



UNIVERSITAT DE BARCELONA



Facultat de Psicologia.
Departament de Personalitat, Avaluació
i Tractament Psicològics.

ASPECTOS DEONTOLÓGICOS, ÉTICOS Y LEGALES EN LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Arturo Bados López

**Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos
Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona**

12 de junio de 2008

DEONTOLOGÍA Y ÉTICA	1
COMPETENCIAS LEGALES DE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS EN ESPAÑA.....	3
LAS RESPONSABILIDADES LEGALES Y LA MALA PRÁCTICA DEL PSICÓLOGO CLÍNICO.....	5
CUESTIONES DEONTOLÓGICAS, ÉTICAS Y LEGALES	6
Competencia.....	6
Historia clínica	7
Confidencialidad	7
Consentimiento informado.....	10
Internamientos no voluntarios	11
Relaciones duales	13
Honorarios.....	14
Otras cuestiones.....	14
ASPECTOS ÉTICOS EN LA TERAPIA VÍA INTERNET.....	15
TABLAS	16
REFERENCIAS	18

DEONTOLOGÍA Y ÉTICA

La **deontología** hace referencia a los deberes que rigen el ejercicio de una profesión. Con relación a la psicología en España, estos deberes vienen recogidos en el Código Deontológico del Psicólogo (Colegio Oficial de Psicólogos, 1987); y en Cataluña, en el Código Deontológico del

Psicólogo (Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya, 1989). Estos códigos tendrán que ser reformados porque en el 1995 se publicó el Meta-Código de la European Federation of Psychologists Associations (Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos, EFPA), el cual es el marco sobre el que se tienen que construir todos los códigos deontológicos de los distintos colegios pertenecientes a la EFPA. Finalmente, en Estados Unidos se cuenta con el Código de la American Psychological Association (Asociación Americana de Psicología, 2002).

La **ética profesional** va más allá de la deontología, ya que esta última supone simplemente cumplir ciertas reglas profesionales sin que esto suponga necesariamente que se asumen las responsabilidades morales en el ejercicio de una profesión (la moral hace referencia a las acciones humanas desde el punto de vista de su bondad o malicia); esto último es lo que caracteriza a la ética profesional. Mientras que la deontología está orientada al deber y es aprobada por un conjunto de profesionales, la ética profesional está orientada al bien y en ella hay un predominio de la conciencia individual.

A la hora de trabajar con los pacientes desde un punto de vista ético, se ha recomendado tener en cuenta cuatro principios o normas fundamentales que orientan la actuación y ayudan a tomar decisiones “globales” y no sólo clínicas. Estos cuatro principios son (Beauchamp y Childress, 1999, citado en del Río, 2005):

- **Principio de autonomía.** Se refiere a la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada persona en las decisiones básicas que le atañen personalmente. En consecuencia, un paciente puede elegir entre varias alternativas terapéuticas o rechazarlas.
- **Principio de beneficencia.** Se refiere a actuar en beneficio del paciente, pero respetando la autonomía de este.
- **Principio de justicia.** También llamado principio de equidad, implica evitar la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios. Cada paciente debe ser tratado con igual consideración y respeto que los demás pacientes, sin privar a unos de las oportunidades de recuperar la salud que estén disponibles para otros.
- **Principio de no maleficencia.** Se trata, ante todo, de no hacer daño al paciente ni de someterlo a riesgos innecesarios. Hay que tener cuidado para no actuar con negligencia y causar un daño, aunque sea sin pretenderlo.

Se supone que estos principios deben cumplirse a no ser que entren en conflicto con una obligación de igual o mayor magnitud. Por otra parte, puede haber conflicto entre dos o más de estos principios, en cuyo caso debe analizarse la situación concreta para determinar cuál debe ser el prioritario. El Código de Ética de la American Psychological Association ha añadido otros dos principios a los dos anteriores:

- **Principio de fidelidad y responsabilidad.** El psicólogo debe establecer relaciones de confianza con las personas con las que trabaja y cumplir sus responsabilidades profesionales y científicas ante la sociedad y el entorno en el que trabaja.
- **Principio de integridad.** El psicólogo debe caracterizarse por la precisión, la honradez y la veracidad en su práctica profesional, docencia e investigación. En aquellos casos en que el engaño parezca éticamente justificado para maximizar los beneficios y minimizar el daño, el psicólogo tiene la obligación de considerar la necesidad y posibles consecuencias de dicha actuación, asegurarse de que no hay alternativas disponibles y corregir cualquier desconfianza u otros efectos adversos que hayan podido producirse como consecuencia del engaño.

En general no existen discrepancias entre las **normas deontológicas y legales**, aunque en ocasiones pueden entrar en conflicto. En caso de que así sea, prevalece la Ley, si bien en casos excepcionales un psicólogo podría acogerse al código ético y resolver “en conciencia”. Ahora bien, en este caso el psicólogo podría ser demandado y aunque podría razonar adecuadamente el motivo de su decisión, se enfrentaría a una posible sanción legal.

COMPETENCIAS LEGALES DE LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS EN ESPAÑA

Escudero et al. (2003) han estudiado las **competencias legales de los psicólogos clínicos en España**. Sus conclusiones son las siguientes:

- **Evaluación.** Los psicólogos clínicos están capacitados legalmente para realizar diagnósticos y evaluaciones clínicas.
- **Tratamiento.** Los psicólogos clínicos están capacitados legalmente para realizar prevención, tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales y otros problemas psicológicos. El tratamiento farmacológico queda reservado a médicos y psiquiatras. Una cuestión interesante de cara al futuro es que en algunos estados de Estados Unidos (Nuevo México, Louisiana, Hawaii), ha sido autorizado que los doctores en psicología clínica puedan prescribir fármacos si hacen un periodo de formación de 2 años después del doctorado.
- **Responsabilidad última del proceso terapéutico en un equipo multidisciplinar público.** Cuando se trabaja en un equipo multidisciplinar dentro del sector público suele ser frecuente que la responsabilidad del proceso terapéutico en conjunto sea una función exclusiva del psiquiatra. Sin embargo, no hay impedimentos legales para que la responsabilidad última de un tratamiento pueda recaer en otro profesional de la salud (p.ej., aquel con mayor experiencia clínica o capacidad de liderazgo).
- **Informes.** Los psicólogos pueden realizar informes periciales judiciales cuando así lo requiera la materia del juicio. Un ejemplo sería un informe sobre la situación psicológica y familiar de un menor, así como de su entorno social; igualmente puede proponerse una intervención socio-educativa o actividades de reparación hacia una víctima. También pueden realizarse informes de cara al proceso de tutela y guarda de un menor. Asimismo, un psicólogo clínico puede realizar para otros especialistas informes relacionados con su titulación y especialización profesional (p.ej., informes de asesoramiento e interconsulta).

Como excepción, sólo los psiquiatras, pero no los psicólogos clínicos, pueden realizar por el momento los dictámenes exigidos en el tercer supuesto de la práctica legal de la interrupción voluntaria del embarazo, el que hace referencia a los graves riesgos para la salud psíquica de la embarazada. Esta limitación entra en contradicción con las otras competencias que las leyes reconocen a los psicólogos clínicos.

- **Indicaciones de ingresos y altas hospitalarias.** Según la ley, las indicaciones de ingresos no voluntarios y altas hospitalarias corresponde al facultativo, aunque se requiere siempre la autorización judicial, tal como se explica más abajo. Se supone que este facultativo es el especialista en salud mental (psiquiatra y psicólogo clínico), pero en muchos sitios se impide a los psicólogos clínicos realizar indicaciones de ingresos y altas.
- **Bajas/altas laborales e incapacitación laboral.** Los partes correspondientes sólo pueden ser expedidos por facultativos del sistema público. Si la causa de la baja es un trastorno

psíquico, puede entenderse que el parte puede ser realizado por un psiquiatra o por un psicólogo clínico, ya que ambos tienen la consideración de facultativos especialistas.

- **Incapacitación de enfermos con trastornos mentales.** La Ley de Enjuiciamiento Civil dice que se requiere un dictamen pericial médico, aunque no especifica qué tipo de informe pericial médico se necesita. En este sentido, no queda recogido que el psicólogo clínico pueda emitir dicho informe a pesar de que la misma ley reconoce que los psicólogos pueden ser llamados como peritos cuando la materia del juicio lo precise. No se sabe si esto es una contradicción de la propia ley o una laguna que deja en la ambigüedad la delimitación de una competencia.
- **Criterios para el desempeño de las jefaturas de servicios y coordinación de equipos.** La función de coordinador de los equipos de salud mental por parte de psicólogos clínicos viene recogida en la legislación de algunas comunidades autónomas, pero no de otras las cuales asignan dicho rol al psiquiatra.

Sin embargo, la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) (BOE núm. 280 de 22 de noviembre de 2003) ha creado el título de **Psicólogo Especialista en Psicología Clínica**, el cual es el único psicólogo que se contempla como profesional sanitario. En la actualidad este título sólo puede conseguirse a través del PIR (Psicólogo Interno Residente). La ley afirma que “la posesión del título de especialista será necesaria para utilizar de modo expreso la denominación de especialista, para ejercer la profesión con tal carácter y para ocupar puestos de trabajo con tal denominación en centros y establecimientos públicos y privados”. Si el puesto de trabajo no exige dicha denominación, podrá ser desempeñado por un psicólogo que no sea especialista.

Por otra parte, según la Orden SCO/1741/2006 de 29 de mayo BOE núm. 134 de 6 de junio de 2006), por la que se modifican los anexos del Real Decreto 1277/2003 de 10 de octubre (BOE núm. 254 de 23 de octubre de 2003), por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, **un psicólogo no especialista no puede solicitar la autorización para abrir un centro sanitario** (unidad asistencial de psicología con carácter sanitario) **a no ser que acredite:** a) haber cursado los estudios de la licenciatura de Psicología siguiendo un itinerario curricular cualificado por su vinculación con el área docente de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos o con la Psicología Clínica y de la Salud, o bien b) acredite una formación complementaria de postgrado relativa a dichas áreas, no inferior a 400 horas, de las que al menos 100 deberán ser prácticas tuteladas por psicólogos especialistas en Psicología clínica, en centros, instituciones o servicios universitarios de psicología donde se realicen actividades de atención a la salud mental, o en consultas o gabinetes de psicología clínica, debidamente autorizados, conforme a las previsiones del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre. Sin embargo, los aspectos aquí comentados de la Orden antes citada han sido recurridos y declarados nulos debido a que no es posible que un profesional que no es reconocido como sanitario en la LOPS (el licenciado en Psicología) sea habilitado, mediante una norma reglamentaria, para registrar su consulta como un centro sanitario. Aunque la sentencia todavía no es firme, es muy probable que llegue a serlo.

Se prevé que con los nuevos planes de estudio de convergencia Europea, que se pondrán en marcha hacia el 2010, el grado de psicología no capacitará profesionalmente para ejercer como psicólogo clínico. Se cree que será necesario cursar un máster oficial de psicología clínica y de la salud que durará 2 años y que incluirá un gran número de horas de prácticas supervisadas. Aparte, seguirá existiendo la vía PIR, la cual capacitará para realizar cualquier trabajo como psicólogo clínico y será la única que permitirá ocupar puestos de trabajo que exijan ser especialista en psicología clínica.

Ahondando más en este aspecto, parece que los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación quieren crear un Máster Oficial en Psicología Clínica y de la Salud con Directrices Generales Propias y conseguir así un perfil profesional que cumpla los requisitos exigidos en la ley de ordenación de profesiones sanitarias (LOPS) y en la Unión Europea. Los mencionados Ministerios han hecho llegar en 2007 al Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos una propuesta cuyo contenido más sobresaliente es el siguiente:

1. Mediante la oportuna norma con rango de Ley se incluirá un artículo adicional en la actual LOPS, en el que se especifique que todos aquellos Graduados en Psicología que realicen un Máster Oficial en Psicología Clínica y de la Salud con Directrices Generales Propias, serán considerados profesionales sanitarios.
2. Se establecerá mediante Real Decreto el procedimiento a partir del cual se regularicen tanto la implantación del postgrado como las competencias que otorgaría.
3. Se establecerá el plazo de un año para desarrollar las Directrices Generales Propias del Máster en Psicología Clínica y de la Salud.
4. Con respecto a los contenidos del Máster, del total de los 120 créditos que conducirían a la obtención de dicho título, 60 de ellos corresponderían a la práctica supervisada por un centro y/o especialista acreditado. La idea que subyace a esta propuesta es que la realización de este Máster posibilite igualmente la obtención del Diploma Europeo en Psicología (EuroPsy), promovido y apoyado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (CGCOP).
5. Se establecerá que las plazas de Psicólogo que cree el Sistema Nacional de Salud serán ocupadas únicamente por especialistas.
6. De igual manera, se contemplará un periodo máximo de 5 años para normalizar la situación. Periodo éste en el que cada Universidad tendría las competencias en cuanto a la expedición y posible homologación del Máster en Psicología Clínica y de la Salud con titulaciones anteriores; así como para resolver cualquier otra actuación que se pueda generar y esté contemplada en el actual Real Decreto de Centros Sanitarios.

Es importante aclarar que la propuesta planteada en esta reunión por parte del equipo ministerial tendría que ser apoyada y ratificada por los órganos competentes de las Comunidades Autónomas, la Comisión de Recursos Humanos del MSC, por la Conferencia de Decanos de Facultades de Psicología y por la propia Organización Colegial, por lo que podría sufrir modificaciones más o menos sustanciales.

LAS RESPONSABILIDADES LEGALES Y LA MALA PRÁCTICA DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

En su trabajo profesional se le pueden exigir al psicólogo tres tipos de responsabilidades legales: penal, civil y administrativa (del Río, 2005).

- **Responsabilidad penal.** Se exige cuando se cometen delitos o faltas, esto es, acciones u omisiones dolosas o imprudentes penadas por la Ley. Una acción u omisión es **dolosa** cuando se realiza con intencionalidad, causando un daño a sabiendas. Una acción u omisión es **imprudente** cuando se causa un daño sin malicia o dolo; es decir, no hay intencionalidad. La imprudencia puede ser grave o simple (negligencia). Si hay imprudencia profesional, la pena incluye la inhabilitación para la profesión durante un periodo deter-

minado y responsabilidad civil, la cual supone la reparación de los daños ocasionados o la indemnización por los mismos.

- **Responsabilidad civil.** Se exige cuando por acción u omisión se causa daño a otro habiendo culpa o negligencia. Esta responsabilidad puede ser de dos tipos: a) **Contractual.** Surge del incumplimiento de un contrato de prestación de servicios psicológicos previamente establecido. El contrato puede ser escrito o verbal. b) **Extra-contractual.** No hay contrato previo, pero el psicólogo no actúa conforme a la *Lex artis*, esto es, su tarea se aparta de las reglas de actuación profesional, de lo que se supone que debe o no hacerse.
- **Responsabilidad administrativa.** Es la exigida por la Administración a sus funcionarios y empleados en caso de un incumplimiento de normas que implique infracción legal.

Existe **mala práctica** cuando ciertos comportamientos del psicólogo (acciones u omisiones dolosas o imprudentes, incumplimiento de un deber, errores de comisión u omisión) generan un daño o perjuicio físico, psíquico, moral o patrimonial a un paciente. En consecuencia, este puede plantear una queja, reclamación o denuncia ante el colegio profesional, la institución sanitaria o los tribunales. La mala práctica exige: a) que haya habido relación profesional, b) que el psicólogo haya actuado inadecuadamente y c) que se haya derivado un daño como consecuencia de este comportamiento y no de la propia patología del paciente o de una evolución negativa posterior.

Ejemplos de mala práctica serían la incompetencia, la mentira o engaño, la ruptura del secreto profesional, la discriminación y estigmatización, la explotación, y el comportamiento deshonesto entre colegas.

CUESTIONES DEONTOLÓGICAS, ÉTICAS Y LEGALES

Aparte de lo comentado hasta aquí, se abordará a continuación una serie de cuestiones deontológicas, éticas y legales importantes en la práctica clínica (del Río, 2005; Kleinke, 1994/1995; Pope, 1991). La publicación del Colegio Oficial de Psicólogos de España (2004) recoge una serie de supuestos y casos prácticos que ilustran la posible vulneración de las normas deontológicas por parte de los psicólogos.

COMPETENCIA

Un terapeuta debe conocer el alcance y límites de su competencia, y, por tanto, **emplear sólo aquellas técnicas y trabajar con aquellos casos y problemas para los que tenga el entrenamiento y experiencia adecuados.** De aquí se derivan una serie de normas:

- Mantenerse al día en los avances de la propia profesión.
- Formarse en nuevos abordajes que se quiera aplicar.
- Consultar con otros colegas o buscar supervisión cuando se tengan dudas o no se sepa cómo seguir.
- Remitir el caso cuando no se está preparado para llevarlo.
- Emplear las habilidades necesarias para establecer una buena relación terapéutica.
- Poner fin a la terapia si el cliente no se está beneficiando de la misma.
- Reconocer dificultades y problemas propios que puedan interferir en la terapia, buscar ayuda para los mismos y no trabajar con clientes en cuyo tratamiento estos problemas puedan interferir.
- No ejercer cuando la propia habilidad o juicio estén adversamente afectados, incluso por

problemas temporales.

Según el Meta-Código de la EFPA (1995), existe también la “obligación de criticar razonablemente la acción profesional de los colegas y tomar medidas para informar a los colegas y, si es apropiado, a las asociaciones profesionales y autoridades pertinentes, si se tiene conocimiento de una acción no ética”.

HISTORIA CLÍNICA

El **cliente** –o sus representantes o tutores, en caso de incapacidad o de que no sea competente para entender la información– **tiene derecho legal a acceder a la documentación de la historia clínica** y a obtener una copia de los datos que figuran en la misma. **Sin embargo**, el cliente no tendrá derecho a conocer los datos de terceras personas que figuren en la historia ni las observaciones, apreciaciones o anotaciones subjetivas de los profesionales que han intervenido en la elaboración de la misma cuando estas personas no lo deseen.¹ Por ello, es conveniente que los **terapeutas apunten en un documento separado sus anotaciones particulares sobre el caso y las menciones que afecten a terceras personas**.

Según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE de 14-12-1999), el **derecho de acceso** a la historia clínica puede hacerse mediante consulta de la misma o solicitud de una copia que debe ser gratuita, legible e inteligible. Este derecho de acceso puede ser ejercitado una vez al año o antes, si el cliente acredita un interés legítimo; por otra parte, no podrá ejercitarse con los datos legalmente cancelados. La **cancelación de los datos** dará lugar al bloqueo de los mismos, pero estos se conservarán a disposición de las Administraciones públicas, jueces y tribunales, para la atención a las posibles responsabilidades derivadas del tratamiento de aquellos, durante el plazo de prescripción de dichas responsabilidades. Transcurrido este plazo, se procederá a la supresión de los datos.

De acuerdo con la 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 (BOE de 15-11-2002), la **historia clínica ha de guardarse** durante el tiempo adecuado a cada caso para ofrecer la debida asistencia al cliente y, **como mínimo, 5 años contados desde** la fecha de alta de cada proceso asistencial. En el caso de Cataluña, las condiciones son más rigurosas. Según la Ley sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y Autonomía del Paciente y la Documentación Clínica del Parlamento de **Cataluña** (Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya de 28-12-2000), la historia clínica ha de conservarse como mínimo hasta **20 años después de la muerte del paciente**.

Por otra parte, según la mencionada Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, **deben inscribirse en el Registro de la Agencia de Protección de Datos los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal**. Entre los aspectos a notificar figuran necesariamente el responsable del fichero, la finalidad de este, su ubicación, el tipo de datos de carácter personal que contiene y las medidas de seguridad adoptadas, que deberán ser de nivel alto por proteger datos sobre salud. Además debe comunicarse a la mencionada agencia los cambios que se produzcan en la finalidad del fichero, en su responsable o en su ubicación.

CONFIDENCIALIDAD

En primer lugar, conviene remarcar que el código deontológico señala que el psicólogo sólo recogerá la información estrictamente necesaria para desempeñar las tareas para las que ha sido requerido y siempre con la autorización del cliente. Dicho esto, la confidencialidad hace referen-

cia a que la identidad de un cliente y la información proporcionada por este no pueden ser reveladas sin su autorización expresa. En principio, la información proporcionada sólo puede ser compartida libremente con el **supervisor (si lo hay) y otros miembros del equipo**, aunque conviene avisar de esto al paciente.

En cuanto a compartir la información con otros **profesionales que estén prestando servicios al paciente** (psiquiatra, trabajador social), es recomendable pedir y obtener permiso explícito, aunque algunos afirman que basta con avisar que se va a hacer y proceder salvo decisión en contrario del cliente. De todos modos, cuando se comparta información escrita sobre el cliente (p.ej., informes, cuestionarios), es necesario que este dé su consentimiento explícitamente y por escrito.

La comunicación de la información a otras personas (p.ej., familiares, personas vinculadas de hecho) requiere el consentimiento expreso del paciente, a no ser que este sea incapaz de entender la información. Si un paciente se niega y el psicólogo considera que alguna otra persona debería conocer cierta información, habrá que discutir los pros y contras de dicha acción con el cliente; pero la decisión final es de este último.

El **fallecimiento de un cliente** sólo libera del deber de confidencialidad parcialmente y bajo ciertas condiciones. De acuerdo con la Ley básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, “los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiera prohibido expresamente y así se acredite. En cualquier caso, el acceso de un tercero a la historia clínica motivada por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros”.

La confidencialidad tiene otras implicaciones tales como:

- a) **Mantener bajo condiciones de seguridad la historia clínica y demás documentos** de los pacientes e incluso eliminar de los mismos los datos identificativos (puede emplearse un código en la historia y guardar los datos identificativos en otro lugar).
- b) **Ser prudente con lo que se apunta** en la historia clínica (p.ej., datos de terceras personas, valoraciones negativas sobre el cliente, información perjudicial para este), ya que una copia de la misma puede ser solicitada por el propio cliente o por un tribunal. Es aconsejable registrar en un documento separado las anotaciones particulares sobre el caso y las menciones que afecten a terceras personas.
- c) **No hablar** nunca en detalle sobre los clientes con los familiares, amigos o conocidos de uno.
- d) **No dar señales de reconocer a un cliente ni saludarle caso de encontrarse con él** en un lugar público, a no ser que el cliente lo haga primero (esta pauta de acción puede discutirse posteriormente con el paciente para evitar malinterpretaciones).
- e) **No mencionar que alguien es cliente nuestro, si un familiar o conocido no implicado** en la terapia llama para preguntar o comunicar algo respecto al mismo. En este caso, hay que responder que no se puede informar si dicha persona está viniendo a consulta o no, pero que si desea ayudarlo, hable primero con ella para que autorice su participación con el terapeuta que supuestamente le lleva. Paralelamente, en la próxima sesión hay que hablar con el cliente sobre la llamada para establecer lo que desea hacer al respecto.
- f) **Ocultar los datos que puedan facilitar la identificación del cliente cuando vaya a hacerse una exposición** oral, escrita, audiovisual o de cualquier tipo de un caso con fines didácticos o de divulgación científica. Si el medio de exposición conlleva que el cliente pueda ser reconocido, se requerirá su consentimiento previo explícito.

Conviene enfatizar que por el momento, y a diferencia de sacerdotes y abogados, el psicólogo

no tiene regulado por ley el derecho a mantener la confidencialidad; en cambio, de acuerdo con la ley y el código deontológico de la profesión, tiene el deber de mantenerla siempre que esto no viole un derecho más importante. En este sentido, el **derecho del cliente a la confidencialidad está limitado en aquellos casos** en que el paciente amenaza seriamente con infringir un daño grave a otras personas o a sí mismo o informa que lo está haciendo; entran aquí los malos tratos o abuso sexual de los menores de edad o de personas que no pueden dar su consentimiento, la intención de asesinar, violar o secuestrar a alguien, la tortura, el secuestro, el haber cometido un delito por el que hay otra persona en la cárcel, el riesgo de contagiar una enfermedad grave (p.ej. el SIDA) y los planes inmediatos de suicidio (aunque, desde luego, puede haber decisiones de suicidio respetables).

Si algo de esto sucede, hay que informar al cliente de las propias obligaciones y adoptar, según los casos, **medidas** tales como informar al colegio profesional y a las autoridades, comunicar el peligro a la/s víctima/s, ponerse en contacto con los familiares (cuando hay riesgo de suicidio) y/o proceder a la hospitalización ya sea de forma voluntaria, mediante orden judicial previa o mediante ingreso forzado que debe comunicarse al juzgado de guardia en un plazo máximo de 24 horas. **En los casos en que la ley exija revelar alguna información, sólo se proporcionará aquella que sea relevante para el asunto en cuestión** y se mantendrá en secreto el resto. Es importante que las limitaciones de la confidencialidad sean explicadas al paciente al principio de la terapia.

Otros casos en que puede romperse la confidencialidad son cuando:

- Hay un **requerimiento judicial**. En caso de que el sistema legal exija la revelación de alguna información, debe proporcionarse sólo aquella que sea relevante para el asunto en cuestión y mantener la confidencialidad de cualquier otra información.
- **El cliente:** a) da su permiso para proporcionar cierta información a determinadas personas; b) pone un pleito contra el terapeuta por mala práctica profesional; en este último caso, el terapeuta puede revelar en el proceso judicial aquella información confidencial necesaria para su defensa, y c) no abona los servicios prestados; en este caso la revelación debe limitarse a la información mínima para obtener el propósito.

En caso de duda sobre el mantenimiento o no de la confidencialidad, conviene consultar con el colegio profesional y/u otros profesionales (psicólogos, abogados), y mantener un registro escrito de estos contactos. Ejemplos de dilemas éticos pueden verse en **Bernstein y Nietzel (1980/1988, págs., 543-544, 548)** y en França-Tarragó (2001). Además, se presentan otros ejemplos a continuación. Léelos y decide en cada caso si comunicarías o no a las personas implicadas (padres, pareja, familiares, autoridad competente) la información facilitada confidencialmente por el cliente. Luego, piensa en cómo justificarías tu respuesta.

1. Unos padres han llevado a su hija de 16 años a tratamiento debido a su fobia social. La muchacha le cuenta al terapeuta que, para superar su miedo social, consume cada fin de semana cuando sale 2 litros de cerveza y algún porro. La chica no desea que sus padres se enteren.
2. Un cliente con SIDA se niega a informar a su pareja a pesar de seguir manteniendo con ella relaciones sexuales sin preservativo. El terapeuta ha intentado convencerle de que se lo cuente, dado los riesgos implicados, pero el cliente sigue negándose.
3. La madre de un niño de 8 años comunica al terapeuta que su marido da con frecuencia grandes palizas al niño. Ella no quiere denunciarlo por temor a las represalias. El marido se niega a acudir a la consulta.
4. Durante una terapia de pareja, el terapeuta es informado confidencialmente por el marido de

que ocasionalmente mantiene relaciones sexuales con prostitutas.

5. Una mujer deprimida le comenta al terapeuta que no ve ninguna salida a su situación y que para seguir así no merece la pena seguir viviendo. Cuando se le pregunta, admite tener elaborado un plan concreto de suicidio. No quiere ser internada ni que nadie de su familia sea informado al respecto a pesar de que existe un claro riesgo de suicidio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Un paciente debe dar su **consentimiento informado al proceso de evaluación y tratamiento** que va a seguir. Es decir, el cliente debe recibir una información adecuada de este proceso, ser competente para entender y decidir, y manifestar voluntariamente su acuerdo explícito. El consentimiento informado **implica** en primer lugar que el cliente debe **ser informado de forma comprensible de:**

- a) La existencia de un **fichero personal (historia clínica)** en el que se guardarán los datos recogidos, la finalidad de la recogida de estos, sus destinatarios y el responsable del fichero.
- b) Su **derecho a acceder a** la historia clínica o a solicitar una copia de la misma y a obtener, tras la petición correspondiente, la **rectificación o cancelación** de los datos que no se ajusten a la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal o sean inexactos o incompletos.
- c) Las características de la **evaluación** que se realizará y los resultados de la misma.
- d) El **tratamiento** que se va a aplicar, de sus objetivos, de la duración estimada del mismo, de otros posibles tratamientos alternativos y de las ventajas y desventajas de cada uno (incluyendo resultados probables, posibles efectos adversos y coste económico).
- e) La **confidencialidad** y sus límites. Esto incluye informar, cuando es el caso, de que se compartirá la información con otros profesionales del centro, se grabarán las sesiones y la posibilidad de que estas sean observadas por estudiantes de prácticum.
- f) Las **cualificaciones** profesionales del terapeuta –incluyendo su experiencia en general y con respecto al problema a tratar– y si está recibiendo supervisión formal, cuando es el caso.

Además, el cliente debe estar **libre de presiones y coacción** a la hora de mostrar su consentimiento y debe **poder retirar** su consentimiento en cualquier momento. Un aspecto importante a tener en cuenta es que un paciente tiene **derecho legal no sólo a ser informado, sino a renunciar a recibir esta información**. En este último caso, ha de hacerse constar la renuncia documentalmente, sin que esto quiera decir que no haya de obtenerse el consentimiento del paciente para la intervención.

Tal como afirma la 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 (BOE de 15-11-2002), **todo paciente tiene derecho a negarse al tratamiento, salvo** en los casos determinados en la Ley. Así, cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente y este no da su consentimiento, puede llevarse a cabo la intervención indispensable a favor de su salud tras consultar, si las circunstancias lo permiten, con sus familiares o personas vinculadas de hecho.

Según la 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 (BOE de 15-11-2002) y la Ley sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y Autonomía del Paciente y la Documentación Clínica del Parlamento de Cataluña (Butlletí Oficial del Parla-

ment de Catalunya de 28-12-2000), **en el caso de clientes no competentes para tomar decisiones o que estén incapacitados legalmente**, el consentimiento debe ser obtenido de sus tutores, familiares u otras personas vinculadas. **En el caso de menores incapaces de comprender el alcance de la intervención**, el consentimiento debe ser dado por sus tutores o representantes después de haber escuchado la opinión de aquellos cuando tengan 12 años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con **16 años cumplidos, el menor ha de dar personalmente su consentimiento**. De todos modos, y aunque el consentimiento tenga que ser dado por la persona legalmente autorizada, conviene dar una explicación apropiada a las personas incapacitadas legalmente o menores de edad y buscar su aprobación, siempre que sea posible.

Tal como establece la 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 (BOE de 15-11-2002), el **consentimiento será verbal por regla general**. Ahora bien, el consentimiento debe darse **por escrito en el caso** de pruebas o tratamientos que comporten inconvenientes notables que puedan repercutir en la salud del paciente; también es aconsejable que sea por escrito en el caso de tratamientos experimentales. Algunos autores propugnan que los formularios de consentimiento informado por escrito deberían ser obligatorios en todos los casos. Estos formularios escritos no minan la relación terapéutica, aunque en algunos casos pueden ser potencialmente perjudiciales para los terapeutas o los clientes si llegan a ser sujetos de análisis legal. Una vía intermedia entre el consentimiento informado verbal y escrito es dar a los clientes una **hoja de información como la presentada en la tabla 1**.

Cuando un paciente internado rechace el tratamiento, deberá consultarse a otro profesional y a personas no profesionales capaces de considerar el punto de vista del paciente. En caso de peligro para la propia vida o la de otros, el juez puede ordenar un tratamiento obligatorio, que, por lo general, es de tipo psiquiátrico. **Un paciente no puede ser obligado a permanecer en una institución sin la autorización de un juez**, aunque por razones de urgencia un facultativo puede determinar su ingreso antes de dar parte al juez (véase más abajo).

Cuando se trabaja en una institución (hospitales, prisiones), habrá que tener en cuenta las necesidades de los pacientes y de la institución. Por ejemplo, en una prisión los administradores pueden estar preocupados por los costos, los guardianes por la seguridad y el orden y los presos por conseguir un mejor trato y más actividades recreativas. En caso de choque de intereses y cuando proceda legítimamente, el psicólogo se hará valedor ante las autoridades institucionales de los intereses de los pacientes.

Una última nota sobre el consentimiento informado hace referencia a la **realización de informes psicológicos** sobre una persona que el psicólogo no ha visto, pero de la que dispone de abundante información proporcionada por otra u otras personas: por ejemplo, una mujer que habla sobre su marido maltratador y de las vejaciones a que la somete o una madre que habla sobre los abusos sexuales que el marido comete con su hija. Es fundamental tener en cuenta, como afirma Bermejo (2001/2004), que **no se puede emitir un informe psicológico de un adulto no ya sin que lo sepa, sino sin su consentimiento**. Las excepciones a este principio deben venir recogidas en una norma legal o ser dictadas por una autoridad judicial competente. Por otra parte, cuando se hagan constar en la historia clínica informaciones que el cliente proporciona sobre una tercera persona, hay que redactarlas de tal manera que quede claro que es algo dicho por el paciente (“La paciente dice que su jefe la estuvo acosando sexualmente durante 1 año”) y no necesariamente un hecho objetivo (“El jefe de la paciente la estuvo acosando sexualmente durante 1 año”).

INTERNAMIENTOS NO VOLUNTARIOS

Un paciente puede ser ingresado en contra de su voluntad en un servicio de psiquiatría de un hospital general. Los **motivos** más frecuentes son alteraciones de conducta, síntomas psicóticos, abandono de la medicación, ideación suicida, intoxicación etílica, actos delictivos y síntomas afectivos. Los **diagnósticos** psiquiátricos suelen ser esquizofrenia, trastorno delirante, trastorno bipolar, trastornos depresivos, trastornos de personalidad (p.ej., antisocial), dependencia de sustancias y trastorno esquizoafectivo. El ingreso psiquiátrico da lugar a una sustancial mejoría del cuadro psicopatológico, aunque permanecen síntomas residuales (Andrés et al., 2002).

La decisión de ingresar a un paciente en un servicio de psiquiatría sin su consentimiento requiere analizar detalladamente el caso y determinar si el internamiento se adapta a las normas legales. Para realizar un internamiento en contra de la voluntad del paciente se requiere la presencia de un **trastorno mental grave junto con la existencia de peligro para sí mismo o para otros**. Además, debe ser posible llevar a cabo un tratamiento eficaz en el lugar de internamiento, el tratamiento propuesto debe ser razonable y el trastorno diagnosticado debe alterar la capacidad del paciente de decidir sobre la conveniencia del internamiento. Cuando resulta complicado determinar si el paciente es peligroso o no, la familia puede ser de gran ayuda. June et al. (1995, citado en Andrés et al., 2002) concluyeron que los familiares de los pacientes son tan capaces como los profesionales para identificar de forma correcta la psicopatología que puede necesitar un tratamiento involuntario.

Como primer paso para el internamiento se recomienda **acudir al facultativo que asiste normalmente al paciente** (en general un psiquiatra, aunque no tendría por qué ser así) y exponerle la situación para que, si éste lo considera adecuado, elabore un **escrito** donde se explique el diagnóstico del paciente y cuáles son las causas que hacen recomendable el internamiento. Este escrito se llevará al **Juzgado de Guardia en un plazo máximo de 24 horas a partir del internamiento** para que el Juez autorice el ingreso.

La **Constitución Española** en el artículo 17.1 dice que "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". El artículo 763 de la **Ley de Enjuiciamiento Civil** 1/2000 de 7 de Enero dice: "El internamiento por razón de trastorno psíquico de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí misma, aunque esté sometida a patria potestad o 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 por razones de urgencia**". El juez debe examinar al paciente (en la práctica, oír el dictamen de un facultativo por él designado) y en el plazo de 72 horas ratificar o no la medida del internamiento involuntario. Una vez internado, el paciente debe recibir tratamiento y no estar meramente recluido y **su situación debe ser revisada cada cierto tiempo por el juez** (obligatoriamente cada 6 meses) para decidir si procede o no la continuidad del internamiento. En este sentido, los facultativos deben informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener el internamiento. Cuando consideren que este no es necesario, darán de alta al paciente y lo comunicarán inmediatamente al juez.

Conviene señalar que, tal como afirma el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000, para internar involuntariamente a un **menor de edad** no basta con la autorización de la/s persona/s que tiene/n la patria potestad; se requiere también la autorización judicial y un informe de los servicios de asistencia al menor. Además, el ingreso se realizará en un establecimiento de salud mental adecuado a la edad del menor.

Finalmente, un **caso diferente de internamiento involuntario** de un paciente es aquel que no es simplemente autorizado por un juez, sino decidido directamente por este a través de una **orden judicial**. Esto ocurre con pacientes que han cometido algún delito y han sido declarados exentos de responsabilidad penal o se encuentran implicados en un procedimiento penal. En estos casos, el paciente no puede salir del establecimiento sin la previa autorización judicial.

RELACIONES DUALES

Las relaciones duales **se dan cuando** aparte de la relación profesional, el terapeuta mantiene otro tipo de relación con el cliente fuera de las sesiones de terapia. Esta segunda relación puede ser de tipo social, profesional, económica, sexual, etc.; y puede establecerse **durante la terapia o una vez concluida la misma**. El Meta-Código de la EFPA (1995) indica que el psicólogo “a) ha de ser consciente de los problemas que pueden resultar de las relaciones duales y tiene la obligación de **evitar aquellas relaciones duales que** reducen la necesaria distancia profesional o pueden conducir a un conflicto de intereses o a la explotación del cliente; b) tiene la obligación de **no aprovechar la relación profesional para** conseguir intereses personales, religiosos, políticos o ideológicos; y c) ha de ser consciente de que el conflicto de intereses y el desequilibrio de poder en una relación **pueden mantenerse aún después** de que la relación profesional haya terminado, y de que las responsabilidades profesionales pueden persistir”.

Entre terapeuta y cliente **no se considera ético** (pueden verse ejemplos de caso en del Río, 2005, cap. 9):

- Las **relaciones sociales continuadas**, aunque sí se consideran admisibles las relaciones ocasionales. Antes de establecer relaciones sociales con un cliente, un terapeuta debe preguntarse quién está satisfaciendo sus necesidades y si la relación social va a interferir con la terapia. Asimismo, establecer relaciones de **amistad** con un cliente no parece adecuado, al menos hasta que haya finalizado la terapia. Por otra parte, la aceptación de familiares, amigos o subordinados como clientes no da buenos resultados en la inmensa mayoría de los casos y puede producir efectos adversos con relativa frecuencia.
- Las **relaciones de negocios**, la compraventa de objetos, dar o recibir préstamos, la aceptación de regalos caros y la permuta o el trueque de servicios (p.ej., hacer terapia a un cliente a cambio de que nos haga arreglos en casa).
- Las **relaciones sexuales o eróticas**, el hecho de que el terapeuta comunique a un/a cliente que se siente atraído sexualmente por él/ella o terminar la terapia con el propósito de mantener relaciones sexuales con el cliente. La inmensa mayoría de los clientes que han mantenido relaciones sexuales con sus terapeutas informan de efectos negativos tales como culpabilidad, vacío, aislamiento, disminución de la capacidad para confiar en otros, inestabilidad emocional, ira, depresión, aumento de riesgo de suicidio, pensamientos intrusos, imágenes no deseadas, *flashbacks* y pesadillas.
- El **contacto físico no erótico dirigido a** satisfacer necesidades del terapeuta o no congruente con las metas del tratamiento o las emociones o necesidades del cliente. En cambio, este contacto puede ser apropiado para proporcionar apoyo emocional en situaciones de angustia, dolor o trauma, para felicitaciones y despedidas y en muchos casos de trabajo con niños.

El **terapeuta es el responsable de evitar establecer una relación dual inapropiada con un paciente** y lo mismo puede decirse del psicólogo con respecto a sus estudiantes o supervisados. Y esto es así, aunque la iniciativa haya partido del cliente. Tampoco sirve de excusa que este último no se opusiera a la relación. Las relaciones duales suelen ser en beneficio del terapeuta y frecuentemente son dañinas para los clientes. Un terapeuta que se implica en una relación dual tiene más probabilidades de establecer otras relaciones duales en el futuro.

Puesto que no siempre se podrán evitar las relaciones duales, algunos autores han propuesto

seguir un **modelo de toma de decisiones éticas para decidir si debe iniciarse o no una determinada relación dual**. Uno de estos modelos es el de Younggreen (2003, citado en del Río, 2005) e incluye los siguientes pasos: 1) ¿Es necesaria la relación dual? 2) ¿Es explotadora? 3) ¿Quién se beneficia de la misma? 4) ¿Hay riesgo de que pueda dañar al paciente? 5) ¿Hay riesgo de que pueda dañar la relación terapéutica? 6) ¿Estoy siendo objetivo en la evaluación que realizo? (probablemente se requiera consultar con otros colegas o con expertos legales). 7) ¿He documentado adecuadamente el proceso de decisión en la historia clínica? 9) ¿Se ha discutido el asunto con el cliente y ha otorgado este el consentimiento informado respecto a los riesgos de involucrarse en la relación dual?

HONORARIOS

Con relación a este tema, los **clientes deben saber**:

- Cuánto cuesta cada sesión y si hay sesiones que son más caras (p.ej., las de evaluación).
- Cuánto dura cada sesión.
- Cuándo hay que pagar (¿después de cada sesión, por mes?).
- Si hay que pagar por las sesiones canceladas o a las que se ha faltado sin avisar.
- Si hay que pagar por otros servicios (contactos telefónicos breves y extensos, elaboración de informes, sesiones por internet) y cuánto.
- Qué pasa si no se paga o no se puede pagar una factura.

Cobrar de menos, dejar de cobrar algunas facturas u ofrecer tratamiento gratis cuando no está justificado (p.ej., por necesidad económica del paciente) transmite un mensaje ambiguo a los pacientes (“¿por qué hace esto el terapeuta?, ¿esperará algo a cambio?”), dificulta que estos puedan expresar su insatisfacción o disgusto al terapeuta y/o hace que se sientan culpables por ello.

OTRAS CUESTIONES

Mantener al día las **historias clínicas actualizadas** es una obligación ética. Sin embargo, como estas historias pueden ser solicitadas por un tribunal, conviene no anotar nada que pueda ser problemático para uno mismo o para el cliente en ellas. Pueden mantenerse informes separados para uso personal que se guardan aparte y no forman parte de la historia clínica oficial. Por otra parte, conviene tener en cuenta que, de cara a un posible proceso judicial, un procedimiento o intervención no registrado en la historia clínica es probable que sea considerado como no llevado a cabo. Por lo tanto, conviene que el terapeuta refleje qué acciones realiza con el cliente tanto a nivel de evaluación como de tratamiento.

Si un paciente que está siendo tratado por otro profesional solicita ayuda simultánea a un psicólogo, este debe decidir si acepta o no el caso. Si puede haber **interferencias** entre ambos tipos de tratamiento, debe comunicárselo al paciente para que elija el profesional que desee; por tanto, se negará a simultanear los dos tipos de tratamiento.

Finalmente, conviene señalar diversas prácticas que se consideran no éticas, aparte de otras ya mencionadas anteriormente (Colegio Oficial de Psicólogos de España, 2004; del Río, 2005):

- Utilizar sistemas de grabación de audio y/o vídeo sin pedir autorización al cliente.
- Aprovecharse de la situación de poder para conseguir ventajas económicas.
- Restringir la libertad del paciente de abandonar el tratamiento y acudir a otro profesional.

- Desacreditar a otros colegas o profesionales que trabajan con los mismos o diferentes métodos. Es preciso hablar con respeto de las escuelas y tipos de intervención que gozan de credibilidad científica y profesional.
- Inmiscuirse en las intervenciones iniciadas por otros psicólogos.
- Monopolizar un área de trabajo.
- Derivar pacientes de una institución pública en la que se trabaja hacia la propia práctica privada.
- Percibir remuneración por derivar clientes a otros profesionales.
- Avalar con el nombre, firma o título propio la práctica profesional de personas no tituladas o la realización de actividades vanas o engañosas.
- Emplear la identificación profesional para promocionar productos o servicios.
- Basar la publicidad en los casos exitosos sin considerar aquellos en que se han obtenido peores resultados.
- Utilizar instrumentos y técnicas que no se hallen suficientemente contrastados, dentro de los límites del conocimiento científico vigente. El código de la APA (2002) dedica un capítulo entero a los aspectos éticos relacionados con la evaluación psicológica. Este capítulo y otras cuestiones pueden consultarse en del Río (2005, cap. 10).
- No hacer al paciente una devolución apropiada de los resultados de la evaluación. La 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 (BOE de 15-11-2002) obliga a que la información que se transmita “sea verdadera y se comunique al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades con el objeto de ayudarlo a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad”.
- Entregar directamente al paciente informes automatizados de evaluación. El psicólogo debe completar, contextualizar y explicar los resultados al cliente.
- Crear falsas expectativas que no puedan ser satisfechas profesionalmente.
- Realizar informes psicológicos imprecisos, poco rigurosos, sesgados o ininteligibles para su destinatario. Es preciso mencionar las pruebas utilizadas, especificar el alcance y limitaciones del informe y expresar el grado de confianza que merecen las conclusiones formuladas.
- Existe una gran división de opiniones sobre lo ético que resulta dar consejos personales en revistas, radio y televisión; esto es especialmente problemático cuando se presenta información de manera claramente sesgada.

ASPECTOS ÉTICOS EN LA TERAPIA VÍA INTERNET

La provisión de servicios psicológicos a través de internet debe seguir los mismos principios éticos que la práctica presencial. Sin embargo, hay también unas directrices específicas señaladas por el Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya (2001), la European Federation of Psychologists Associations (EFPA, 2001) y la American Psychological Association (APA, 2002) que deben tenerse en cuenta (Colegio Oficial de Psicólogos de España, 2004; del Río, 2005):

- El psicólogo que proporciona terapia por internet debe de tener las habilidades necesarias para comunicarse eficazmente por este medio. Además no puede aplicar una técnica que no ha sido probada científicamente o aprobada por profesionales entendidos en el tema.

- El psicólogo o psicólogos deben identificarse, especificar una ubicación física (dirección y país) e indicar su titulación, experiencia y pertenencia al colegio de psicólogos.
- Hay que especificar si se ofrecen servicios en tiempo real o por correo electrónico.
- Por lo general, debe pedirse una clara identificación del usuario. En algunas circunstancias puede ser apropiado el anonimato del usuario, pero entonces el psicólogo ha de tener un cuidado extraordinario y reconocer las dificultades existentes para determinar la vulnerabilidad y estatus legal del usuario (p.ej., un niño).
- En el caso de clientes no competentes para tomar decisiones o que estén incapacitados legalmente o de menores no incapaces ni incapacitados, se requiere el permiso de los tutores.
- El psicólogo debe obtener el consentimiento informado de la persona tras proporcionar información sobre los servicios que ofrece, las tarifas y los límites de la confidencialidad.
- Debe haber una seguridad máxima en la transmisión y conservación de la información para impedir que personas no autorizadas puedan acceder a la misma. Es obligatorio utilizar servicios encriptados.

TABLAS

Tabla 1. Hoja de información para los clientes.

Información que usted tiene derecho a conocer

Cuando usted viene a terapia, espera recibir un servicio e incluso puede pagar por él. Por lo tanto, necesita estar informado para poder tomar una buena decisión. A continuación se presentan algunas preguntas que quizá quiera hacer. Hemos hablado ya de algunas de ellas, pero usted tiene derecho a preguntarme sobre cualquiera de las mismas si lo desea. Si no comprende mis respuestas, pregúnteme de nuevo.

Terapia

- ¿Cómo funciona su tipo de terapia?
- ¿Cuáles son los posibles riesgos?
- ¿Qué porcentaje de clientes mejora? ¿Cuánto y en qué sentido?
- ¿Qué porcentaje de clientes empeora?
- ¿Qué porcentaje de clientes mejora con otros tratamientos alternativos?
- ¿Cuánto tiempo dura la terapia?
- ¿Qué debo hacer si veo que la terapia no funciona?
- ¿Tendré que realizar alguna prueba? ¿De qué tipo?

Tratamientos alternativos

- ¿Qué otros tipos de terapia o ayuda (p.ej., grupos de apoyo) existen?
- ¿En qué medida funcionan?
- ¿Cuáles son los riesgos de estas alternativas?

Sesiones

- ¿Cuál es la frecuencia de las sesiones?
- ¿Cuánto duran?
- ¿Cómo puedo ponerme en contacto con usted en caso de emergencia?
- Si usted no está disponible, ¿con quién puedo hablar?
- ¿Qué ocurre si me pongo enfermo?

Confidencialidad

- ¿Quién tiene acceso a sus registros?
- ¿Bajo qué condiciones puede usted contar a otras personas las cosas que discutimos? (Amenazas de suicidio, homicidio o daños graves a otras personas, abuso o maltrato infantil, ciertos casos judiciales, supervisores.)
- ¿Tienen acceso a la información otros miembros de mi familia o del grupo de terapia?

Dinero

- ¿Cuánto cuesta cada sesión?
- ¿Cómo hay que pagar, por sesión, al mes?
- ¿Debo pagar por las sesiones a las que no asisto?
- ¿Debo pagar por las sesiones por teléfono? ¿Aunque sean cortas?
- Si pierdo mi fuente de ingresos, ¿podré seguir con las sesiones pagando menos?

General

- ¿Cuál es su formación y experiencia? ¿Está usted colegiado? ¿Está bajo supervisión?
- Si surge algo en la terapia que no podemos resolver, ¿con quién puedo hablar? (supervisor, Colegio de Psicólogos)

Previamente hemos tratado muchas de estas cuestiones. Estaré contento de poder explicárselas y de responder a otras preguntas que pueda tener. Esto le ayudará a tomar una buena decisión. Guárdese esta hoja y léala detalladamente en casa. Volveremos sobre ella cuando sea necesario.

Nota. Adaptado de Kleinke (1994/1995, págs. 187-188).

REFERENCIAS

- American Psychological Association (APA) (2002). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. www.apa.org/ethics
- Andrés, M.J., Donaire, L., Juárez, C., Hernández, M., de Miguel, J.L. y Guisado, J.A. (2002). Internamientos no voluntarios en el hospital general. *Psiquiatría.com*, 6 (2).
- Bermejo, V. (2001/2004). ¿Se equivocan las comisiones deontológicas? En Colegio Oficial de Psicólogos (Ed.), *Ética y deontología para psicólogos* (pp. 80-98). Reimpreso de *Información Psicológica*, 77, 49-63.
- Bernstein, D.A. y Nietzel, M.T. (1988). *Introducción a la psicología clínica*. México: McGraw-Hill. (Original de 1980.)
- Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya (1989). Codi Deontològic del Psicòleg. www.copc.org/seccions/cd/cd.asp
- Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya (2001). *Recomanacions i criteris deontològics de la intervenció psicològica mitjançant Internet*. <http://www.copc.org/informacio/materials/trece.asp>
- Colegio Oficial de Psicólogos de España (1987). *Código Deontológico del Psicólogo*. www.cop.es
- Colegio Oficial de Psicólogos de España (2004). *Ética y deontología para psicólogos*. Madrid: Autor.
- del Río, C. (2005). *Guía de ética profesional en psicología clínica*. Madrid: Pirámide.
- Escudero, C., Ibáñez, M.L., Larraz, G., Pascual, P., Penedo, C. y de la Viña, P. (2003). Competencias legales de los psicólogos clínicos. *Revista de la Asociación española de Neuropsiquiatría*, 22, 153-168.
- European Federation of Psychologists Associations –EFPA– (1995). *Metha Code of Ethics*. www.efpa.be (versión en castellano en Alcalde, M.J. y Del Río, C. (2001). Metacódigo de ética de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA): Traducción y adaptación al castellano. *Infocop*, 80, 36-39.
- França-Tarragó, O. (2001). *Ética para psicólogos* (3ª ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kleinke, C. (Ed.). (1995). *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Original de 1994.)
- Pope, K.S. (1991). Ethical and legal issues in clinical practice. En M. Hersen, A.E. Kazdin y A. Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook* (2ª ed., pp. 115-127). Nueva York: Pergamon.

RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS SOBRE CONFIDENCIALIDAD

- Pregunta 1. La respuesta es “NO” porque el consumo de drogas de la joven no es lo suficientemente grave como para justificar la violación de la confidencialidad. Otra cosa sería si la chica hubiera desarrollado una dependencia de la heroína o estuviera próxima a ello.
- Pregunta 2. La respuesta es “SÍ” ya que hay un grave riesgo para la vida de otra persona. La respuesta sería negativa si el cliente usara preservativo o no mantuviera relaciones sexuales de riesgo.
- Pregunta 3. La respuesta es “SÍ” porque, en beneficio del niño, la ley obliga a informar a las autoridades competentes de los maltratos físicos y abusos sexuales en la infancia. Un cuadro muy distinto sería si el padre perdió el control en una ocasión determinada hace 2 años y le dio una paliza a su hijo.
- Pregunta 4. La respuesta es “NO” porque, a pesar del engaño a la pareja, esto no justifica romper la confidencialidad. No hay un riesgo grave para el cliente o su pareja.
- Pregunta 5. La respuesta es “SÍ” ya que hay un grave riesgo para la vida del propio cliente. La respuesta sería negativa si la cliente tuviera simplemente pensamientos frecuentes de suicidio que estuviera dispuesta a trabajar.

¹ Como afirma textualmente la Ley sobre los Derechos de Información Concerniente a la Salud y Autonomía del Paciente y la Documentación Clínica del Parlamento de Cataluña (Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya de 28 de diciembre de 2000), el derecho del cliente “*no puede ser en perjuicio ni del **derecho de terceros** a la confidencialidad de los datos de estos que figuren en la historia ni del **derecho de los profesionales** que han intervenido en la elaboración de la documentación; estos últimos pueden invocar la reserva de sus observaciones, apreciaciones o anotaciones subjetivas*”.