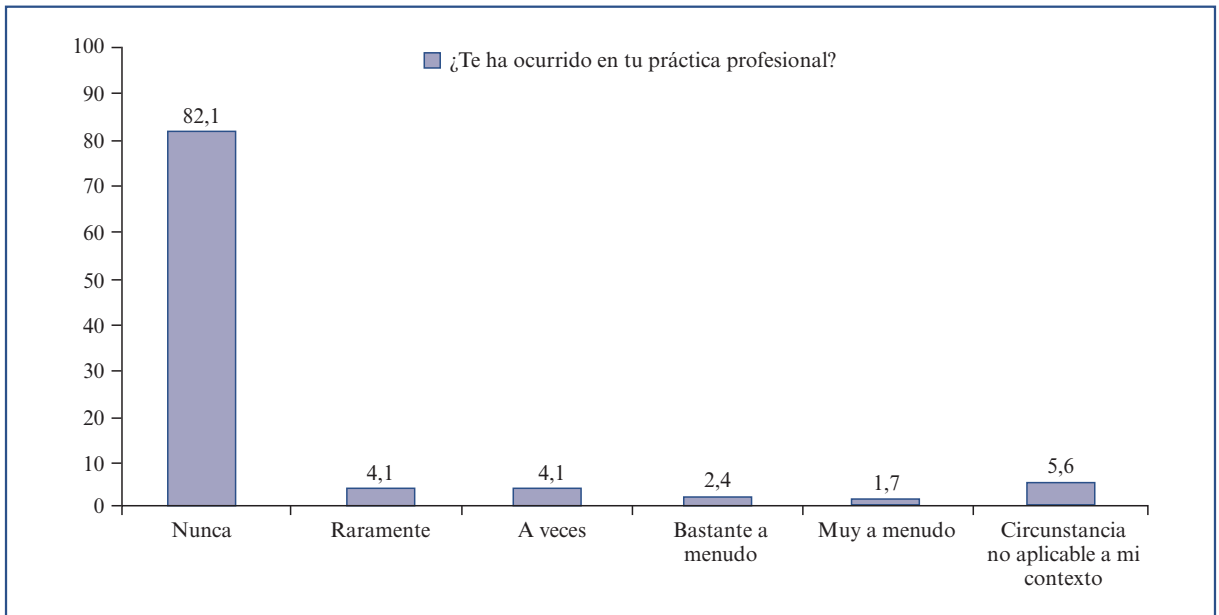
En nuestro estudio (Pastor, 2017), respecto de la utilización del engaño en investigación, encontramos (véase Situación 1):

SITUACIÓN 1

Ocultar a un paciente, que participa en una investigación, que formará parte de la condición experimental de placebo



Nota: El símbolo (*) indica la dirección de respuesta más ajustada a las normas éticas.



Observamos en los resultados obtenidos una importante variabilidad en las respuestas obtenidas por parte de los profesionales, y cómo un porcentaje importante de ellos consideran éticamente inadecuado ocultar la condición experimental de placebo a participantes que formarán parte de dicha condición en una investigación. Curiosamente, fueron los psiquiatras, frente a los psicólogos (tanto los ya titulados como los que aún realizaban la formación especializada en régimen de residencia), quienes mostraron valoraciones deontológicas menos adecuadas a esta situación, al considerarla éticamente inapropiada. Esto podría suceder por tres motivos:

- a) La formación en estadística, psicometría y metodología tiene un mayor peso en los contenidos curriculares del Grado en Psicología con respecto al de Medicina; y lo mismo ocurría con las ya desaparecidas licenciaturas. Así, es posible especular con que los profesionales de la psicología clínica cuenten con mayor formación con respecto a las herramientas del método científico que previenen las influencias en los resultados del efecto placebo o del sesgo del observador (ensayos clínicos ciegos o procedimientos doble ciego).
- b) Los estándares éticos de los profesionales de la medicina no mencionan el uso del engaño en el transcurso de una investigación; en cambio, sí se refieren tanto en el Código Deontológico del Psicólogo (COP, 1987, 2010, 2014) como en el Código de Conducta de la American Psychological Association (APA, 2002, 2010, 2016) y en el Código Ético para la investigación con seres humanos de la Sociedad Británica de Psicología (BPS, 2014). Entiéndase que por engaño en una investigación psicológica nos referimos al hecho de que los investigadores retengan información o, también, cuando estos informan erróneamente acerca de la inves-

tigación. Es considerado de este modo una estrategia de investigación necesaria en ciertas áreas de la psicología.

- c) Históricamente, son muy numerosos los estudios en Psicología en los que se ha utilizado el engaño como parte del procedimiento experimental, por lo que es posible que los profesionales de la Psicología Clínica los tengan más incorporados y los consideren plausibles desde el punto de vista ético-deontológico, planteando más dudas a los psiquiatras.

Para ejemplificar lo anterior, haremos referencia al clásico trabajo de Schachter y Singer (1962), quienes desarrollaron un experimento con adrenalina que, como el lector conoce, se trata de una hormona segregada por las glándulas suprarrenales que produce, entre otros efectos, el aumento de la presión sanguínea, del ritmo cardíaco y de la cantidad de glucosa en la sangre, además de acelerar el metabolismo. Estos investigadores suministraron esta sustancia a un grupo de personas que participaron en el estudio. Posteriormente, el grupo fue dividido en dos, siendo ubicados respectivamente en situaciones que les inducían a sentirse contentos o enfadados. A su vez, los investigadores habían explicado a la mitad de los participantes de cada una de las condiciones experimentales (contentos/enfadados) que la inyección administrada les produciría algunos efectos fisiológicos (aceleración del ritmo cardíaco, tensión...). Sin embargo, la otra mitad no fue debidamente informada de los efectos referidos.

De este modo, se observó que los participantes que habían sido informados de las consecuencias de la administración de adrenalina no refirieron sentirse especialmente contentos o enfadados (según la situación a la que fueran sometidos), mostrándose menos afectados y, por tanto, más tranquilos que quienes no recibieron información alguna respecto de los efectos que podrían esperarse de la administración de adrenalina (Schachter, 1964).

4. LA PUBLICACIÓN DE DATOS CIENTÍFICOS

Existen consideraciones éticas aplicables a la divulgación de los resultados de una investigación (Lindsay, 2009). Según este autor, se requiere de integridad o, lo que es lo mismo, de la presentación de los datos caracterizada por la precisión, veracidad y comprensibilidad, así como por la exposición contextualizada de los hallazgos obtenidos en relación con la de otros estudios.

En esta misma línea, tanto si los resultados son coherentes con la hipótesis de partida como si no, los profesionales han de publicar los resultados de su actividad investigadora por los cauces pertinentes de divulgación científica, siempre ofreciendo datos y resultados que apoyen o refuten sus teorías veraces (CDM, 2011; WPA, 2011; WMA, 2013; APA, 2002, 2010, 2016). Lindsay (2009) recuerda el caso de Cyril Burt, un eminente psicólogo evolutivo británico. Tras su muerte, se alegó que su influyente trabajo sobre el CI, utilizando datos de gemelos, era sospechoso; se sugirió que había falseado los resultados y que al menos uno de los colaboradores en la investigación había sido inventado, todo ello con objeto de reforzar su visión sobre el carácter hereditario de la inteligencia.

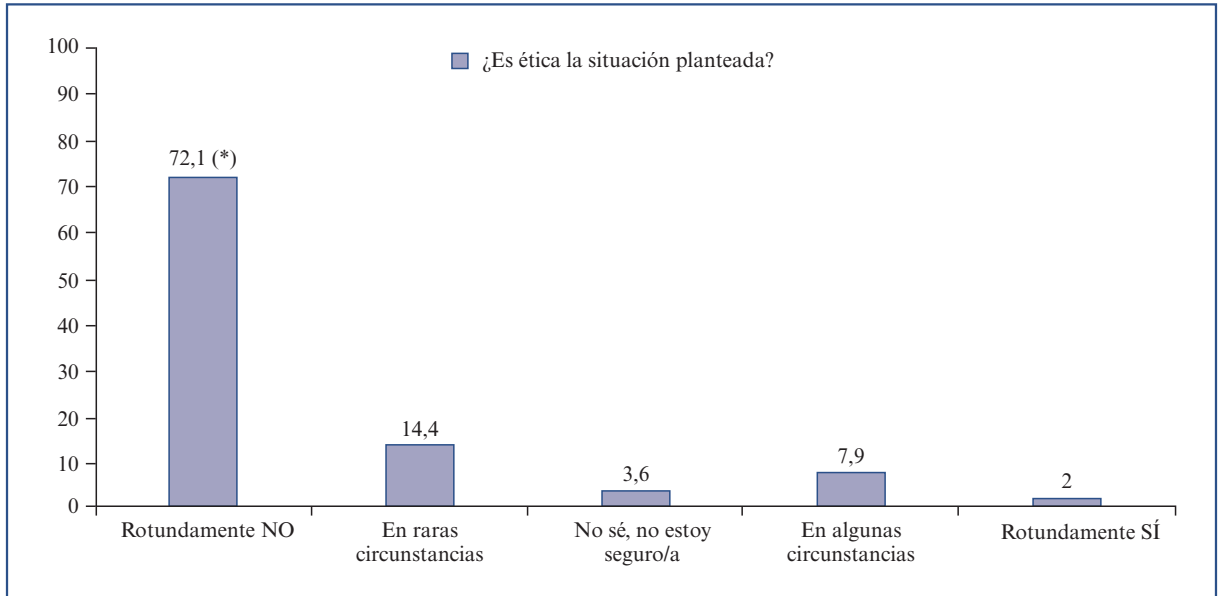
También pudiera suceder, al margen de la mala praxis que supone tergiversar intencionada-

mente los datos obtenidos en una investigación para sostener nuestra hipótesis de partida, que los clínicos investigadores encontraran errores significativos en los datos publicados, teniéndose en estos casos que tomarse las medidas oportunas más razonables para corregirlos en enmiendas, fe de erratas u otros (APA, 2002, 2010, 2016). Por supuesto, en ningún caso se han de presentar como propios trabajos o datos de otros, aun cuando sean citados, asumiendo la responsabilidad y la autoría del trabajo que se haya desempeñado realmente o con el que hayan contribuido (APA, 2002, 2010, 2016). En este sentido, la autoría principal ha de reflejar las contribuciones científicas o profesionales de los individuos involucrados (APA, 2002, 2010, 2016). En todo caso, los profesionales no han de publicar como datos originales aquellos que han sido publicados previamente, y cuando sus análisis se hayan hecho públicos no podrán impedir el acceso a los datos sobre los que basaron sus conclusiones a otros profesionales competentes que pretendan la verificación de sus afirmaciones a través de análisis posteriores (APA, 2002-2010-2016).

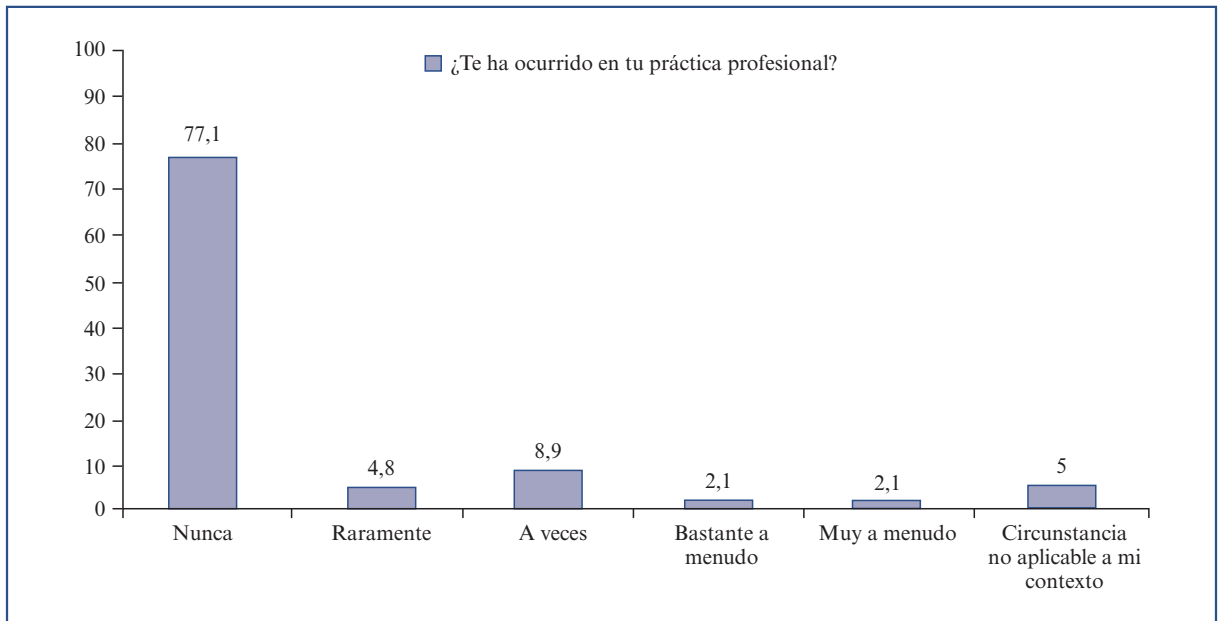
Concluiremos este capítulo haciendo referencia una vez más a nuestro estudio (Pastor, 2017), en este caso para observar las respuestas obtenidas de los profesionales participantes (véase Situación 2):

SITUACIÓN 2

Beneficiarse de ser tutor de residentes o de alumnos en prácticas para incluirse en la autoría de un trabajo de investigación realizado por los mismos



Nota: El símbolo (*) indica la dirección de respuesta más ajustada a las normas éticas.



Si bien los clínicos participantes consideraron, en su mayoría, éticamente inapropiado aprovecharse de ser tutores o supervisores de residentes, para incluirse en autorías de trabajos en los que no han participado, dicha valoración no es unánime, observándose igualmente que un porcentaje nada despreciable de participantes reconocieron esta conducta.

5. LOS COMITÉS DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

Los comités de ética constituyen juntas interdisciplinarias externas que, con independencia e imparcialidad (Ley 14/2007), han de valorar aspectos éticos, sociales, legales y médicos de la investigación con seres humanos (Beck, 2015), comprobando (Emanuel, Wendler y Grady, 2000): 1) el diseño, 2) el valor social, 3) el balance de riesgos y beneficios y 4) la validez del consentimiento informado. Se procura de este modo que la consecución del objetivo de la investigación no desatiende la protección de los valores y principios vinculados a los derechos humanos (Beauchamp y Childress, 2001). Así, son comités reconocidos como una parte esencial de la investigación, en tanto su propósito es proteger al paciente, a los investigadores y al resto del personal involucrado en la realización de proyectos científicos con seres humanos. Tanto en la Declaración de Helsinki como en las normas éticas de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA, 2011) y la Americana de Psicología (APA, 2002, 2010, 2016) se considera el examen de estos comités como un paso ineludible en toda práctica investigadora y como una norma internacional antes de llevar a cabo un proyecto de investigación. Así, se afirma que el protocolo ha de presentarse para su consideración, comentario, consejo y aprobación por parte del comité de ética de investigación. El comité, por su parte, realizará un dictamen no solo acorde a la normativa internacional ética de la Declaración de Helsinki, sino que tomará en consideración la normativa legal del país o países donde la investigación se llevará a cabo (WPA, 2011; WMA, 2013).

Mediante el Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, se establecieron en nuestro país los principios y requisitos básicos reguladores de la realización de ensayos clínicos con medicamentos y a los Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC) como garantes de su calidad ética y científica. Posteriormente, con la Ley 14/2007 se sustituyó al CEIC por el Comité de Ética de la Investigación (CEI), órgano que se encargaría de la evaluación de la investigación biomédica, en su vertiente básica o clínica. Este CEI, según el RD 1090/2015 (BOE, 2015), debería además estar acreditado como Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) cuando sus dictámenes pudieran referirse a estudios clínicos con medicamentos o a investigaciones clínicas con productos sanitarios.

Según la Ley 14/2007, las **características** de los Comités Éticos de la Investigación serían:

- Independencia e imparcialidad de los miembros respecto de los promotores o investigadores.
- Composición multidisciplinar.
- Deben estar acreditados por el órgano competente de la comunidad autónoma que corresponda o, en el caso de centros dependientes de la Administración General del Estado, por el órgano competente de la misma, para asegurar su independencia e imparcialidad.

Sus **funciones**, según la referida Ley 14/2007, serían las siguientes:

- Evaluar la cualificación del investigador principal y la del equipo investigador, así como la factibilidad del proyecto.
- Ponderar los aspectos metodológicos, éticos y legales del proyecto de investigación.
- Ponderar el balance de riesgos y beneficios anticipados dimanantes del estudio.
- Velar por el cumplimiento de procedimientos que permitan asegurar la trazabilidad de las muestras de origen humano, sin per-

juicio de lo dispuesto en la legislación de protección de datos de carácter personal.

- Informar, previa evaluación del proyecto de investigación, toda investigación biomédica que implique intervenciones en seres humanos o utilización de muestras biológicas de origen humano, sin perjuicio de otros informes que deban ser emitidos. No podrá autorizarse o desarrollarse el proyecto de investigación sin el previo y preceptivo informe favorable del Comité de Ética de la Investigación.
- Desarrollar códigos de buenas prácticas de acuerdo con los principios establecidos por el Comité de Bioética de España y gestionar los conflictos y expedientes que su incumplimiento genere.
- Coordinar su actividad con la de comités similares de otras instituciones.
- Velar por la confidencialidad y ejercer cuantas otras funciones les pudiera asignar la normativa de desarrollo de esta Ley.

Por su parte, la Sociedad Británica de Psicología (BPS, 2014), considera que un Comité de Ética es responsable de:

- Revisar las investigaciones con participantes humanos realizadas por personas empleadas por la institución.
- Garantizar que la revisión ética sea independiente, competente y oportuna.
- Proteger la dignidad, los derechos y el bienestar de los participantes en la investigación.
- Considerar la seguridad del investigador o de los investigadores.
- Considerar los intereses legítimos de otras partes interesadas.
- Hacer juicios informados sobre el mérito científico de las propuestas.
- Hacer recomendaciones al investigador si se advierte que el proyecto contiene alguna deficiencia en alguno de sus puntos.

Referencias bibliográficas

- Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) (2014). Menores e Historia Clínica. Consentimiento y Derechos de Acceso y Oposición. *Informe Jurídico 0222/2014*. <http://www.agpd.es>.
- Aguirre-Gas, H. G. y Vázquez-Estupiñán, F. (2006). El error médico. Eventos adversos. *Cirugía y Cirujanos*, 74(6), 495-503.
- American Psychological Association, APA. (2002, 2010, 2016). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. <http://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>.
- Andersson, G. y Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 38(4), 196-205.
- Arnold, O., Voracek, M., Musalek, M. y Springer-Kremser, M. (2004). Austrian medical students' attitudes towards male and female homosexuality: a comparative survey. *Wien Klin Wochenschr*, 116(21-22), 730-736.
- Arroyo, M. C. (2009). La obtención del consentimiento informado en España: la asistencia urgente como excepción, doctrina del Tribunal Constitucional. *Ciencia forense: Revista aragonesa de medicina legal* (9), 117-134.
- Baer, B. E. y Murdock, N. L. (1995). Nonerotic dual relationships between therapists and clients: The effects of sex, theoretical orientation, and interpersonal boundaries. *Ethics & behavior*, 5(2), 131-145.
- Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59, 869-878.
- Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. y Woods, S. W. (2000). Cognitive behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 283, 2529-2536.
- Barnett, J. E. (2008a). Impaired professionals: Distress, professional impairment, self-care, and psychological wellness. En M. Herson y A. M. Gross (eds.), *Handbook of clinical psychology* (vol. 1, pp. 857-884). Nueva York: John Wiley & Sons.
- Barnett, J. E. (2008b). Mentoring, boundaries, and multiple relationships: Opportunities and challenges. *Mentoring & Tutoring: Partnership in Learning*, 16(1), 3-16.
- Barnett, J. E. (2014). Sexual feelings and behaviors in the psychotherapy relationship: an ethics perspective. *Journal of clinical psychology*, 70(2), 170-181.
- Barnett, J. E. y Johnson, W. B. (2008). *Ethics desk reference for psychologists*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Barnett, J. E., Lazarus, A. A., Vasquez, M. J. T., Morehead-Slaughter, O. y Johnson, W. B. (2007). Boundary issues and multiple relationships: Fantasy and reality. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(4), 401-410.
- Beahrs, J. O. y Gutheil, T. G. (2014). *Informed consent in psychotherapy*.
- Beahrs, J. O., Butler, J. L., Sturges, S. G., Drummond, D. J. y Beahrs, C. H. (1992). Strategic self-therapy for personality disorders. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 11(2), 33-52.
- Bean, G., Nishisato, S., Rector, N. A. y Glancy, G. (1994). The psychometric properties of the Competency Interview Schedule. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 39(8), 368-376.
- Beauchamp, T. L. (2011). Informed consent: Its history, meaning, and present challenges. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 20(04), 515-523.

- Beauchamp, T. y Childress, J. (2009). *Principle of Bio-medical Ethics*. Oxford University Press.
- Beck, N. (2015). What a surgeon needs to know of the work of a medical ethics committee/institutional review board. *Zentralblatt fur Chirurgie*, 140(1), 63-66.
- Becvar, D. S. y Becvar, R. J. (2012). *Family therapy: A systemic integration*. Pearson Higher.
- Bedi, R. P., Cook, M. C. y Domene, J. F. (2012). The university student perspective on factors that hinder the counseling alliance. *College Student Journal*, 46(2), 350-361.
- Bennett, B. E., Bricklin, P. M., Harris, E., Knapp, S., Vandecreek, L. y Younggren, J. N. (2007). *Principles of risk management: A patient-oriented approach*. Washington, DC: APAIT.
- Bergk, J., Einsiedler, B., Flammer, E. y Steinert, T. (2011). A randomized controlled comparison of seclusion and mechanical restraint in inpatient settings. *Psychiatric Services*, 62(11), 1310-1317.
- Bermejo, V. (2009). Motivaciones para la revisión y cambios en el código deontológico de la profesión de psicología. *Papeles del Psicólogo*, 30(3), 195-206.
- Bernsen, A., Tabachnick, B. G. y Pope, K. S. (1994). National survey of social workers' sexual attraction to their clients: Results, implications, and comparison to psychologists. *Ethics & Behavior*, 4(4), 369-388.
- Bersoff, D. M. (1999). Therapy and other forms of intervention. En D. Bersoff (ed.), *Ethical conflicts in Psychology*, Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Bersoff, D. M. (2008). *Ethical conflicts in psychology*. Washington (4th ed.).
- Beutler, L. E. (2009). Making science matter in clinical practice: Redefining psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 301-317.
- Blanchard, C. A. y Lichtenberg, J. W. (1998). Counseling psychologists' training to deal with their sexual feelings in therapy. *The Counseling Psychologist*, 26(4), 624-639.
- Blease, C. R., Lilienfeld, S. O. y Kelley, J. M. (2016). Evidence-based practice and psychological treatments: the imperatives of informed consent. *Frontiers in psychology*, 7.
- Bloch, S., Chodoff, P. y Green, S. (2001). *La ética en Psiquiatría*. Madrid: Triacastela.
- Bobes García, J., Sáiz Martínez, P. A., Basarán Fernández, T. y Bousoño García, M. (2004). *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Medica.
- BOE (2004). Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos. *BOE*, 33(07), 02.
- BOE (2008). Orden SCO/2616/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría.
- BOE (2009). Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica.
- BOE (2015a). Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.
- BOE (2015b) Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, relativos a la lista de enfermedades de declaración obligatoria, modalidades de declaración y enfermedades endémicas de ámbito regional.
- Bohart, A. C. (2005). Evidence-based psychotherapy means evidence-informed, not evidence-driven. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35(1), 39-53.
- Bohart, A. C. y Watson, J. C. (2011). Person-centered psychotherapy and related experiential approaches. En A. S. Gurman y S. B. Messer (eds.), *Essential psychotherapies: theory and practice* (pp. 223-260). New York, NY: Guilford Press.
- Bórquez, G., Raineri, B. y Bravo, L. (2004). The evaluation of decision making capacity in health care and its relationship to informed consent. *Revista Médica de Chile*, 132, 1243-1248.
- Borys, D. S. y Pope, K. S. (1989). Dual relationships between therapist and client: A national study of psychologists, psychiatrists, and social workers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 283-293.
- British Psychological Society (2014). *Code of Human Research Ethics*. <http://www.bps.org.uk>.
- Buchanan, A. y Brock, D. (1989). *Deciding for others. The ethics of surrogate decision making*. New York: Oxford University Press.
- Buchanan, T. (2002). Online assessment: Desirable or dangerous? *Professional psychology: Research and practice*, 33(2), 148.

- Bunderson, C. V., Inouye, D. K. y Olsen, J. B. (1989). The four generations of computerized educational measurement. En R. L. Linn (ed.), *The American Council on Education/Macmillan series on higher education. Educational measurement* (pp. 367-407). New York, NY, England: Macmillan Publishing Co, Inc: American Council on Education.
- Burian, B. K. y Slimp, A. O. C. (2000). Social dual-role relationships during internship: A decision-making model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(3), 332-338.
- Burlingame, G. M., Fuhriman, A. y Mosier, J. (2003). The differential effectiveness of group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group dynamics: Theory, research & practice*, 2, 101-117.
- Butler, C., O'Donovan, A. y Shaw, E. (eds.) (2010). *Sex, sexuality, and therapeutic practice: A manual for therapists and trainers*. New York: Routledge/Taylor & Francis.
- Cabral, R. R. y Smith, T. B. (2011). Racial/ethnic matching of clients and therapists in mental health services: A meta-analytic review of preferences, perceptions, and outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 58, 537-554.
- Calcedo, A. (2000). *Secreto médico y protección de datos sanitarios en la práctica psiquiátrica*. Madrid: Médica Panamericana.
- Calcedo Barba, A. (2000). La coacción y el engaño en la práctica de la psiquiatría. Ponencia. *I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de febrero - 15 de marzo 2000*. <https://www.psiquiatria.com>.
- Calo, O. (2000). Ética y deontología en la formación del psicólogo argentino. *Fundamentos en humanidades*, 1(2), 6-10.
- Canadian Psychological Association (2000). *Canadian Code of Ethics for Psychologists*. <http://www.cpa.ca>.
- Carasevici, B. (2014). Confidentiality principles in psychiatry. *Revista medico-chirurgicala a Societatii de Medici si Naturalisti din Iasi*, 119(1), 201-206.
- Carney, M. T., Neugroschl, J., Morrison, R. S., Marin, D. y Siu, A. L. (2001). The development and piloting of a capacity assesment tool. *The Journal of Clinical Ethics*, 12, 17-23.
- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31, 46-74.
- Carrasco Gómez, J. J. (1990). *Responsabilidad médica y psiquiatría*. Madrid: Colex.
- Castilla García, A. y Castilla San José, M. (2001). El consentimiento informado en psicoterapia. *Revista de la Asociación española de neuropsiquiatría*, 80, 23-35.
- Castonguay, L. G. y Beutler, L. E. (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.
- Celenza, A. (1991). The misuse of countertransference love in sexual intimacies between therapists and patients. *Psychoanalytic Psychology*, 8(4), 501-509.
- CGCOM. *Estatutos generales de la Organización Médica Colegial*. <http://cgcom>.
- Chamarro, A. (coord.) (2007). *La ética del psicólogo*. Barcelona: UOC.
- Chesler, P. (1986). Sexuelle Beziehungen zwischen Patientin und Therapeut. *Frauendas Verrrückte Geschlecht*, 134-157.
- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., Ebesutani, C., Young, J., Becker, K. D., Nakamura, B. J., Phillips, L., Ward, A., Lynch, R., Trent, L., Smith, R. L., Okamura, K. y Starace, N. (2011). Evidence-based treatments for children and adolescents: an updated review of indicators of efficacy and effectiveness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18, 154-172.
- Colegio Oficial de Psicólogos (1987-2010-2014). *Código Deontológico del Psicólogo*. <http://www.cop.es>.
- Coles, M. E., Cook, L. M. y Blake, T. R. (2007). Assessing obsessive-compulsive symptoms and cognitions on the internet: evidence for the comparability of paper and Internet administration. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2232-2240.
- Comité de Bioética de Aragón (2014). *Declaración sobre las sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito social y sanitario*. <http://www.aragon.es>.
- Compte-Sponville, A. (2005). *Diccionario Filosófico*. Barcelona: Paidós.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) (2011). *Código de Deontología Médica*. <http://www.cgcom.es>.
- COP (2012). *Estatutos del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*. <http://cop.es>.
- Corey, G., Williams, G. T. y Moline, M. E. (1995). Ethical and legal issues in group counseling. *Ethics & Behavior*, 5(2), 161-183.
- Cormier, L. S. y Bernard, J. M. (1982). Ethical and legal responsibilities of clinical supervisors. *The Personnel and Guidance Journal*, 60(8), 486-491.

- Cowpertwait, L. y Clarke, D. (2013). Effectiveness of web-based psychological interventions for depression: A meta-analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11(2), 247-268.
- Crawford, M. J., Thana, L., Farquharson, L., Palmer, L., Hancock, E., Bassett, P. y Parry, G. D. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: results of a national survey. *The British Journal of Psychiatry*, 208(3), 260-265.
- Criado del Río, M. T. y Seoane Prado, J. (1999). Aspectos médico-legales de la Historia Clínica. Madrid: Colex.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. y van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 76, 909-922.
- Curtis, R. C. y Hirsch, I. (2011). Relational psychoanalytic psychotherapy. En A. S. Gurman y S. B. Messer (eds.), *Essential psychotherapies: theory and practice* (pp. 72-104). New York, NY: Guilford Press.
- De Chávez, M. R., Barragán, G. O. y Pérez, A. O. (2017). Análisis prospectivo sobre la investigación biomédica desde un enfoque bioético. *Bioethics Update*, 3(1), 21-31.
- De Sousa, A. (2012). Professional boundaries and psychotherapy: A review. *Bangladesh Journal of Bioethics*, 3(2), 16-26.
- Deacon, B. J. y Abramowitz, J. S. (2005). Patients' perceptions of pharmacological and cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 36, 139-145.
- Del Río Sánchez, C. (2005). *Guía de ética profesional en psicología clínica*. Madrid: Pirámide.
- Del Río Sánchez, C. (2007). Dilemas éticos relacionados con la confidencialidad. *Información psicológica*, 90, 12-27.
- Del Río Sánchez, C. (2009). La docencia de la ética profesional en los estudios de psicología en España. *Papeles del Psicólogo*, 30(3), 210-219.
- Del Río Sánchez, C. (2010). El consentimiento informado en menores y adolescentes: Contexto ético-legal y algunas consideraciones problemáticas. *Información Psicológica*, 100, 60-67.
- Del Río Sánchez, C. (2014). Cuestiones ético-legales en trastornos de alimentación. En Morandé, Graell y Blanco (eds.), *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad*. Un enfoque integral. Madrid: Panamericana.
- Del Río Sánchez, C. (2016). Crisis y formación de los psicólogos. Cómo se forma y se deforma. En V. Claudio (ed.), *Psicología e Ética. O primado do humano*. Lisboa: Fin de Século.
- Del Río Sánchez, C. (2017). Ética e deontología profesional en psicología. *Cadernos de Psicología*, 36, 79-92.
- Del Río Sánchez, C. (2018a). *Recomendaciones sobre la intervención psicológica mediante internet*. <http://www.copao.es>.
- Del Río Sánchez, C. (2018b). *Sobre el consentimiento de los padres separados para la intervención psicológica con sus hijos menores*. <http://www.copao.es>.
- Del Río Sánchez, C., Borda Mas, M. y Torres Pérez, I. (2003). Valoración de los estudiantes de Psicología sobre la ética de algunas prácticas de los terapeutas. *Psicología Conductual*, 2, 261-281.
- Del Río Sánchez, C., Borda, M., Martín, A. y Torres, I. (2003). Ética de las relaciones duales en psicoterapia. *Psicothema*, 15(1), 58-64.
- Deng, J., Qian, M., Gan, Y., Hu, S., Gao, J., Huang, Z. y Zhang, L. (2015). Emerging Practices of Counseling and Psychotherapy in China: Ethical Dilemmas in Dual Relationships. *Ethics & Behavior* (ahead-of-print), 1-24.
- Dienes, K. A., Torres-Harding, S., Reinecke, M. A., Freeman, A. y Sauer, A. (2011). Cognitive therapy. En A. S. Gurman y S. B. Messer (eds.), *Essential psychotherapies: theory and practice* (pp. 143-183). New York, NY: Guilford Press.
- Duncan, R. E., Hall, A. C. y Knowles, A. (2015). Ethical dilemmas of confidentiality with adolescent clients: case studies from psychologists. *Ethics & Behavior*, 25(3), 197-221.
- Duncan, R. E., Williams, B. J. y Knowles, A. (2012). Breaching confidentiality with adolescent clients: A survey of Australian psychologists about the considerations that influence their decisions. *Psychiatry, Psychology and Law*, 19(2), 209-220.
- Durre, L. (1980). Comparing romantic and therapeutic relationships. *On love and loving: Psychological perspectives on the nature and experience of romantic love*, 228-243.
- Echeburúa, E., Amor, P. J. y Corral, P. (2003). Autoinformes y entrevistas en el ámbito de la psicología

- clínica forense: limitaciones y nuevas perspectivas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 503-522.
- Edwards, G. (2014). Doing their duty: An empirical analysis of the unintended effect of Tarasoff v. Regents on homicidal activity. *Journal of Law and Economics*, 57 (2), 321-348.
- EFPA (2001). *Recommendations for teaching ethics for psychologists*. www.efpa.eu.
- Emanuel, E. J., Wendler, D. y Grady, C. (2000). What makes clinical research ethical? *Jama*, 283(20), 2701-2711.
- Engelhardt, T. H. (2004). *The foundations of bioethics*. New York: Oxford University Press.
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2016). Mala paxis en psicología clínica y forense a la luz de los tribunales de Justicia españoles: un análisis exploratorio. *Behavioral Psychology/Psicología conductual*, 24(1), 179-196.
- Espejel Jorquera, C. (2004). El internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. Comentarios al art. 763 LEC. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 4, 47-62.
- European Federation of Professional Associations (EFPA) (2005). *Metha Code of Ethics*. http://www.efpa.be.
- Evans, D. (2014). South African psychologists' use of the Internet in their practices. *South African Journal of Psychology*, 44(2), 162-169.
- Farber, B. A., Berano, K. C. y Capobianco, J. A. (2004). Clients' Perceptions of the Process and Consequences of Self-Disclosure in Psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 51(3), 340.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Introducción a la evaluación psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Fertik, M. y Thompson, D. (2010). *Wild West 2.0. How to protect and restore your reputation on the untamed social frontier*. New York: Amacom.
- Fossy, M. L., From, M., Safran, W. y Pritz, A. (2002). *Globalized psychotherapy*. Vienna: Facultas Verlag.
- Fuertes Rocañín, J. C. y Cabrera Forneiro, J. (2007). *La Salud Mental en los Tribunales*. Madrid: Arán Ediciones.
- Gabbard, G. (1994). Psychotherapists who transgress sexual boundaries with patients. *Bull Menninger Clinic*, 58(1), 124-135.
- Gabbard, G. O. (2001). Transgresiones de los límites. En S. Bloch, P. Chodoff y S. A. Green (eds.), *La Ética en Psiquiatría*. Madrid: Triacastela.
- Gabbard, G. O. (2010). *Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- Gabbard, G. y Gonsiorek, J. (1995). *Breach of trust: Sexual exploitation by health care professionals and clergy*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gillbert, P. (2007). *Psychotherapy and counselling for depression*. Londres: Sage.
- Ginzburg, H. M. y Gostin, L. (1986). Legal and ethical issues associated with HTLV-III diseases. *Psychiatric Annals*, 16(3), 180-185.
- Giordano, S. (2005). *Understanding Eating Disorders*. Oxford: Clarendon Press.
- Giovazolias, T. y Davis, P. (2001). How common is sexual attraction toward clients? The experiences of sexual attraction of counselling psychologists toward their clients and its impact on the therapeutic process. *Counseling Psychology Quarterly*, 14(4), 281-286.
- Girardi, J. A., Keese, R. M., Traver, L. B. y Cooksey, D. R. (1988). Psychotherapist responsibility in notifying individuals at risk for exposure to HIV. *The Journal of Sex Research*, 25(1), 1-27.
- Gius, E. y Coin, R. (2000). Ethics between norms and values: A study of Italian psychotherapists. *European psychologist*, 5(4), 326.
- Gottlieb, M. C. y Younggren, J. N. (2009). Is there a slippery slope? Considerations regarding multiple relationships and risk management. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(6), 564.
- Gottlieb, M. C., Robinson, K. y Younggren, J. N. (2007). Multiple relations in supervision: Guidance for administrators, supervisors and students. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(3), 241-247.
- Gracia, D. (2008). *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Triacastela.
- Gracia, D. y Judez, J. (2004). *Ética en la práctica clínica*. Madrid: Triacastela.
- Gracia, D., Jarabo, Y., Espíldora, N. M. y Ríos, J. (2001). Toma de decisiones en el paciente menor de edad. *Medicina clínica*, 117(5), 179-190.
- Gray, L. A. y Harding, A. K. (1988). Confidentiality limits with clients who have the AIDS virus. *Journal of Counseling & Development*, 66(5), 219-223.
- Greenhalgh, T., Howick, J. y Maskrey, N. (2014). Evidence based medicine: a movement in crisis? *Bmj*, 348, g3725.

- Griner, D. y Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health interventions: A metaanalytic review. *Psychotherapy, 43*, 531-548.
- Grisso, T. y Appelbaum, P. S. (1995). The MacArthur treatment competence study, III: abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments. *Law and Human Behavior, 19*(2), 149-174.
- Grunberg, F. (1990). La doctrine du consentement libre et éclairé: ses fondements éthiques, juridiques et ses applications dans la recherche et la pratique de la psychiatrie. *The Canadian Journal of Psychiatry, 35*(5), 443-450.
- Gutheil, T. G. y Gabbard, G. O. (1993). The concept of boundaries in clinical practice: theoretical and risk-management dimensions. *The American journal of psychiatry, 150*(2), 188-196.
- Hadjistavropoulos, T., Malloy, D. C. y Sharpe, D. (2003). The ethical ideologies of psychologists and physicians: A preliminary comparison. *Ethics & behaviour, 13* (1), 97-104.
- Harding, A. K., Gray, L. A. y Neal, M. (1993). Confidentiality limits with clients who have HIV: A review of ethical and legal guidelines and professional policies. *Journal of Counseling and Development, 71*(3), 297-305.
- Harrar, W. R., VandeCreek, L. y Knapp, S. (1990). Ethical and legal aspects of clinical supervision. *Professional Psychology: Research and Practice, 21*(1), 37-41.
- Harris, A. H. (2001). Incidence of critical events in professional practice - A statewide survey of psychotherapy providers. *Psychological reports, 88*(2), 387-397.
- Helmchen, H. (2010). Ethical guidelines in psychiatric research. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 260*(2), 142-146.
- Henretty, J. R. y Levitt, H. M. (2010). The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: A qualitative review. *Clinical Psychology Review, 30*(1), 63-77.
- Hollon, S. D., Stewart, M. O. y Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology, 57*, 285-315.
- Holmes, D. E. (1992). Race and transference in psychoanalysis and psychotherapy. *The International Journal of Psychoanalysis, 73*(1), 1-11.
- Horrell, S. C. V. (2008). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy with adult ethnic minority clients: A review. *Professional Psychology: Research and Practice, 39*, 160-168.
- Hough, G. (1992). When confidentiality mandates a secret be kept: A case report. *International journal of group psychotherapy, 42*(1), 105-115.
- Huey, S. J. Jr. y Polo, A. J. (2010). Assessing the effects of evidence-based psychotherapies with ethnic minority youths. En J. B. Weisz y A. E. Kazdin (eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: Guilford.
- Imel, Z. E., McKay, K. M., Malterer, M. B. y Wampold, B. E. (2008). A meta-analysis of psychotherapy and medication in depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders, 110*, 197-206.
- Jackson, H. y Nuttall, R. (2001). A relationship between childhood sexual abuse and professional sexual misconduct. *Professional Psychology Research Practice, 32*(2), 200-204.
- Karver, M. S., Handelsman, J. B. y Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review, 26*, 50-65.
- Keith-Spiegel, P. y Koocher, G. P. (1985). *Ethics in Psychology*. New York: Random House.
- Kelly, A. E. y Yuan, K. H. (2009). Clients' secret keeping and the working Alliance in adult outpatient therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 46*(2), 193.
- Kitchener, K. S. (1988). Dual role relationships: What makes them so problematic? *Journal of Counseling & Development, 67*(4), 217-221.
- Knapp, S. J. y VandeCreek, L. D. (2006). *Practical ethics for psychologists: A positive approach*. American Psychological Association.
- Kohlberg, L. (1992). *Psicología del desarrollo moral*. Bilbao: DDB.
- Kohlberg, L. (2008). The development of children's orientation toward a moral order. *Human Development, 6*(1-2), 11-33.
- Kongsved, S. M., Basnov, M., Holm-Christensen, K. y Hjollund, N. H. (2007). Response rate and completeness of questionnaires: a randomized study of Internet versus paper-and-pencil versions. *Journal of Medical Internet Research, 9*(3), 39-48.

- Koocher, G. P. y Keith-Spiegel, P. (2008). *Ethics in psychology and the mental health professions*. New York: Oxford University Press.
- Kosters, M., Burlingame, G. M., Nachtigall, C. y Strauss, B. (2006). A meta-analytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 10, 146-163.
- Koutek, J., Kocourkova, J. y Dudova, I. (2016). Suicidal behavior and self-harm in girls with eating disorders. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 787.
- Ladany, N., Klinger, R. y Kulp, L. (2011). Therapist shame: Implications for therapy and supervision. En R. L. Dearing y J. P. Tangney (eds.), *Shame in the therapy hour* (pp. 307-322). American Psychological Association.
- Lakin, M. (1994). Morality in group and family therapies: Multiperson therapies and the 1992 ethics code. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 344-348.
- Lamb, D. y Catanzaro, S. J. (1998). Sexual and nonsexual boundary violations involving psychologists, clients, supervisees, and students: Implications for professional practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(5), 498.
- Lamb, D. H., Catanzaro, S. J. y Moorman, A. S. (2003). Psychologists reflect on their sexual relationships with clients, supervisees, and students: Occurrence, impact, rationales and collegial intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(1), 102.
- Lambert, J. J. y Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En M. J. (ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 139-193). New York: Wiley.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. *Handbook of psychotherapy integration*, 34(1), 94-129.
- Lambert, M. J. (ed.). (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.
- Lambert, M. J. y Ogles, B. M. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Lasky, G. B. y Riva, M. T. (2006). Confidentiality and privileged communication in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 56(4), 455-476.
- Lazarus, A. A. (1994). How certain boundaries and ethics diminish therapeutic effectiveness. *Ethics & Behavior*, 4(3), 255-261.
- Lazarus, A. A. y Zur, O. (2002). *Dual relationships and psychotherapy*. New York: Springer.
- Leece, P., Bhandari, M., Sprague, S., Swiontkowski, M. F., Schemitsch, E. H., Tornetta, P., Devereaux, F. J. y Guyatt, G. H. (2004). Internet versus mailed questionnaires: a controlled comparison (2). *Journal of Medical Internet Research*, 6(4), 30-38.
- Ley 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. *Boletín Oficial del Estado*, 115.
- Ley 3/1985, de 29 de mayo, sobre la modificación de la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, sobre protección del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. *Boletín Oficial del Estado*, 129.
- Ley 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública. *Boletín Oficial del Estado*, 102.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 102.
- Ley 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado*, 281.
- Ley 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. *Boletín Oficial del Estado*, 15.
- Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, 74.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal. *Boletín Oficial del Estado*, 14.
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 274.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. *Boletín Oficial del Estado*, 301.
- Ley Orgánica 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica. *Boletín Oficial del Estado*, 288.
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. *Boletín Oficial del Estado*, 180.

- Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. *Boletín Oficial del Estado*, 236.
- Lipton S. D. (1977). The advantages of Freud's technique as shown in his analysis of the Rat Man. *The International Journal of Psychoanalysis*, 58:255-273.
- Litman, R. E. (1965). When patients commit suicide. *American Journal of Psychotherapy*.
- Livesley, W. J. (2007). An integrated approach to the treatment of personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16, 131-148.
- Lozzia, G. S., Abal, F. J. P., Blum, G. D., Aguerri, M. E., Galibert, M. S. y Attorresi, H. F. (2009). Tests informatizados: Nuevos desafíos prácticos y éticos para la evaluación psicológica. *Summa Psicológica UST*, 6(1), 135-148.
- Luxton, D. D., Pruitt, L. D. y Osenbach, J. E. (2014). Best practices for remote psychological assessment via telehealth technologies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(1), 27-35.
- Mandal, J., Ponnambath, D. K. y Parija, S. C. (2017). Bioethics: A brief review. *Tropical parasitology*, 7(1), 5.
- Mangurian, C., Harre, E., Reliford, A., Booty, A. y Cournos, F. (2009). Improving support of residents after a patient suicide: a residency case study. *Academic psychiatry*, 33(4), 278.
- Marcus, D. K., O'Connell, D., Norris, A. L. y Sawaqdeh, A. (2014). Is the Dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies. *Clinical Psychology Review*, 34(7), 519-530.
- Margolin, G. (1982). Ethical and legal considerations in marital and family therapy. *American Psychologist*, 37(7), 788-801.
- Marta, J. y Lowy, F. H. (1993). Le consentement éclairé: un atout pour la psychothérapie? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 38(8), 547-551.
- Martindale, S. J., Chambers, E. y Thompson, A. R. (2009). Clinical psychology service user's experiences of confidentiality and informed consent: A qualitative analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82(4), 355-368.
- Mattison, M. (2012). Social work practice in the digital age: Therapeutic e-mail as Direct Practice Methodology. *Social Work*, 57(3), 249-258
- McGuire, J., Nieri, D., Abbott, D., Sheridan, K. y Fisher, R. (2013). Do Tarasoff principles apply in AIDS-related psychotherapy? Ethical decision-making and the role of therapist homophobia and perceived client dangerousness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 608.
- McKeown, A. (2017). Critical realism and empirical bioethics: A methodological exposition. *Health Care Analysis*, 25(3), 191-211.
- McMinn, M. R. y Meek, K. R. (1996). Ethics among Christian counselors: A survey of beliefs and behaviors. *Journal of Psychology and Theology*, 24(1), 26-37.
- Miklowitz, D. J. (2008). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: State of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1408-1419.
- Mitchell, P. F. (2011). Evidence-based practice in real-world services for young people with complex needs: New opportunities suggested by recent implementation science. *Children and Youth Services Review*, 33(2), 207-216.
- Mitte, K. (2005). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: A comparison with pharmacotherapy. *Psychological Bulletin*, 131, 785-795.
- Mitte, K., Noack, P., Steil, R. y Hautzinger, M. (2005). A Meta-analytic review of the efficacy of drug treatment in generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25, 141-150.
- Moleski, S. M. y Kiselica, M. S. (2005). Dual relationships: A continuum ranging from the destructive to the therapeutic. *Journal of Counseling & Development*, 83(1), 3-11.
- Montgomery, L. M., Cupit, B. E. y Wimberley, T. K. (1999). Complaints, malpractice, and risk management: Professional issues and personal experiences. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(4), 402.
- Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J. R. (2000). La utilización de los tests en España. *Papeles del Psicólogo*, 76, 41-42.
- Muñiz, J., Bartram, D., Evers, A., Boben, D., Matesic, K., Glabeke, K., Fernández Hermida, J. y Zaal, J. N. (2001). Testing practices in European countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 17(3), 201.
- Muñiz, J., Hernández, A. y Ponsoda, V. (2015). Nuevas directrices sobre el uso de los Tests: investigación, control de calidad y seguridad. *Papeles del Psicólogo*, 36(3), 161-173.

- Nederlandt, P. (2009). La deontología de los estudiantes de psicología en Europa. *Papeles del Psicólogo*, 30(3), 207-209.
- Nelson-Jones, R. (2009). *Introduction to Counselling Skills: texts and activities* (3rd ed.). Sage.
- Nickell, N. J., Hecker, L. L., Ray, R. E. y Bercik, J. (1996). Marriage and family therapists' sexual attraction to clients: An exploratory study. *The American Journal of Family Therapy*, 23(4), 315-327.
- Norcross, J. C. (ed.) (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. New York: Oxford University Press.
- Núñez-Cortés, J. M. (2014). Valores del médico para un ejercicio de calidad. *Revista de la Fundación Educación Médica*, 17, 23.
- O'Connor, M. F. (2001). On the etiology and effective management of professional distress and impairment among psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(4), 345-350.
- Orgánica, L. (1986). 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública. *BOE*, 102, 15207-15224.
- Orlinsky, D. E., Ronnestadt, M. H., Willutzki, U. y Lambert, M. J. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Paris, J. (2008). Clinical trials of treatment for personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31, 517-526. DOI:10.1016/j.psc.2008.03.013.
- Parsons, J. y Winzke, J. (1995). *Professional-Psychology: Research and Practice*.
- Pastor, J. (2017). *Valoración ética por parte de profesionales de la psicología clínica y psiquiatría de algunas situaciones de la práctica profesional* (Tesis Doctoral). Universidad de Sevilla: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
- Patterson, T. L. (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 100, 108-199.
- Paxton, C., Lovett, J. y Riggs, M. L. (2001). The nature of professional training and perceptions of adequacy in dealing with sexual feelings in psychotherapy: Experiences of clinical faculty. *Ethics & Behavior*, 11(2), 175-189.
- Pérez, E., Muñoz, M. y Ausín, B. (2003). Diez claves para la elaboración de informes psicológicos clínicos (de acuerdo a las principales leyes, estándares, normas y guías actuales). *Papeles del psicólogo*, 24(86).
- Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces* (3 vols.). Madrid: Pirámide.
- Piaget, J. (1932). *Moral judgement of the child*. London: Kegan Paul.
- Pipes, R. B. (1997). Nonsexual relationships between psychotherapists and their former clients: Obligations of psychologists. *Ethics & behavior*, 7(1), 27-41.
- Politis, A. N. y Knowles, A. (2013). Registered Australian psychologists' responses to ethical dilemmas regarding medicare funding of their services. *Australian Psychologist*, 48(4), 281-289.
- Pomerantz, A. M. y Grice, J. W. (2001). Ethical beliefs of mental-health professionals and undergraduates regarding therapist practices. *Journal of Clinical Psychology*, 57(6), 737-748.
- Pomerantz, A. M. y Pettibone, J. C. (2005). The influence of client characteristics on psychologists' ethical beliefs: An empirical investigation. *Journal of clinical psychology*, 61(4), 517-528.
- Pomerantz, A., Ross, M. J., Gfeller, J. D. y Hughes, H. (1998). Ethical beliefs of psychotherapists: Scientific findings. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 28(1), 35-44.
- Pope, K. S. (1992). Responsibilities in providing psychological test feedback to clients. *Psychological Assessment*, 4(3), 268-271.
- Pope, K. y Bajt, T. (1988) When laws and values conflict: A dilemma for psychologists. *American Psychologist*, 43(10), 828-829.
- Pope, K. S. y Keith-Spiegel, P. (2008). A practical approach to boundaries in psychotherapy: making decisions, bypassing blunders, and mending fences. *Journal of Clinical Psychology*, 64(5), 638-652.
- Pope, K. y Vetter, V. (1991). Prior therapist-patient sexual involvement among patients seen by psychologists. *Psychotherapy*, 28(3), 429-438.
- Pope, K. S. y Vetter, V. A. (1992). Ethical dilemmas encountered by members of the American Psychological Association: A national survey. *American Psychologist*, 47(3), 397.
- Pope, K. S. y Vasquez, M. J. (1999). On violating the ethical standards. *Update*, 1-2.
- Pope, K. S. y Vasquez, M. J. (2016). *Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide*. John Wiley & Sons.

- Pope, K. S., Keith-Spiegel, P. y Tabachnick, B. G. (1987). Sexual attraction to clients: The human therapist and the (sometimes) inhuman training system. *American Psychologist*, 41(2), 147-158.
- Pope, K. S., Sonne, J. L. y Greene, B. (2006). *What therapists don't talk about and why: Understanding taboos that hurt us and our clients*. American Psychological Association.
- Pope, K. S., Tabachnick, B. G. y Keith-Spiegel, P. (1987). Ethics of practice: The beliefs and behaviors of psychologists as therapists. *American Psychologist*, 42, 993-1006.
- Potter, V. R. (1970). Bioethics, the science of survival. *Perspectives in biology and medicine*, 14(1), 127-153.
- Preschl, B., Maercker, A. y Wager, B. (2011). The working alliance in a randomized controlled trial comparing online with face-to-face cognitive-behavioral therapy for depression. *BMC Psychiatry*, 11(1), 189.
- Pritchett, S. y Fall, K. A. (2001). Post-termination non-sexual dual relationships: Dynamics and assessment. *TCA-Journal*, 29(1), 72-79.
- Rae, W. A. y Worchel, F. F. (1991). Ethical beliefs and behaviors of pediatric psychologists: A survey. *Journal of Pediatric Psychology*, 16(6), 727-745.
- Rae, W. A., Sullivan, J. R., Razo, N. P., George, C. A. y Ramirez, E. (2002). Adolescent health risk behavior: When do pediatric psychologists break confidentiality? *Journal of Pediatric Psychology*, 27(6), 541-549.
- Rapin, L. S. (2004). Guidelines for ethical and legal practice in counseling and psychotherapy groups.
- Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 240.
- Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. *Boletín Oficial del Estado*.
- Recupero, P. R. (2008). Ethics of medical records and professional communication. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 17(1), 37-51.
- Reschke, K. y Kranich, U. (1996). Sexuelle Gefühle und Phantasien in der Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 28(2), 251-271.
- Resolución de 22 de diciembre de 1981, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se modifica la lista de enfermedades de declaración obligatoria. *Boletín Oficial del Estado*, 13.
- Reynolds, D. J., Stiles, W. B., Bailer, A. y Hughes, M. R. (2013). Impact of Exchanges and Client-Therapist Alliance in Online-Text Psychotherapy. *Cyberpsychology, Behavior & Social Networking*, 16(5), 370-377.
- Riva, G., Teruzzi, T. y Anolli, L. (2003). The use of the internet in psychological research: comparison of online and offline questionnaires. *CyberPsychology & Behavior*, 6(1), 73-80.
- Rodolfa, E., Hall, T., Holms, V., Davena, A., Komatz, D., Antunez, M. y Hall, A. (1994). The management of sexual feelings in therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25(2), 168-172.
- Roth, L., Meisel, A. y Lidz, C. (1977). Tests of competency to Consent to Treatment. *American Journal of Psychiatry*, 134(3), 279-284.
- Rubin, S. S. y Dror, O. (1996). Professional ethics of psychologists and physicians: mortality, confidentiality, and sexuality in Israel. *Ethics & behavior*, 6(3), 213-228.
- Salavarría, D. A. M. (2008). La medición en psicología como herramienta y como reflexión ética en el ejercicio del psicólogo. *Psicogente*, 11(19).
- Salisbury, J., Ginorio, A. B., Remick, H. y Stringer, D. M. (1986). Counseling victims of sexual harassment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 23(2), 316-324.
- Santander, F. y Morera, B. (2003). La bioética en psiquiatría. En F. J. Otero (ed.), *Hechos y valores en psiquiatría* (pp. 351-361). Madrid: Triacastela.
- Santander, F. y Morera, B. (2010). Ética en Psiquiatría. En J. Vallejo y C. Leal (eds.), *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ars Médica.
- SAS (2005). *Protocolo de Contención Mecánica*. Servicio Andaluz de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Programa de Salud Mental.
- Schachter, S. (1964). The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state. *Advances in experimental social psychology*, 1, 49-80.

- Schachter, S. y Singer, J. (1962). Cognitive, Social, and Physiological Determinants of Emotional State. *Psychological Review*, 69, 379-399.
- Schellenberg, E. G., Hirt, J. y Sears, A. (1999). Attitudes toward homosexuals among students at a Canadian university. *Sex Roles*, 40(1-2), 139-152.
- Schoener, G., Milgrom, J. y Gonsiorek, J. (1984). Sexual exploitation of clients by therapists. *Women & Therapy*, 3(3-4), 63-69.
- Séguin, M., Bordeleau, V., Drouin, M. S., Castelli-Dransart, D. A. y Giasson, F. (2014). Professionals' reactions following a patient's suicide: review and future investigation. *Archives of suicide research*, 18(4), 340-362.
- Shaw, H. E. y Shaw, S. F. (2006). Critical ethical issues in online counseling: Assessing current practices with an ethical intent checklist. *Journal of Counseling & Development*, 84(1), 41-53.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98-109.
- Shirk, S. R. y Karver, A. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 452-464.
- Shumaker, D. y Medoff, D. (2013). Ethical and legal considerations when obtaining informed consent for treating minors of high-conflict divorced or separated parents. *The Family Journal*, 21(3), 318-327.
- Sieck, B. C. (2012). Obtaining clinical writing informed consent versus using client disguise and recommendations for practice. *Psychotherapy*, 49(1), 3.
- Simon, R. I. (1992). *Clinical Psychiatry and the law*. Washington, DC: American Psychiatry Press.
- Simon, R. I. y Shuman, D. W. (2007). *Clinical manual of psychiatry and law*. Washington DC: American Psychiatric Publications.
- Simón-Lorda, P. (2008). La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(2), 327-350.
- Singer, P. (2002). *Ética práctica*. Lisboa: Gradiva.
- Smith, D. y Fitzpatrick, M. (1995). Patient-therapist boundary issues: An integrative review of theory and research. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(5), 499-506.
- Smith, L. (2005). Psychotherapy, classicism, and the poor: Conspicuous by their absence. *American Psychologist*, 60, 687-696.
- Smokowski, P. R., Rose, S. D. y Bacallao, M. L. (2001). Damaging experiences in therapeutic groups how vulnerable consumers become group casualties. *Small Group Research*, 32(2), 223-251.
- Snyder, T. A. y Barnett, J. E. (2006). Informed consent and the process of psychotherapy. *Psychotherapy Bulletin*, 41, 37-42.
- Solomon, D. A., Keitner, G. I., Ryan, C. E., Kelley, J. y Miller, I. W. (2008). Preventing recurrence of bipolar I mood episodes and hospitalizations: Family psychotherapy plus pharmacotherapy versus pharmacotherapy alone. *Bipolar Disorders*, 10, 798-805.
- Somer, E. y Saadon, M. (1999) Therapist-client sex: Clients' retrospective reports. *Professional Psychology Research Practice*, 30(5), 504-509.
- Sonne, J. L. (2007). Nonsexual multiple relationships: A practical decision-making model for clinicians. Retrieved January, 4.
- Stefan, S. y David, D. (2013). Face-to-face counseling versus high definition holographic projection system. Efficacy and therapeutic alliance. A brief research report. *Journal of Cognitive & Behavioral Psychotherapies*, 13(2), 299-307.
- Steinberg, L. (2013). Does recent research on adolescent brain development inform the mature minor doctrine? *Journal of Medicine and Philosophy*, 38(3), 256-267.
- Stone, A. A. (1990). Law, science, and psychiatric malpractice: a response to Klerman's indictment of psychoanalytic psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 147(4), 419-427.
- Sue, S. y Lam, A. G. (2002). Cultural and demographic diversity. En J. C. Norcross (ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (401-421). New York: Oxford University Press.
- Sullivan, K. (2002). Ethical beliefs and behaviours among Australian psychologists. *Australian Psychologist*, 37(2), 135-141.
- Thoreson, R., Shaughnessy, P., Heppner, P. y Cook, S. (1993). Sexual contact before and after the professional relationship: Attitudes and practices. *Journal of Counseling and Development*, 71, 429-434.

- Tjeltveit, A. C. (2006). To what ends? Psychotherapy goals and outcomes, the good life, and the principle of beneficence. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(2).
- Tobriner, J. (1987). Protecting third parties: a decade after Tarasoff. *American Journal of Psychiatry*, 144(1), 68-74.
- Toro, J., Castro, J., Idiáquez, I. y San José, L. (2005). Detecció i orientacions terapèutiques en els trastorns del comportament alimentari. *Quaderns de la Bona Praxi*. Barcelona: Col·legi Oficial de Metges.
- Trepal, H., Haberstroh, H., Duffey, T. y Evans, M. (2007). Considerations and strategies for teaching online counselling skills: Establishing relationships in cyberspace. *Counselor Education and Supervision*, 46(4), 266-279.
- Tubbs, P. y Pomerantz, A. M. (2001). Ethical behaviors of psychologists: Changes since 1987. *Journal of clinical psychology*, 57(3), 395-399.
- UE (2016). Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE. *Diario oficial de la Unión Europea*, 27.
- Unicef (1991). Convención sobre los Derechos del Niño.
- Urra, J. (2007). Dilemas éticos de los Psicólogos Jurídicos. *Anuario de psicología jurídica*, 17, 91-109.
- Vera Carrasco, O. (2015). El código de ética en medicina. *Revista Médica La Paz*, 21(2), 3-5.
- Vernmark, K., Lenndin, J., Bjärehed, J., Carlsson, M., Karlsson, J., Öberg, J., Carlbring, P., Eriksson, T. y Andersson, G. (2010). Internet administered guided self-help versus individualized e-mail therapy: A randomized trial of two versions of CBT for major depression. *Behaviour Research and Therapy*, 48(5), 368-376.
- Vesper, J. H. y Brock, G. W. (1991). *Ethics, legalities and professional practices issues in marriage and family therapy*. Boston: Allyn and Bacon.
- Vinogradov, S. y Yalom, I. D. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós.
- Vocks, S., Tuschen-Caffier, B., Pietrowsky, R., Rustenbach, S. J., Kersting, A. y Hertpertz, S. (2010). Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 205-217.
- Vollmann, J. y Winau, R. (1996). Informed consent in human experimentation before the Nuremberg code. *British Medical Journal*, 313(7070), 1445-1449.
- Vyskocilova, J. y Prasko, J. (2013). Ethical reflection and psychotherapy. *Neuroendocrinology Letters*, 34(7), 590-600.
- Wampold, B. E. (2010). *The basic of psychotherapy: An introduction to theory and practice*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Wampold, B. E. e Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings* (2.^a ed.). New York, NY: Routledge.
- Ware, J. N. y Dillman, D. (2014). Concerns about confidentiality: The application of ethical decision-making within group play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 23(3), 173.
- Weiner, I. B. (1989). On competence and ethicality in psychodiagnostic assessment. *Journal of Personality Assessment*, 53(4), 827-831.
- Welfel, E. R. (1998). *Ethics in counseling and psychotherapy: Standards, research, and emerging issues*. Pacific Grove: Brooks.
- Whaley, A. L. y Davis, K. E. (2007). Cultural competence and evidence-based practice in mental health services: A complementary perspective. *American Psychologist*, 62, 563-574.
- Williams, M. H. (1997). Boundary violations: Do some contended standards of care fail to encompass commonplace procedures of humanistic, behavioral, and eclectic psychotherapies? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 34(3), 238-249.
- Wolitzky, D. L. (2011). Contemporary Freudian psychoanalytic psychotherapy. En A. S. Gurman y S. B. Messer (eds.), *Essential psychotherapies: theory and practice* (pp. 33-71). New York, NY: Guilford Press.
- World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Jama*, 310(20), 2191-2194.
- World Psychiatry Association (2011). *Madrid Declaration on Ethical Standards* (as amended by the General of the WPA in Buenos Aires on September 21, 2011). <http://wpanet.org>.
- Younggren, J. N. (2002). *Ethical decision-making and dual relationships*. <http://kspope.com>.

- Younggren, J. N. y Gottlieb, M. C. (2004). Managing risk when contemplating multiple relationships. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(3), 255-260.
- Younggren, J. N. y Harris, E. A. (2008). Can you keep a secret? Confidentiality in psychotherapy. *Journal of clinical psychology*, 64(5), 589-600.
- Yuen, E. K., Goetter, E. M., Herbert, J. D. y Forman, E. M. (2012). Challenges and opportunities in internet-mediated telemental health. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(1), 1.
- Zur, O. (2007). *Boundaries in Psychotherapy: Ethical and Clinical Explorations*. Washington DC: American Psychological Association.

TÍTULOS RELACIONADOS

- ADICCIÓN A LA COMPRA, R. Rodríguez, J. M. Otero y R. Rodríguez.
- ADICCIÓN A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN ADOLESCENTES Y JÓVENES, E. Echeburúa, F. J. Labrador y E. Becoña.
- AGORAFOBIA Y ATAQUES DE PÁNICO, A. Bados López.
- ATENCIÓN TEMPRANA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, J. Piñero, J. Pérez-López, F. Vargas y A. B. Candela.
- AVANCES EN EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD, E. Echeburúa.
- BUENAS PRÁCTICAS EN LA PREVENCIÓN DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, P. M. Ruiz Lázaro J. M. Velilla Picazo y E. González Fraile (Dir.).
- CLAVES PSICOBIOLOGICAS, DIAGNÓSTICAS Y DE INTERVENCIÓN EN EL AUTISMO, J. Folch-Schulz y J. Iglesias Dorado.
- CÓMO ELEGIR EL MEJOR TRATAMIENTO PSICOLÓGICO, S. N. Haynes, A. Godoy y A. Gavino.
- CONSULTORÍA CONDUCTUAL, M.ª X. Froján Parga (coord.).
- DE LOS PRINCIPIOS DE LA PSICOLOGÍA A LA PRÁCTICA CLÍNICA, C. Rodríguez-Naranjo.
- DETECCIÓN Y PREVENCIÓN EN EL AULA DE LOS PROBLEMAS DEL ADOLESCENTE, C. Saldaña (coord.).
- EL ADOLESCENTE EN SU MUNDO, J. Toro Trallero.
- EL JUEGO PATOLÓGICO, E. Echeburúa, E. Becoña, F. J. Labrador y Fundación Gaudium (coords.).
- ÉTICA PROFESIONAL EN SALUD MENTAL, J. M. Pastor y C. del Río.
- GUÍA DE AYUDA AL TERAPEUTA COGNITIVO-CONDUCTUAL, A. Gavino Lázaro.
- GUÍA DE ÉTICA PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, C. del Río.
- GUÍA DE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EFICACES I, II y III, M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (coords.).
- HABILIDADES CLÍNICAS PARA APLICAR, CORREGIR E INTERPRETAR LAS ESCALAS DE INTELIGENCIA WECHSLER, M.ª Forns i Santacana y J. A. Amador Campos.
- INTERVENCIÓN EN LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO INFANTIL, M. Servera Barceló (coord.).
- INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA, J. Olivares, D. Macià, A. I. Rosa y P. J. Olivares.
- INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE, P. J. Jiménez Martín.
- INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA Y EDUCATIVA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES, F. X. Méndez, J. P. Espada y M. Orgilés (coords.).
- LA INTERVENCIÓN ANTE EL MALTRATO INFANTIL, J. Martín.
- LA VOZ Y LAS DISFONÍAS DISFUNCIONALES, R. M.ª Rivas y M.ª J. Fiuza.
- LAS RAÍCES DE LA PSICOPATOLOGÍA MODERNA, M. Pérez.
- LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS NO SON ENFERMEDADES, E. López y M. Costa.
- MANUAL DE EVALUACIÓN DEL RIESGO DE VIOLENCIA, I. Loinaz.
- MANUAL DE PROMOCIÓN DE LA RESILIENCIA INFANTIL Y ADOLESCENTE, M.ª de la F. Rodríguez, J. M. Morell y J. Fresneda (coords.).
- MANUAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE. Trastornos específicos, V. E. Caballo y M. A. Simón (coords.).
- MANUAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE. Trastornos generales, V. E. Caballo y M. A. Simón (coords.).
- MANUAL DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD, I. Amigo, C. Fernández y M. Pérez.
- MANUAL DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD CON NIÑOS, ADOLESCENTES Y FAMILIA, J. M. Orriosa, M.ª J. Quiles y F. X. Méndez.
- MANUAL DE PSICOONCOLOGÍA, J. A. Cruzado Rodríguez (Coord.).
- MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA CLÍNICA, J. F. Rodríguez Testal y P. J. Mesa Cid.
- MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA GENERAL, P. J. Mesa Cid y J. F. Rodríguez Testal.
- MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA Y TRASTORNOS PSICOLÓGICOS, V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carroles (dirs.).
- MANUAL DE TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN Y TERAPIA DE CONDUCTA, F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz.
- MANUAL DEL PSICÓLOGO DE FAMILIA L. M.ª Llavona y F. X. Méndez.
- MANUAL PARA LA AYUDA PSICOLÓGICA, M. Costa y E. López.
- MANUAL PARA EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LOS DELINCUENTES, S. Redondo Illescas.
- MANUAL PRÁCTICO DEL JUEGO PATOLÓGICO, J. Fernández Montalvo y E. Echeburúa.
- MENORES EXPUESTOS A LA VIOLENCIA DE GÉNERO, C. López Soler, M. Alcántara López, M. Castro Sáez y A. Martínez Pérez.
- MODIFICACIÓN DE CONDUCTA, R. G. Miltenberger.
- MÚLTIPLES APLICACIONES DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT), M. Páez Blarrina y O. Gutiérrez Martínez.
- MUTISMO SELECTIVO, J. Olivares y P. J. Olivares-Olivares.
- PRESERVACIÓN FAMILIAR, M.ª J. Rodrigo, M.ª L. Máiquez, J. C. Martín y S. Byrne.
- PREVENCIÓN DE LAS ALTERACIONES ALIMENTARIAS, G. López-Guimerà y D. Sánchez-Carracedo.
- PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS Y OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS, M. Isorna Folgar y D. Saavedra Pino (coords.).
- PSICOLOGÍA APLICADA A LA ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA, J. A. Mora Mérida, J. García, S. Toro y J. A. Zarco.
- PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA, M.ª T. González (coord.).
- PSICOLOGÍA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA, F. J. Labrador y M.ª Crespo.
- PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTO-JUVENIL, R. González Barrón e I. Montoya-Castilla (coord.).
- PSICOLOGÍA DE LA SALUD, J. Gil Roales-Nieto (dir.).
- PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA, A. I. Rosa Alcázar y P. J. Olivares Olivares (Coords.).
- PSICOLOGÍA DE LA VEJEZ, R. Fernández-Ballesteros (dir.).
- PSICOMOTRICIDAD, M. Bernaldo de Quirós Aragón.
- PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE, R. González Barrón (coord.).
- PSICOPATOLOGÍA CLÍNICA. Adaptado al DSM-5, M. Ortiz-Tallo.
- PSICOPATOLOGÍA DEL DESARROLLO, L. Ezepeleta y J. Toro.
- PSICOPATOLOGÍA INFANTIL BÁSICA, J. Rodríguez Sacristán (dir.).
- PSICOTERAPIAS, J. L. Martorell.
- REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES CRÓNICOS, A. Rodríguez González (coord.).
- TDAH Y TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA, C. López y A. Romero (Coords.).
- TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA, F. J. Labrador.
- TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO (ACT), K. G. Wilson y M. C. Luciano Soriano.
- TERAPIA DE CONDUCTA EN LA INFANCIA, I. Moreno García.
- TERAPIA DE GRUPO PARA LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS, L. Carter Sobell y M. B. Sobell.
- TERAPIA PSICOLÓGICA, J. P. Espada, J. Olivares y F. X. Méndez.
- TERAPIA PSICOLÓGICA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES, F. X. Méndez, J. P. Espada y M. Orgilés (coords.).
- TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE (TEL), E. Mendoza Lara.
- TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA, M. Ojea Rúa.
- TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA, F. Alcantud Marín (coord.).
- TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES, M.ª P. García y J. Sanz.
- TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL MUTISMO SELECTIVO, J. Olivares, A. I. Rosa y P. J. Olivares.
- TRATAMIENTOS CONDUCTUALES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA, J. Olivares, F. X. Méndez y D. Macià.
- TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS, J. Vila Castellar y M.ª del C. Fernández-Santaella.
- TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS Y TRASTORNOS CLÍNICOS, A. Gavino Lázaro.
- VIGOREXIA, A. García Alonso.
- VIOLENCIA Y TRASTORNOS MENTALES, E. Echeburúa.
- VIVIR CON LA DROGA, J. Valverde Molina.