

**VALORACIÓN ÉTICA POR PARTE DE PROFESIONALES DE LA  
PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA PSIQUIATRÍA DE ALGUNAS  
SITUACIONES DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL**



Autor: Joaquín Manuel Pastor Morales

Dirigida por: Dra. María del Carmen del Río Sánchez

TESIS DOCTORAL

Programa de Doctorado en Psicología (RD. 99/2011)

Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla

Marzo, 2017



MARIA DEL CARMEN DEL RIO SANCHEZ, PROFESORA TITULAR PERTENECIENTE AL DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA,

**INFORMA**

Que el trabajo titulado **VALORACIÓN ÉTICA POR PARTE DE PROFESIONALES DE LA PSICOLOGIA CLINICA Y PSIQUIATRÍA DE ALGUNAS SITUACIONES DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL** ha sido realizado bajo mi dirección por D. JOAQUIN MANUEL PASTOR MORALES para optar al grado de Doctor en Psicología. A mi juicio reúne las condiciones exigibles para proceder a su lectura y defensa.

Lo que firmo en Sevilla a 20 de marzo de 2017.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Carmen del Río Sánchez', written in a cursive style.

Fdo.: Dra. D<sup>a</sup> Carmen del Río Sánchez  
Directora de la Tesis



## COMPROMISO DE RESPETO DE LOS DERECHOS DE AUTOR

El doctorando Joaquín Manuel Pastor Morales y la Dra. Carmen del Río Sánchez, directora de la Tesis titulada **VALORACIÓN ÉTICA POR PARTE DE PROFESIONALES DE LA PSICOLOGIA CLINICA Y PSIQUIATRÍA DE ALGUNAS SITUACIONES DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL**, garantizamos al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por el doctorando bajo la dirección de la directora y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado todos los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Lo que firmamos en Sevilla a 20 de marzo de 2017

Directora de la Tesis



Fdo.: Carmen del Río Sánchez

Doctorando



Fdo.: Joaquín Manuel Pastor Morales



## Agradecimientos

---

Resulta enormemente gratificador tener la oportunidad de disponer de un espacio para referir los agradecimientos que, lejos de nacer de la necesidad obligada de reconocer las ayudas recibidas, emanan de un sentimiento sincero de afecto y cariño.

En primer lugar, quiero agradecer a mi directora, la Dra. Carmen del Río, su dedicación, generosidad y disponibilidad perennes, siempre envueltas de un humor cercano e inagotable y de una sencillez infinita. Tener la oportunidad de relacionarme con ella ha sido una experiencia enriquecedora que me ha hecho sentir muy bien en todo este proceso.

A Mila Sánchez, por su asesoramiento metodológico y estadístico.

A Almudena Blanco, Ángel G. López y Manuel Canal, profesionales de la Psicología Clínica, por su colaboración altruista en la difusión nacional del cuestionario.

A todos mis compañeros y compañeras del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla. Este trabajo habría sido imposible sin vuestra ayuda, aliento y colaboración. Muy especialmente, por el interés y la implicación, a los residentes de psicología clínica.

A la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR) por su implicación en la participación y difusión del cuestionario.

Igualmente, a la Asociación Española de Psicopatología y Psicología Clínica y a Dña. Amparo Belloch, su presidenta.

A todas las personas, en su mayoría desconocidas, que han dedicado unos minutos para contestar los cuestionarios y se han implicado en la difusión de los mismos por todo el territorio español.

Finalmente, a todas y cada una de las personas que me han guiado, supervisado y acompañado en el transcurso de mi trayectoria académica, contribuyendo a mi formación personal y profesional: a todos mis maestros y maestras, profesores y profesoras, supervisores clínicos y compañeros y compañeras de profesión.





<b>0.</b>	<b>Resumen</b> .....	13
<b>1.</b>	<b>Justificación teórica</b> .....	19
	1.1 Normas Éticas que deben regir la práctica profesional.....	27
	1.1.1 Confidencialidad.....	27
	1.1.2 Consentimiento informado.....	35
	1.1.3 Confidencialidad y consentimiento informado en Salud Mental Infantil.....	40
	1.1.4 Establecimiento de la relación terapéutica: las relaciones duales.....	45
	1.2 Aspectos éticos de las intervenciones e investigación en Salud Mental.....	73
	1.2.1 Evaluación psicológica.....	73
	1.2.2 Intervenciones psicoterapéuticas.....	78
	1.2.3 Investigación con participantes humanos.....	87
<b>2.</b>	<b>Hipótesis y Objetivos</b> .....	93
<b>3.</b>	<b>Método</b> .....	97
	3.1 Participantes.....	99
	3.2 Instrumentos.....	99
	3.3 Procedimiento.....	101
	3.3.1 Fase de confección de los cuestionarios.....	101
	3.3.2 Fase de obtención de la muestra.....	106
	3.4 Tratamiento estadístico de los datos.....	107
<b>4.</b>	<b>Resultados</b> .....	109
	4.1 Datos preliminares.....	111
	4.2 Datos sociodemográficos y profesionales.....	112
	4.3 Análisis de las respuestas.....	116
	4.4 Resultados en función de las hipótesis formuladas.....	117
	4.4.1 Ítems controvertibles y variables profesionales.....	117

4.4.2	Resolución deontológica y variables profesionales.....	120
<b>5.</b>	<b>Discusión.....</b>	<b>135</b>
5.1	Valoración deontológica y ocurrencia de las situaciones planteadas.....	137
5.1.1	Confidencialidad y consentimiento Informado.....	137
5.1.2	Confidencialidad y consentimiento Informado en menores.....	138
5.1.3	Relaciones duales.....	140
5.1.4	Evaluación psicológica.....	146
5.1.5	Psicoterapias.....	148
5.1.6	Investigación.....	153
5.2	Variables que influyen en la valoración deontológica.....	157
5.2.1	Categoría profesional y ámbitos específicos de trabajo.....	157
5.2.2	Experiencia profesional.....	158
5.2.3	Orientación psicoterapéutica.....	159
5.2.4	Formación legal y ético-deontológica.....	159
5.2.5	Consulta del código deontológico.....	160
5.2.6	Formación sanitaria especializada vía residencia.....	160
<b>6.</b>	<b>Conclusiones.....</b>	<b>163</b>
<b>7.</b>	<b>Consideraciones prácticas, limitaciones y perspectivas futuras.....</b>	<b>167</b>
7.1	Consideraciones prácticas.....	169
7.2	Limitaciones.....	171
7.3	Perspectivas futuras.....	173
<b>8.</b>	<b>Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>175</b>
<b>9.</b>	<b>Anexos.....</b>	<b>201</b>
<b>Anexo 1.</b>	Escala de ajuste ético y deontológico en salud mental.....	203
<b>Anexo 2.</b>	Redacción inicial de ítems.....	225
<b>Anexo 3.</b>	Juicio de expertos.....	233
<b>Anexo 4.</b>	Cuestionario de perfil sociodemográfico y profesional.....	237
<b>Anexo 5.</b>	Consentimiento informado, condiciones de participación e instrucciones de cumplimiento.....	241

**Tabla 1:** Dimensiones e ítems del cuestionario

**Tabla 2:** Sexo de los participantes

**Tabla 3:** Edad de los participantes

**Tabla 4:** Comunidad autónoma de los participantes

**Tabla 5:** Categoría profesional de los participantes

**Tabla 6:** Obtención de la especialidad vía residencia (u otro circuito de rotación)

**Tabla 7:** Orientación psicoterapéutica

**Tabla 8:** Años de práctica profesional

**Tabla 9:** Dispositivo asistencial

**Tabla 10:** Consulta del código deontológico

**Tabla 11:** Formación legal y/o deontológica

**Tabla 12:** Atención a menores

**Tabla 13:** Clasificación de los ítems

**Tabla 14:** Mediana (Mdn) y amplitud semi-intercuartil (ASI) de los ítems

**Tabla 15:** Controversia y experiencia profesional

**Tabla 16:** Controversia y formación legal y deontológica

**Tabla 17:** Resolución deontológica y años de experiencia profesional

**Tabla 18:** Resolución deontológica y categoría profesional X consulta del código

**Tabla 19:** Resolución deontológica en ingresos hospitalarios

**Tabla 20:** Resolución deontológica en evaluación psicológica

**Tabla 21:** Resolución deontológica y obtención del título de especialista vía residencia

**Tabla 22:** Resolución deontológica y formación en aspectos éticos y legales

**Tabla 23:** Resolución deontológica y orientación terapéutica

**Figura 1:** Número de ítems controvertibles en función de los años de práctica profesional

**Figura 2:** Años de experiencia profesional y ajuste ético de los profesionales en los ítems significativos de la dimensión *confidencialidad* y *consentimiento informado*

**Figura 3:** Años de experiencia profesional y ajuste ético de los profesionales en los ítems significativos del resto de dimensiones

**Figura 4:** Consulta del código deontológico y ajuste ético de los profesionales en los ítems significativos del resto de dimensiones

**Figura 5:** Categoría profesional y ajuste ético de los profesionales en los ítems 9 y 31

**Figura 6:** Categoría profesional y ajuste ético de los profesionales en los ítems 1 y 38

**Figura 7:** Formación en aspectos deontológicos y legales y ajuste ético de los profesionales en los ítems significativos

**Figura 8:** Orientación terapéutica y ajuste ético de los profesionales en los ítems significativos de la dimensión *relaciones duales*

**Figura 9:** Orientación terapéutica y ajuste ético de los profesionales en los ítems significativos de la dimensión *psicoterapia e intervención*

**Figuras Anexas 1 a 12:** Porcentaje e incidencia de las dimensiones analizadas.

## **0. RESUMEN**

---



La ética es considerada como el estudio de la conducta en relación a la corrección o incorrección de una acción y a la bondad o maldad de sus motivos o fines (Bloch, Chodoff y Green, 2001); la bioética es el nuevo rostro de la ética científica (Gracia, 2008) que pretende, en su vertiente clínica, analizar los valores que acompañan a los hechos clínicos.

La normativa ética y deontológica se desarrolla en los diferentes campos de intervención de la psicología clínica y de la psiquiatría, regulando la práctica profesional y guiando al clínico en sus actuaciones.

El interés por la ética y la deontología aplicada a la psicología se ha planteado desde numerosos estudios. Artículo de referencia es el clásico de Pope, Keith-Spiegel y Tabachnick (1987), estudio a partir del cual se han desarrollado numerosos trabajos y en el que se valida un cuestionario en el que se presentan a modo de dilemas 83 situaciones que pueden suceder a los profesionales de la psicología y de la psiquiatría en su práctica profesional.

La resolución de un dilema ético requiere de la reflexión por parte del clínico e incluso de la consulta con colegas o expertos. 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, entre otras (Chesler, 1986; Pope y Bajt, 1988; Gartrell, Herman y Olarte, 1986; Lamb, Catanzaro y Moorman, 2003; Somer y Saadon, 1999; Reschke y Kranich, 1996; Thoreson, Shaughnessy, Heppner y Cook, 1993).

El objetivo de este trabajo fue conocer la incidencia, la valoración ética y las dudas deontológicas en torno a algunas situaciones que pueden suceder en la práctica de los profesionales de salud mental en el ámbito público, presentadas en un cuestionario de elaboración propia refrendado por un juicio de expertos como garantes de la validez de contenido del mismo. Más específicamente, se pretende determinar qué situaciones resultan más controvertibles para los profesionales en su práctica profesional, así como conocer las diferencias en la valoración ética realizada de cada una de las situaciones planteadas en función de algunas variables de perfil profesional y sociodemográficas tomadas en consideración.

La muestra utilizada para este estudio fue de 308 profesionales (130 psicólogos clínicos, 80 psiquiatras, 68 psicólogos residentes y 30 médicos residentes), todos ellos ejercitantes actuales o en los últimos cinco años en el ámbito público.

Se utilizó un cuestionario de ajuste ético y deontológico de elaboración propia, inspirado en el cuestionario de Pope et al. (1987) y refrendado por un juicio de 6 expertos que depuraron y validaron 61 de los 92 ítems inicialmente propuestos. Se utilizó, asimismo, un cuestionario *ad hoc* para conocer las variables sociodemográficas y profesionales de los participantes.

El cuestionario de ajuste ético se refiere a situaciones que ocurren o podrían ocurrir en la práctica de los profesionales de la salud mental relacionadas con cinco dominios diferentes: (1) evaluación psicológica, (2) psicoterapias, (3) relaciones duales, (4) investigación y (5) confidencialidad y consentimiento informado.

Tanto el cuestionario de ajuste ético y deontológico como el de perfil sociodemográfico y profesional fueron distribuidos por toda España, obteniéndose 308 respuestas (209 mujeres y 99 hombres).

Se analizaron las situaciones de alto y bajo consenso, así como aquellas en las que los profesionales referían tener mayores dudas deontológicas. Se relacionaron algunas variables de perfil profesional con la valoración ético-deontológica realizada a algunas situaciones.

Los resultados ponen de manifiesto que los profesionales con menor experiencia profesional presentan más dudas deontológicas que el resto: sin embargo, a partir del primer año de experiencia, las situaciones que generan dudas a los clínicos y residentes en formación son similares.

Por otro lado, 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, fundamentalmente si los clínicos han realizado la formación sanitaria especializada. Así, los profesionales van ajustando sus valoraciones éticas a medida que avanzan en su trayectoria profesional. Sin embargo, entre los profesionales que cuentan con más de 10 años de experiencia clínica, sólo los que han realizado la formación sanitaria especializada mejoran su competencia ético-deontológica



con respecto a los que tienen menos años de experiencia profesional. En este sentido, se ha constatado que la consecución del título de especialista vía residencia, psiquiatra o psicólogo clínico, se relaciona con una valoración más ajustada a las normas ético-deontológicas y legales en la dimensión de confidencialidad y consentimiento informado, no ocurriendo lo mismo en otras dimensiones.

De modo general, los profesionales que refieren haber consultado el código deontológico no realizan valoraciones éticas más ajustadas a las normas deontológicas respecto de los que nunca han consultado el código.

Respecto al trabajo habitual en un ámbito, éste se relaciona con una ejecución más ajustada desde el punto de vista ético-deontológico y legal en las situaciones que tienen que ver con ese ámbito específico. Así, psicólogos clínicos y residentes, frente a los psiquiatras, resuelven mejor los ítems referidos a evaluación psicológica; por su parte, son los psiquiatras quienes realizan valoraciones más ajustadas a las normas respecto a los ingresos hospitalarios en salud mental.

La formación en aspectos legales y deontológicos no se relaciona con las diferencias observadas en la valoración otorgada a las situaciones planteadas en el cuestionario por parte de los profesionales, si bien hemos señalado la necesidad de que se implementen programas de formación reglada en el transcurso de la formación sanitaria especializada.

Por otro lado, la orientación psicoterapéutica desde la que el profesional interviene se erige como una variable explicativa de las diferencias halladas en las valoraciones de algunas situaciones relacionadas con la dimensión “psicoterapia e intervención” así como con la dimensión “relaciones duales”, siendo los terapeutas sistémicos de nuestro estudio los que ofrecen más dificultades para valorar algunas situaciones conforme a las normas éticas y legales.

Se reflexiona en torno a la necesidad de revisar unos códigos deontológicos que resultan excesivamente lacónicos y poco clarificadores para los profesionales y, especialmente, la necesidad de revisión del Código Deontológico de Psicólogo que está vigente desde 1987 y se propone, además, el desarrollo de árboles de decisión respecto a situaciones controvertibles.



## **1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA**

---



La ética, considerada como el estudio de la conducta en relación a la corrección o incorrección de una acción y a la bondad o maldad de sus motivos o fines (Bloch, Chodoff y Green, 2001), se ha construido con conocimientos encaminados a responder a la pregunta cómo vivir (Compte-Sponville, 2005). Por su parte, la bioética es considerada el nuevo rostro de la ética científica (Gracia, 2008), orientada por tanto para el desarrollo de la ciencia (Potter, 1970), analizando para ello los valores que acompañan a los hechos clínicos en el contexto de las actividades asistenciales e investigadoras con personas. 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 tienen en la vida humana, así como por el daño que la sociedad industrial ha provocado en los ecosistemas (Engelhardt, 2004).

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.

En la teoría referida, se desarrollan cuatro principios fundamentales:

1. **Autonomía** o respeto a la capacidad de la persona para tomar decisiones propias y libres de coacciones externas. 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.

2. **No maleficencia** o intención de no generar daños o perjuicios a los pacientes o, en el caso de ser necesario, generar el mínimo posible. Este principio fue ya formulado en la medicina hipocrática, *primum, non nocere* (ante todo, no hacer daño).

3. **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.

4. **Justicia** o imparcialidad en el reparto de costes y beneficios. También llamado principio de equidad, 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.

En el ámbito de la medicina, los códigos de ética y deontología profesional datan de los albores de dicha ciencia: 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. 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 el ámbito de la Psicología, el Código Deontológico del Psicólogo (COP, 1987-2010-2014)<sup>1</sup>, el Metacódigo de la EFPA (2005) así como el Código Ético de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2002-2010) marcan las directrices en torno a la adecuación deontológica de las actuaciones profesionales.

Estos códigos deontológicos se han desarrollado en base a los principios bioéticos antes referidos, asentándolos en sus principios. Como por ejemplo, el Código Ético de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2002-2010)<sup>2</sup>, cuyos principios generales (beneficencia, no maleficencia, fidelidad y responsabilidad, integridad, justicia y respeto por los derechos y la dignidad de las personas) guardan una estrecha correspondencia con los antes referidos.

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

<sup>1</sup> El Código Deontológico del Psicólogo/a actualmente vigente se aprobó en 1987, habiendo sufrido pequeñas modificaciones al tenerse que adaptar a la Ley *Omnibus* en 2010 y posteriormente, en 2014, siguiendo las recomendaciones de la CNMC

<sup>2</sup> La versión actual de los principios éticos de los Psicólogos de la APA es de 2002, si bien en 2010 se realizaron algunas modificaciones con enmiendas a dos de sus normas.

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 deontológicos profesionales que no aclaran cuáles serían las vías de solución ajustadas a la ética frente a decisiones difíciles generadoras de conflictos entre los principios de la bioética. Estos vacíos, que se pretenden corregir en las revisiones y actualizaciones deontológicas de los códigos éticos y, sobre todo, a través de formación reglada ético-deontológica de futuros profesionales de la salud mental, pudieran dar lugar a disparidad de criterios valorativos en cuanto a la adecuación o inadecuación de determinadas situaciones profesionales que, por otro lado, resulta del todo improbable que estén contenidas en su totalidad por muchas actualizaciones que se realicen.

El interés por la ética y la deontología aplicada a los psicólogos se ha planteado desde numerosos estudios nacionales e internacionales (Montgomery, Cupit y Wimberley, 1999; Pope, Tabachnick y Keith-Spiegel, 1987; Pope y Vetter, 1991). Un artículo de referencia sigue siendo el referido y ya clásico trabajo de Pope et al. (1987), estudio a partir del cual se han desarrollado numerosos trabajos que han pretendido el análisis de las valoraciones éticas por parte, entre otros, de psicólogos, trabajadores sociales y psiquiatras en torno a distintas actuaciones profesionales presentadas, en su mayoría, a modo de dilemas. Esta investigación, que pretendía la determinación del 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 (por citar sólo 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 toda actividad profesional, por frecuente que sea, de psicólogos clínicos y psiquiatras conlleva el juicio ético de las situaciones en las que estas actividades se producen. Si bien las normas éticas no son leyes (Chamarro, 2007) sino recomendaciones orientadas al ejercicio responsable de la profesión, los profesionales han de enjuiciar múltiples aspectos en su quehacer clínico diario, cada uno de ellos con matices diferenciadores. Por ejemplo, si se mantiene o no la confidencialidad en

situaciones especiales; la estrategia de consecución del consentimiento informado del paciente para procedimientos evaluativos, terapéuticos o investigadores; el mantenimiento de los límites profesionales; la garantía de una relación terapéutica que, aunque asimétrica, respete la autonomía del paciente sin caer en actitudes paternalistas; cómo y de qué manera comunicar al paciente los resultados de un estudio psicométrico; cuándo finalizar el tratamiento psicológico o cuándo, en el contexto de menores cuyos progenitores son desconocedores de la atención en salud mental, iniciar o rechazar una valoración psicológica. Pope y Vetter (1992), en un estudio con 1319 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%), seguidos por aquellas situaciones relacionadas con el mantenimiento de los límites terapéuticos (17%). Respecto a los menores, Gracia, Jarabo, Espíldora y Ríos (2001) señalan que la cuestión del consentimiento informado en el caso de los mismos es una de las cuestiones más complejas y debatidas, también una de las que más angustian a los clínicos, lo cual nos advierte no sólo de dicha complejidad en la resolución de dilemas éticos, sino también de las repercusiones emocionales en los profesionales, lo cual nos lleva a considerar la necesidad de directrices que orienten al respecto.

Un dilema ético surge cuando entran en colisión dos deberes de obligado cumplimiento, es decir, cuando la única manera de cumplir con una obligación es infringiendo otra. Así, 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. 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, entre otras (Lamb, Catanzaro 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 y cautela. Casi todas las asociaciones profesionales incluyen en sus códigos de ética modelos de toma de decisiones: la Asociación Canadiense de Psicología (APC) fue una de las primeras en incluir un proceso de toma de decisiones éticas; más recientemente, el Consejo de ética de la EFPA (2015) ha propuesto un modelo de toma de decisiones con los siguientes pasos a seguir ante una situación que implique un dilema ético:

- 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 donde están involucrados altos niveles de emoción y riesgo.

## **1.1 Normas éticas que deben regir la práctica profesional**

---

### **1.1.1 Confidencialidad**

La confidencialidad constituye un valor deontológico nuclear, inculcado y asumido tanto por parte de los profesionales de la salud como por los propios usuarios y/o pacientes, a la que se considera una necesidad intrínseca en la ética de las relaciones profesionales. 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 sigilo que compromete a quien o quienes reciben tal confidencia (Carasevici, 2014). En tanto que norma deontológica y jurídica, la confidencialidad ha de ser salvaguardada por parte de psicólogos clínicos y psiquiatras, siendo además un elemento esencial y distintivo de la relación psicoterapéutica mantenida entre clínico y paciente (Núñez-Cortés, 2014). Los pacientes inician una psicoterapia por una variedad de razones que incluyen el alivio o mejoría del sufrimiento emocional, la resolución de conflictos interpersonales o el crecimiento personal, entre otros. 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. Estas revelaciones se producen con la expectativa de que el terapeuta 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 estaría lejos de ser considerada un asunto del todo cerrado y aclarado, no habiendo permanecido al margen del debate ético (Carasevici, 2014), en tanto el terapeuta se sitúa a menudo en la controversia de mantener la confidencialidad y, por otro lado, de romper la misma dadas las múltiples peticiones. Así pues, la confidencialidad no sólo es el valor ético más asumido, 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 adherirse 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 estuvieron motivadas 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, le 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 éstos 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, Sheridan, Abbot 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 actitudes prejuiciosas 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. 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, debería también explicar al paciente su decisión e intentar, antes de nada, obtener su consentimiento.

### ***Regulación legal 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 confidencialidad de la información revelada al clínico. Con respecto al personal no sanitario, la mencionada Ley establece en su artículo 61 el deber de guardar secreto por quienes tengan acceso, en virtud de sus competencias, a la historia clínica.

La Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente, Derechos y Obligaciones en materias de Información y Documentación Clínica señala en su artículo 7 el derecho a la intimidad de las personas, explicitándose que **“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”**.

Por su parte, la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal considera a los datos relativos a la salud de los ciudadanos como información especialmente protegida, obligando al personal sanitario a mantener en secreto cualquier información obtenida en el trascurso de la relación clínico – paciente.

Desde las Comunidades Autónomas, se han añadido distintas normativas que vienen a ratificar el deber de secreto profesional. 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 Intimidación 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 éstos, 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 Intimidación 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, no siendo necesario que se produzca un daño para la persona.

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 (artículo 410) o peritos (artículo 411) por imperativo legal. Otra de las excepciones al mantenimiento del secreto profesional es la revelación de las enfermedades de declaración obligatoria con fines epidemiológicos y de prevención, recogidas en el Anexo de la Resolución de la Dirección de Salud Pública de 22 de diciembre de 1981. 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, aluden indirectamente a la posibilidad de revelar información confidencial con el fin de controlar las enfermedades transmisibles a nivel poblacional.

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. Es importante en estos casos adoptar las medidas oportunas para que el reconocimiento del paciente no sea posible.

### ***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 actual (2011) desarrolla en su capítulo V la normativa respecto al secreto profesional. Considera, en sus artículos 27 y 28, al secreto médico como uno de los pilares en los que se asienta la relación médico-paciente y enfatiza la obligación del mantenimiento 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 de los datos:

- 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 éste permita tal situación.
- e. En caso de malos tratos, especialmente a niños, ancianos y discapacitados psíquicos o actos de agresión sexual.
- f. Cuando sea llamado por el Colegio a testificar en materia disciplinaria.
- g. Aunque el paciente lo autorice, el médico procurara siempre mantener el secreto por la importancia que tiene la confianza de la sociedad en la confidencialidad profesional.
- h. Por imperativo legal:
  - 1) En el parte de lesiones, que todo médico viene obligado a enviar al juez cuando asiste a un lesionado.
  - 2) Cuando actúe como perito, inspector, médico forense, juez instructor o similar.

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.

Por su parte, el Código Deontológico del Psicólogo (COP, 1987-2010-2014) considera los aspectos relacionados con la confidencialidad y el consentimiento informado a los 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 sólo 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 éste pueda revelar información a terceros. Además de lo anterior, el Metacódigo de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA, 2005) menciona la obligatoriedad de los psicólogos de proporcionar al sistema legal sólo 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.

### ***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 tienen acceso a la historia clínica del usuario. Respecto de 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, éstos no deberían tener acceso a información profesional sensible 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. 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 y datos de terceros. Es conveniente informar exclusivamente 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).

### ***Las Terapias de Grupo***

La psicoterapia de grupo crea dilemas éticos adicionales para los terapeutas en tanto resulta más complicado mantener los principios deontológicos de la confidencialidad (Lasky y Riva, 2006). Estos autores hallaron que el 34% 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 sólo no lo estarían de igual modo sino que tampoco tendrían conciencia de las consecuencias legales de su quebrantamiento (Rapin, 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 ésta puede ser quebrantada inintencionadamente.

### ***Importancia de la confidencialidad en psicoterapia***

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% de los mismos mantienen secretos relevantes a sus terapeutas (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 éstos relaciones terapéuticas más débiles.

### **1.1.2 Consentimiento Informado**

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). El derecho de los pacientes a conocer la información disponible respecto de su salud, exige de los profesionales la comunicación responsable 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. Por lo general, éste se efectúa 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).

Por su parte, 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 de Bean, Nishisato, Rector y Glancy (1994), el McArthur Competence Assesment Test (Grisso y Appelbaum, 1995) o el Capacity Assesment 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 sólo el principio de beneficencia que se le suponía al referido paternalismo sino también el de autonomía del paciente. Así, 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, sólo 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. Y 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 implique el respeto a la autonomía del mismo.

### ***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. En salud mental, tanto para procedimientos evaluativos como para intervenciones psicoterapéuticas, es igualmente obligado, 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 psicoterapias de orientación psicoanalítica, que se han apoyado tradicionalmente en actuaciones 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 complejidad 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, sólo 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). Sin embargo, la Ley Básica 41/2002 exige el consentimiento informado y, con independencia de que éste pudiera prestarse verbalmente en las intervenciones psicoterapéuticas, debería siempre registrarse en la historia clínica del usuario.

### ***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 Osheroff (Grunberg, 1990). En 1982, Osheroff, médico de profesión, fue sometido a varios meses de tratamiento en el Chesnut 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 habersele informado de que la medicación era una alternativa a la psicoterapia al no hallar respuesta con ésta.

Los beneficios del Consentimiento Informado en el específico campo de la Psicoterapia se dividen en dos grandes categorías: el empoderamiento de los pacientes en su proceso terapéutico y la protección de la información que éstos proporcionan en el transcurso de la psicoterapia. Respecto del empoderamiento, se ha demostrado que proveer a los pacientes de información hace que éstos 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).

Pero 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 diálogo 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 podría 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 éstas 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 pudieran asesorar sin 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, ésta 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).

### ***Ingresos Hospitalarios en Salud Mental***

En salud mental, los ingresos hospitalarios de personas adultas pueden ser involuntarios o voluntarios.

Entre los primeros, encontramos los casos en los que existiendo una condición psicopatológica en la que, siendo necesario el tratamiento, 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. En cualquier caso, un ingreso involuntario requerirá que los profesionales pongan en conocimiento del Juez el internamiento (Art. 763, LEC) y, en cualquier caso, antes de 24 horas de producido el ingreso. 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.

Por otro lado, como posteriormente se referirá, los ingresos hospitalarios de menores requerirán siempre de autorización judicial, con independencia de que los tutores legales o progenitores de los mismos estén o no de acuerdo con dicho ingreso.

En los ingresos voluntarios, los pacientes mantienen su capacidad para tomar decisiones si bien, tanto en lo relativo a la aceptación voluntaria del ingreso como de las medidas terapéuticas.

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

### **1.1.3 Confidencialidad y consentimiento informado en salud mental infantil**

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 Ramirez, 2002, entre otros).

El marco jurídico de protección a la infancia ha sufrido una considerable 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 y la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor (Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor 1/1996) han venido a sustentar las bases del posterior desarrollo jurídico en torno a la protección de los menores.

El artículo doce de la Convención sobre los Derechos del Niño establece 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 afecten al niño, 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.

La Ley del Menor reconoce la plena titularidad de los derechos en los menores de edad y su capacidad progresiva para ejercerlos. Pero es en la Ley de Autonomía del Paciente (Ley Básica 41/2002) donde se hace referencia al concepto de mayoría de edad sanitaria, situándose ésta en los 16 años para la toma de decisiones que afectan a la salud. 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, 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.

### ***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 sólo 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).

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 ésta sea digital, debieran restringirse sólo a los detalles relevantes del menor, eliminando el material sensible de otros miembros de la familia, circunstancia ésta que en el ámbito público no siempre es posible debido a las características de los programas informáticos utilizados.

### ***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 éstas sean ejercidas de modo consciente, voluntario y libre (Ley Básica 41/2002, Beauchamp y Childress, 2009). En este sentido, el enfoque paternalista (Gracia y Judez, 2004) 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.

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 Básica 41/2002), 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).

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 (Ley Básica 41/2002 y Arroyo, 2009).

Es por debajo de los 16 años cuando se requiere considerar la madurez del menor, circunstancia no siempre exenta de controversia en tanto, como se ha dicho, resulta imprescindible determinar el grado de madurez para la toma de decisiones sanitarias (Del Río, 2010). La Psicología Evolutiva, y más concretamente las teorías del desarrollo moral (Piaget, 1932 y 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, a razonar 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 emocionalmente excitados 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 Básica 41/2002). La doctrina del menor maduro concede el ejercicio paulatino de estos derechos a partir de los 12 años de edad siempre que el menor se halle capacitado a tenor del juicio que el clínico realiza.

### ***Menores cuyos progenitores están divorciados***

El consentimiento por representación adquiere tintes singulares cuando nos referimos a menores cuyos progenitores están divorciados. Es frecuente (Shumaker y Medoff, 2013) 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. Estos autores proponen y desarrollan árboles de decisión en torno a esta circunstancia.

Con relación a este aspecto, es importante la diferenciación entre Patria Potestad y Custodia. Si la primera es generalmente ejercida por ambos progenitores (artículo 156 del Código Civil), la custodia es ostentada generalmente por uno solo de ellos.

Dado que el ejercicio de la patria potestad suele ser conjunto, ambos progenitores van a ostentar 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). Sin embargo, 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 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 Básica 41/2002), sin que esto implique que, en cuanto sea posible, se recabe el consentimiento por parte del progenitor ausente.

Es decir, 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.

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 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 y 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, así es recogido en el artículo 763.1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. De este modo, sólo los menores emancipados o con 16 años cumplidos podrían ser internados de modo voluntario.

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).

#### **1.1.4 Establecimiento de la relación terapéutica: las relaciones duales**

Se entiende por relación dual o múltiple en psicoterapia a 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 múltiple 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, esto es, participan también de relaciones profesionales como investigadores, supervisores o tutores (Sonne, 2007).

Una doble relación se produce cuando un clínico establece algún tipo de relación social (no necesariamente intencionada) con un paciente, cuando accede a favorecerle de alguna manera ofreciéndole algún favor o privilegio, cuando mantiene una relación sexual o realiza negocios de algún tipo.

### ***Los límites en Psicoterapia***

Por propio diseño y necesidad, la relación psicoterapéutica es diferente a cualquier otra que terapeuta y paciente consentan. Como tal, esta relación se rige por un conjunto de límites que clarifican y definen 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. Es decir, la relación profesional entre un especialista de salud mental y un paciente ha de contar con límites claros en torno a ella. La presencia de estos 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 de explotación o daño (Smith y Fitzpatrick, 1995). Dicha relación se corresponde con la responsabilidad y funciones no sólo 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, aún con dificultades, a las prescripciones y pautas dadas por el especialista, 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 la ayuda para solventar sus

conflictos y la angustia que de ellos se deriva (Barnett, Lazarus, Vasquez, Morehead-Slaughter y Johnson, 2007). De este modo, la relación terapéutica resulta pues 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 sólo 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, ha de coexistir un desinterés personal que asegure el mantenimiento del primero. Transgredir límites e implicarse en relaciones duales provoca en el paciente no sólo 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, afectan a la capacidad del terapeuta para tratar objetiva y adecuadamente al paciente en la medida en que el interés personal hacia éste aumenta y se mantienen encuentros fuera de las sesiones. Estas “intervenciones”, que se producen al margen del contexto terapéutico, conllevan la ruptura de los límites de la relación profesional y comprometen la confidencialidad del paciente. Asimismo, se ha constatado el daño psicológico generado al paciente al activarse en éste sentimientos de abandono emocional. Esto es así porque las motivaciones del terapeuta para mantener encuentros extraprofesionales guardan relación con necesidades personales y no del paciente, lo cual favorece que el mismo no se sienta partícipe de una relación en la que la atención incondicional es fundamental sino que, por contra, se halla inmerso en otro tipo de encuentro donde los intercambios de intereses y afectos son mutuos. Pese a lo anterior, no todas las relaciones duales han de ser evitadas en el mismo nivel ni son tan inadecuadas tal como se recoge en la norma 3.05 del Código de Ética de la APA (2002-2010). Así, algunas de estas relaciones son perjudiciales en tanto pudieran conducir a la explotación o al daño del paciente, afectando negativamente a la objetividad y al juicio del psicólogo.

### ***La transgresión de los límites profesionales***

A inicio de los años 80 y hasta la segunda parte de los 90, 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 cruzar o no la línea que marca el límite profesional. Por ejemplo, Borys y Pope (1989) concluyeron que los terapeutas varones eran quienes más se implicaban en relaciones sociales (sexuales y no sexuales) con pacientes; también que los 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 contexto 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 inflexibles. Algo parecido ocurriría con el contacto físico. Si desde la orientación gestáltica éste 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.

Con respecto a los profesionales que trabajan en Unidades de Salud Mental Comunitarias y programan visitas domiciliarias, éstas 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 respecto a dicha relación dual (Younggren y Gottlieb, 2004). Dicho consentimiento debiera garantizar la información al paciente respecto a que éste puede poner fin en cualquier momento a la relación no terapéutica, sin que quedase afectada negativamente la relación profesional (Burian y Slimp, 2000).

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 aquél 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 si existe alguna preocupación en torno a que aspectos de su vida personal pudieran afectar al proceso terapéutico y en qué modo. Por ejemplo, pongamos por caso el de un paciente que acude a un dispositivo de salud mental para ser tratado de un cuadro depresivo grave reactivo al fallecimiento de dos de sus cuatro hijos en un accidente de tráfico. En una de las sesiones iniciales de terapia, éste pregunta a su terapeuta si tiene hijos y si tiene idea de lo que se les quiere. El terapeuta, en lugar de realizar una autorrevelación, responde preguntando al paciente si cree que habría diferencias en el modo de atenderle por este motivo o si se sentiría mejor o peor atendido en función de si tuviese o no hijos. 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, cogiéndole de las manos. Éste 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. Le pide así que vuelva a su sitio.

Tales ajustes pudieran resultar bruscos e incluso incómodos de delimitar para los profesionales, quienes pudieran 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.

### ***Dimensiones que suponen transgresiones de los límites***

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) donde 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.

#### Tiempo y Frecuencia entre las Citas

En algunas ocasiones, la alta presión asistencial que soportan algunos dispositivos de salud mental obliga no sólo 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 sólo 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 sólo 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 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.

### 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.

### Regalos y Honorarios

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 éste, 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 reprobable 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 éste 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, éstos 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 este tipo de regalos.

En definitiva, ante un obsequio el profesional debe preguntarse si el mismo va a afectarle de algún modo alguno 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.

### 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 determinadas posiciones teóricas, como las terapias humanistas, el uso de la autorrevelación podría concebirse como una técnica coherente con la perspectiva que mantiene este modelo (Barnett, 2014), el problema surge en cualquiera de los paradigmas desde los que se interviene cuando un terapeuta empieza a disfrutar de

estas autorrevelaciones, cuando las utiliza para su beneficio personal o cuando las mismas sobrecargan e incomodan al paciente.

### 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.

### ***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 80 situaban la prevalencia de estas conductas en el orden del 0,9% al 12,1% entre los terapeutas masculinos y del 0,2% al 3,1% entre las terapeutas mujeres (Pope, Tabachnick, y Keith-Spiegel, 1987), obteniéndose resultados similares en la revisión llevada a cabo por Pope y Vásquez (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% de los contactos sexuales con pacientes correspondían a terapeutas mujeres y que también un 20% 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 Vazques, 1999). Del Río (2005), en referencia a las causas de la mencionada tendencia decreciente señalada por la APA, añaden 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.

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

Del Río Sánchez, Borda Más y Martín Rodríguez (2003) realizaron un estudio con estudiantes de 4º y 5º curso de la ya extinta Licenciatura de Psicología con objeto de conocer la valoración que éstos realizaban en torno a diferentes situaciones que suponían el establecimiento de relaciones duales y, por tanto, la transgresión de los límites psicoterapéuticos, incluidas las relaciones duales de tipo sexual. Los autores hallan que los estudiantes encuentran dificultad para valorar como no éticas el establecimiento de relaciones duales: con respecto a las relaciones sexuales de tipo sexual, un 38% accedería a tener relaciones sexuales con pacientes actuales viéndose fuera de la consulta mientras que un más que sorprendente 12,5% de los estudiantes accedería a tener relaciones sexuales con los pacientes dentro de la propia consulta y durante el horario de la terapia.

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%, 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%, 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 un 88% de profesionales que 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 ésta 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 pudieran ser clínicamente apropiadas y no dieran 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 múltiples sería, a juicio de estos autores, determinante para valorar su adecuación.

### ***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. Diveros 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 resulta de considerar las relaciones con expacientes igualmente inadecuadas. Pritchett y Fall (2001) han desarrollado estrategias para evitar relaciones duales postterapéuticas 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 precisar 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.

Algunos otros 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, se han de mantener los límites claros respecto de la confidencialidad de la relación terapéutica previa y asegurar la expresión de los sentimientos en este sentido.

En cuanto a las interacciones sociales causales, éstas podrían generar problemas: (1) respecto del mantenimiento de la confidencialidad; y (2), el paciente podría sentirse mal 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 a los negocios entre un terapeuta y un ex paciente, son también considerados como éticamente problemáticos en tanto afecta a la representación del terapeuta interiorizado del paciente, favorece la dependencia del antiguo paciente a su terapeuta así como también 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 repartido en esa relación.

Otra posible relación tras la terminación de la terapia serían las relaciones con otros profesionales, es decir, cuando 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 en tanto se darían conflictos de roles. Los conflictos pueden darse no sólo 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 considerados culpables 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 satisfactorio 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 dicho, no hubo consenso entre los profesionales de psicología acerca de considerar o no las relaciones con antiguos pacientes como problemáticas. Entre las razones esgrimidas por éstos 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 de tiempo entre la terminación de la terapia y la constitución de la nueva relación, sugiriéndose un periodo 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 éstos 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 sólo 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. 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 sólo 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, refiere con contundencia la prohibición de la intimidad sexual con ex-pacientes 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 éticas el establecimiento de tales relaciones.

### ***Relaciones Duales entre un Facultativo y un Residente al que se 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 y 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 para participar en 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. Hemos de tener en cuenta que el periodo de residencia es, a menudo, difícil; 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 periodo formativo de transición para convertirse en profesionales especializados y son constantemente valorados en sus intervenciones; intentan por ello validarse como profesionales y terapeutas, concedores 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 sólo 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 aquéllas basadas en interacciones positivas, pudieran tener un efecto adverso en el proceso formativo (Gottlieb, Robinson y Youggen, 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. Estos autores 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 éste pudiesen afectarles en el transcurso de las intervenciones psicoterapéuticas. Además, como pacientes, los residentes tienen derecho a la protección de la confidencialidad respecto de lo revelado en una psicoterapia, siendo importante el sentimiento de libertad con que han de contar para expresar emociones, vivencias y sentimientos sin temor alguno a que éstos pudiesen ser utilizados en la evaluación.

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, VandeCreek y Knapp, 1990), dando prioridad al interés propio y a la preservación de la relación sexual. Además, los residentes podrían abstenerse de participar 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 supervisado 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).

### ***Los Códigos Deontológicos y las Relaciones Duales***

La última versión del Código Ético de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2002) resulta la más clarificadora respecto a las relaciones múltiples. En su norma 3.05, además de definir a 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 ésta 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.

Pero no sólo 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 mismos. Es un código también taxativo respecto a los vínculos sexuales con estudiantes, supervisados así como con ex-pacientes, 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 ex-pacientes, el código refiere la prohibición de involucrarse en relaciones sexuales durante, al menos, dos años después de la terminación de la terapia, habiendo también de 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 conflictivos 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.



A continuación se presentan algunas de las normas recogidas en diferentes códigos éticos:

**APA (2002-2010)**

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, éste 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 éstos 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: (1) 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; (2) delegar sólo 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 (3) observar que tales personas desempeñen dichos servicios competentemente.*

Norma 7.05. Terapia individual o grupal obligatoria

*(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 para una de las partes en un juicio de divorcio), los psicólogos tomarán medidas razonables para aclarar, modificar o sustraerse de los roles apropiadamente.*

10.08 Intimidad sexual con ex-clientes/pacientes

*(a) Los psicólogos no se involucrarán en intimidad sexual con ex-clientes/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 ex-clientes/pacientes aún 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 ex-cliente/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.*

### **EFPA (2005)**

No de manera tan exhaustiva, el Meta-código 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 aún después de la terminación de la intervención psicológica.

Algunas de las referencias las encontramos en:

#### 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 aún después de que ésta formalmente haya concluido, por lo que aún se mantiene la responsabilidad profesional (EFPA, 1995).*

### **COP (1987-2010-2014)**

Por su parte, en el Código Deontológico del Psicólogo actual, vigente desde 1987, 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 Meta-Código 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:

*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*

#### ***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 género 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 éstos 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 constatada en los 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 ejercientes 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 así como en 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); 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.

Barnett (2014) refiere tres grandes causas explicativas de las transgresiones profesionales de los terapeutas: (1) Ignorancia del profesional; (2) Problemas relacionados con la competencia profesional; y (3) problemas de índole caracterial. Con respecto a la primera, un terapeuta ignorante sería aquél 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 concededores 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 comunmente asociados a la transgresión sexual con pacientes o a los trastornos psicopatológicos que subyacerían al establecimiento de estas relaciones duales.

Keith-Spiegel y Koocher (1985) hallan perfiles en base al análisis de más de 100 casos de transgresiones sexuales inapropiadas por parte de terapeutas; Simon (1992) establece cinco grupos de terapeutas; finalmente, Gabbard (2001) propone 4 perfiles de terapeuta transgresor en base a características psicopatológicas o rasgos de personalidad desadaptados (véase Del Río, 2005).

### ***Relaciones Duales y Modelos de Toma de Decisión***

Aunque lo deseable es evitar las relaciones duales, éstas no siempre pueden ser rechazadas por parte del profesional e incluso algunos autores (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 obligaría al profesional a evaluar de forma prospectiva las situaciones que de la relación dual pudieran generarse y los riesgos derivados de las mismas. Se ha de tener en cuenta que el establecimiento de una relación dual no sólo comporta un riesgo para el paciente sino también para el clínico (Younggreen, 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. Algunos de estos modelos de toma de decisión son: (1) el modelo de Gottlieb (1993); el modelo de Younggren (2002); y (3) el modelo de Pope y Keith-Spiegel (2008). Del Río (2005) desarrolla los dos primeros modelos, siendo el tercero, por ser el más reciente, el que exponemos a continuación.

Pope y Keith-Spiegel (2008) han desarrollado un modelo de toma de decisiones donde se proponen 9 pasos para guiar al terapeuta en la valoración ética de la relación dual y así considerar si ésta supone una transgresión útil o dañina; de apoyo al paciente o perjudicial para el mismo y para la intervención psicológica.

Paso 1: Imaginar el mejor y el peor de los resultados posibles de transgredir los límites profesionales y de no transgredirlos. ¿Cruzar o no cruzar 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 las publicaciones 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 éste 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 informado, cómo se trabaja y qué tipo de psicoterapia se practica. Si el paciente se siente incómodo, explorar este sentimiento y orientar al paciente para que acuda a otro profesional.

Paso 7: Recomendar a 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 éste 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.



## **1.2 Aspectos éticos de las Intervenciones e Investigación en Salud Mental**

---

### **1.2.1 Evaluación**

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.

La evaluación psicológica es la disciplina de la Psicología científica que explora y analiza el comportamiento a nivel motor, fisiológico o cognitivo, de un sujeto o 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 utilidad de los test psicológicos (Muñiz, Hernández y Ponsoda, 2015) se asienta sobre tres pilares: la adecuada preparación de los profesionales, la utilización de pruebas con propiedades psicométricas adecuadas y el uso adecuado de las mismas.

#### ***La adecuada capacitación de los profesionales***

Los profesionales que hacen uso de los test psicológicos han de poseer unos conocimientos psicométricos sólidos y un profundo conocimiento de los aspectos implicados en el proceso evaluativo (ITC, 2014). La causa más frecuente del uso inapropiado de los test es una formación deficitaria de los evaluadores.

Teniendo en cuenta las áreas de conocimiento implicadas en el proceso evaluativo, los evaluadores han de estar formados en la teoría clásica de los test (propiedades de los mismos, tales como fiabilidad, validez, estandarización, sesgo o análisis de ítems, entre otros); los principios de la medición para entender adecuadamente

los resultados; las teorías, modelos y constructos medidos; finalmente, formación respecto del abanico de test disponibles.

En cuanto a la competencia y el uso apropiado de los test, la APA (2002-2010) 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, remarcan 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).

### ***El buen uso 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), no han de utilizarse test obsoletos ni mucho menos basar decisiones importantes en los resultados obtenidos en los mismos, ya que podrían resultar inapropiadas.

Los profesionales que utilizan test psicológicos deben actuar de forma ética, siendo competentes en el uso de los test, 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 es no exponiendo 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; finalmente, no permitir al usuario el acceso a medios, como calculadoras o móviles, no permitidos durante la prueba.

### ***Evaluación online***

No todos los procedimientos de evaluación psicológica van a poder implementarse a través de la red. Sólo aquéllos convenientemente validados para su implementación online y colgados 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.

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. Como consecuencia, 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). Buchanan (2002) sugiere la importancia del uso prudente de los test online sólo después de una validación rigurosa, algo que también remarca la Asociación Americana de Psicología (APA, 2002-2010), para la que las normas y los criterios de los cuestionarios online debieran 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.

En cualquier caso, los peritajes online deben ser evitados, mientras no existan procedimientos que garanticen la validez de las intervenciones evaluativas diseñadas para tal fin.

Existen ventajas derivadas de la utilización de las evaluaciones online, como la facilidad de realizar test, cuestionarios o escalas a través de la red, la facilidad en el manejo de los datos obtenidos, el menor número de errores en la introducción de dichos datos durante el proceso de transcripción, el menor coste de realización para el evaluador y, finalmente, 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 y Leece et al., 2004). Entre las desventajas, 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). Además, los datos obtenidos a través de la red podrían almacenarse en sitios no seguros, por lo que habría que considerar siempre la utilización de sitios seguros que hagan uso de unidades encriptadas para el almacenamiento de los datos y los archivos que los contienen. Igualmente, 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).

### ***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 de 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.

Sin embargo, las devoluciones de resultados no han de limitarse al alta del paciente sino, 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 éste. Entre estas dificultades se incluirían la incomodidad de tener que dar malas noticias, adaptar la jerga profesional al lenguaje del cliente o tener que informar, después de un proceso con frecuencia largo, sobre unos resultados aparentemente escasos.

Los profesionales han de ser cautos en las apreciaciones que sus informes contienen, evitando afirmaciones que no estén lo suficientemente comprobadas o que hagan uso de etiquetas despreciativas hacia las personas evaluadas. Por supuesto, en ningún caso deben contener datos no autorizados de terceros. Además, han de formular sus conclusiones con precisión, rigurosidad e independencia de criterio, fundamentando a las mismas en base al conocimiento científico e incluyendo a 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. En caso de que haya una orden judicial para revelar la información de los test, los psicólogos deben procurar la protección adecuada ante cualquier intento de divulgación o publicación de los mismos (APA, 2002-2010).

En algunos 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, la petición de informe clínico ha de solicitarlo la persona evaluada o los representantes legales en los casos en los que el paciente es menor de 16 años o está 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.

### **1.2.2 Intervenciones Psicoterapéuticas**

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; Kusters 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).

Los problemas éticos que pueden darse en este contexto incluyen los relacionados con actitudes prejuiciosas o discriminatorias del profesional hacia el usuario de la psicoterapia, con el consentimiento informado, con la transgresión de los límites profesionales, con la confidencialidad de la información revelada al terapeuta, con la implementación de técnicas psicológicas de eficacia no probada o con la falta de capacitación del profesional para ejercer un determinado modelo terapéutico.

Existen varias 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 a las

psicoterapias individuales, de grupo o familiares, excluyéndose al psicoanálisis y a la hipnosis.

### ***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 sólo que deban estar al tanto de las bases teóricas y experimentales de las técnicas que utilizan en sus intervenciones, sino también que deban 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 indica 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.

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; Orlinsky, 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, Safran 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 abuso de la relación profesional. Así, tanto la capacitación técnica adecuada como la formación deontológica conveniente podrían minimizar estos efectos iatrogénicos de las intervenciones psicológicas.

### ***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 polémicas, dada la falta de consenso sobre la forma de medir los resultados y la postura de que 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).

Cualquier modalidad de psicoterapia requiere no sólo de cualidades técnicas por parte del terapeuta o del establecimiento de relaciones de colaboración entre éstos 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, siendo ésta responsable de la mayor parte del cambio observado en éste tras la realización de un tratamiento psicoterápico (Lambert, 1992). Además, dicha alianza no sólo implica un vínculo entre ambos, sino también 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).

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 et al., 2010).

Los profesionales han de esforzarse por beneficiar a las personas con las que interactúan profesionalmente (APA, 2002-2010), asumiendo la responsabilidad de no hacerles daño. La elección del tratamiento psicoterapéutico ha de procurar, por tanto, no sólo atenerse a este principio sino también alejarse de posicionamientos 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.

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 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 éstos sean paliativos.

### *Sesgos 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. 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 éstas dirigidas sobre todo a la homosexualidad masculina frente a la femenina.

Es importante aceptar que ni psicólogos clínicos ni psiquiatras son inmunes a los prejuicios, reconociendo la necesidad de esforzarse 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 aquéllos con patología irreversible (Holmes, 1992), todo ello matizado por la fase del trastorno en la que se halle en 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 precisar de sesiones muy continuadas, siendo esta frecuencia innecesaria en una fase más defectual 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. Y no sólo 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 sólo al 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 mejorar 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).

### ***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 éste se enfrente a la necesidad de valorar como disfuncionales algunas situaciones familiares o patrones de relación que nunca antes habían sido enjuiciadas como problemáticas 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, ésta 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 (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 ésta 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.

### *Terapias on-line*

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, 2015), en 2015, el 78,7% de los hogares españoles disponían de acceso a internet, cifra que duplica al 38% 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 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).

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 éste utilice.

En las sesiones típicas de terapia, el profesional tiene acceso a los aspectos no verbales de la comunicación. Éstos incluyen a 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 han sido señaladas 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 están creciendo. Algunos estudios señalan la eficacia de las terapias virtuales para algunos trastornos (Andersson y Cuijpers, 2009; Cowperrwait y Clarke, 2013; Stefan y David, 2013; Vernmark y 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 confidencialidad, evitando la utilización de programas no seguros como Skype (Del Río, 2017). 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.
- 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 ésta 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.

- 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 (Del Río, 2003, 2005, 2017).

### **1.2.3 Investigación con participantes humanos**

La investigación en salud mental forma parte de las actividades profesionales de psicólogos clínicos y psiquiatras y sin duda contribuyen al desarrollo de ambas disciplinas. Los psicólogos y los médicos 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 (CGCOM, 2011). La necesidad de la investigación es, por tanto, indiscutible. Tan es así que se ha propuesto que en la jornada laboral ideal de los clínicos estuviese contemplada (Ley 14/2007).

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 argumentando 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 éstas fundamentalmente en el consentimiento libre y voluntario así como a 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, 2013).

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 personas 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 de distribuyan equitativamente.

### ***Confidencialidad y Consentimiento Informado en Investigación***

El consentimiento informado da cuenta del respeto a la autodeterminación del paciente, particularmente válido para la investigación (Helmchen, 2010), en tanto ésta no sólo 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 qué es lo mejor para él, algo que se incluye en la normativa deontológica de las distintas guías 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 (CGCOM, 2011; APA, 2002-2010). También a su derecho a retirarse libremente en cualquier momento de la investigación (CGCOM, 2011; APA, 2002-2010 y COP, 1987-2010-2014). Además, la Asociación Mundial de Psiquiatría (WMP, 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. Finalmente, tanto la Asociación Americana de Psicología (APA, 2002-2010) 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.

Con respecto a la investigación relacionada con asesoramiento genético, la WMP (2013) sugiere a los psiquiatras considerar que la información genética proporcionada a una persona no implica sólo a ésta sino también a su familia, pudiendo dicha información afectarles. De este modo, los profesionales habrían de velar no sólo para que los participantes en la investigación genética otorguen consentimiento sino también sus familias.

### ***Balance de riesgos y beneficios***

Toda investigación, además de contar con el dictamen favorable del comité de ética que corresponda, ha de estar diseñada de modo que se minimicen los riesgos innecesarios a los participantes (COP, 1987-2010-2014), clarificándoles a los mismos, mediante el pertinente documento de consentimiento informado, no sólo la naturaleza del estudio sino también dichos riesgos potenciales y los beneficios esperados. Así, los

riesgos serán necesarios sólo 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).

### ***Los comités de ética***

Los comités de ética constituyen juntas interdisciplinarias que valoran los aspectos éticos, sociales, legales y médicos de la investigación con seres humanos (Beck, 2015). Reconocidos como una parte esencial de la investigación, su propósito es proteger tanto al paciente y a los investigadores, como 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), 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 sólo 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 y WMA, 2013).

### ***La utilización del engaño en investigación***

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 ejemplo, Schachter, 1964).

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 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).

Si por las características de la investigación se requiere el uso del engaño (COP, 1987-2010-2014), 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 al finalizar la investigación, algo también referido por la APA (2002-2010).

La Asociación Americana de Psicología (APA, 2002-2010) 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 la imposibilidad de implementar métodos alternativos. En todo caso, las consignas engañosas no se administran cuando pudiesen generar dolor físico o malestar emocional.

### ***La publicación de datos científicos***

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 veraces (CGCOM, 2011; WPA, 2011; WMA, 2013 y APA, 2002-2010). Si se encontraran errores significativos en los datos publicados, se han de tomar las medidas razonables para corregirlos en enmiendas, fe de erratas u otros (APA, 2002-2010). 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). La autoría principal ha de reflejar las contribuciones científicas o profesionales de los individuos involucrados (APA, 2002-2010).

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).



## **2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

---



Con este estudio se pretende dar respuesta a un objetivo general, desglosado éste en varios específicos.

### ***Objetivo General***

Conocer la incidencia, la valoración ética y las dudas deontológicas en torno a algunas situaciones que pueden suceder en la práctica de los profesionales de salud mental, presentadas en un cuestionario de elaboración propia, inspirado en el cuestionario original de Pope et al. (1987), y refrendado por un juicio de expertos garantes de la validez de contenido del mismo.

### ***Objetivos específicos***

1. Determinar qué situaciones resultan más controvertibles para los profesionales en su práctica profesional.

*Hipótesis 1.* La mayor experiencia se relacionará con la presentación de menos dudas ético-deontológicas en la práctica profesional, por tanto, los residentes de primer año tendrán más dudas que los residentes de cursos más avanzados y que los adjuntos, que serán quienes tengan menos dudas.

*Hipótesis 2.* La mayor formación en aspectos ético-deontológicos y legales se relacionará con la presentación de menos dudas en la práctica profesional, por tanto, los que tengan menos formación serán los que presenten más dudas.

2. Conocer las diferencias en la valoración ética realizada de cada una de las situaciones planteadas en el cuestionario en función de las variables de perfil profesional y sociodemográficas tomadas en consideración.

*Hipótesis 3.* Cuantos más años de experiencia, mejor resolución de las situaciones acorde a la normativa deontológica.

*Hipótesis 4.* La consulta habitual del Código Deontológico se relacionará con una valoración ética de las situaciones más ajustada a la normativa ético-deontológica, por tanto, los profesionales que consultan habitualmente el Código serán los que realicen valoraciones más ajustadas, seguidos de los que lo consultan en alguna ocasión y, por último de los que nunca lo consultan.

*Hipótesis 5.* El trabajo habitual en un ámbito se relacionará con una ejecución más ajustada desde el punto de vista ético-deontológico y legal en las situaciones que tienen que ver con ese ámbito específico. Por tanto, en situaciones que tienen que ver con el ingreso hospitalario, resolverán más ajustadamente los psiquiatras y MIR de psiquiatría; por otro lado, los profesionales que trabajan habitualmente con menores o con adolescentes de 16 a 18 años resolverán más ajustadamente las situaciones que tienen que ver con esas poblaciones que los que trabajan habitualmente con adultos; finalmente, las cuestiones referidas a evaluación testológica serán resueltas de modo más apropiado por psicólogos clínicos y PIR de psicología clínica que por psiquiatras o MIR de psiquiatría.

*Hipótesis 6.* La obtención del título vía residencia, o haber prestado servicios en un circuito análogo de dispositivos de salud mental, se relacionará con un mejor ajuste ético-deontológico-legal en las distintas situaciones profesionales que aquellos que lo han obtenido sin realizar la residencia o el circuito análogo.

*Hipótesis 7.* La formación en aspectos ético-deontológicos y legales se relacionará con una resolución de las situaciones conflictivas más ajustada.

*Hipótesis 8.* La orientación terapéutica se relacionará con la forma de enfrentarse ante situaciones profesionales conflictivas desde el punto de vista ético.



### **3. MÉTODO**

---



### 3.1 Participantes

---

El estudio se elaboró con una muestra de 308 profesionales de salud mental (209 mujeres y 99 hombres), facultativos y residentes, todos ellos ejercitantes actuales o en los últimos cinco años en el sistema sanitario público español.

### 3.2 Instrumentos

---

Utilizamos en nuestro estudio dos instrumentos diferentes:

1. Para conocer la valoración ética de los profesionales se utilizó un cuestionario de ajuste ético de elaboración propia, inspirado en la versión original de Pope et al. (1987) y constituido por 61 ítems (anexo 1). Dicho cuestionario quedó conformado tras la redacción inicial de 92 ítems (anexo 2) y la posterior depuración, según el procedimiento de Osterlind (1989), de un juicio de expertos (anexo 3) a partir de la consideración inicial de cinco dimensiones de ajuste ético (evaluación psicológica, psicoterapia e intervención, investigación, relaciones duales y confidencialidad y consentimiento informado). Estos 61 ítems describían situaciones de la práctica clínica relacionadas con las cinco dimensiones de ajuste antes referidas.

Respecto de cada una de las situaciones planteadas, se formularon dos preguntas a las que los profesionales debían de contestar: por un lado, si consideraban ética la situación planteada (pregunta de valoración: “¿Consideras ética la situación planteada?”) y, por otro, si dicha situación les había ocurrido en su práctica profesional (pregunta de incidencia: “¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?”), remarcándose que se hacía referencia a si el profesional, en primera persona, había protagonizado la situación planteada en el ítem.

Dado que se formulaban dos preguntas referidas a cada situación o ítem planteado, las variables dependientes de nuestro estudio fueron 122, el doble de los ítems propuestos.

Las posibles respuestas a la valoración ética de la situación o ítem, consignadas en formato de escala tipo Likert, fueron:

- 1: incuestionablemente no
- 2: en raras circunstancias
- 3: no sé, no estoy seguro
- 4: en algunas circunstancias
- 5: incuestionablemente sí

Respecto de la incidencia de la situación, las opciones de respuesta, también consignadas en escala tipo Likert, fueron:

- 1: Nunca
- 2: Raramente
- 3: A veces
- 4: Bastante a menudo
- 5: Muy a menudo
- 6: Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico

2. Se aplicó, asimismo, un cuestionario elaborado *ad hoc* que recogía distintas cuestiones relacionadas con el perfil sociodemográfico y profesional del participante (anexo 4).

### 3.3 Procedimiento

---

#### 3.3.1 Fase de confección de los cuestionarios

##### *Cuestionario de Ajuste Ético y Deontológico en Salud Mental*

Inicialmente, tras la revisión de la literatura especializada y la de otros cuestionarios de ajuste deontológico previos existentes, así como en base al conocimiento acumulado en experiencia clínica y en las comisiones deontológicas del Colegio de Psicólogos, se redactó un cuestionario inicial de 92 ítems o situaciones (anexo 2) relacionados con la práctica clínica, distribuidas del modo siguiente:

- a) Evaluación Psicológica: 11 ítems
- b) Psicoterapia e Intervención: 18 ítems
- c) Investigación: 10 ítems
- d) Relaciones duales: 23 ítems
- e) Confidencialidad y Consentimiento Informado: 30 ítems.

Una vez se obtuvo este cuestionario inicial, se llevó a cabo un estudio de validez de contenido para determinar qué ítems eran considerados los más idóneos para medir cada uno de los dominios referidos al ajuste ético y deontológico. Para ello, el procedimiento siguió tres pasos:

1. Selección de la muestra: Se obtuvo la colaboración de 6 personas expertas en aspectos éticos y deontológicos en salud mental. Estos expertos fueron: un psicólogo clínico ejercitante en el sistema sanitario público y perteneciente a la Comisión de Ética del Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental; un psiquiatra igualmente ejercitante en el sistema público de salud; tres profesores titulares miembros del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Sevilla y del Comité de Ética del Consejo General de la Psicología en España; una

Catedrática del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Barcelona.

2. Distribución del instrumento: el cuestionario fue repartido a las personas expertas a través del correo electrónico en septiembre de 2014, recibándose las respuestas a lo largo de ese mismo mes a través del mismo soporte.

3. Análisis de datos: una vez recogidas las respuestas, se aplicó el índice de Osterlind (1998) con la finalidad de determinar el grado de acuerdo entre expertos respecto a las puntuaciones otorgadas a cada uno de los ítems dentro de su dominio.

Los dominios fueron definidos del modo siguiente:

1. *Ajuste ético respecto a la Confidencialidad y al Consentimiento Informado*: Se refiere al esclarecimiento de las distintas actuaciones y procedimientos profesionales y, posteriormente, al requerimiento de un consentimiento informado que suponga la conformidad libre y voluntaria de las mencionadas actuaciones y procedimientos por parte de los pacientes o, en el caso de los menores de 16 años de edad o incapacitados, al consentimiento por representación en las formas que la legislación vigente establece. Se refiere también a la confidencialidad necesaria en todo proceso psicoterapéutico, al deber profesional de contribuir al mantenimiento de la misma y a las excepciones y a los límites de la confidencialidad en los supuestos que la legislación establece.

2. *Ajuste ético respecto al establecimiento de Relaciones Duales*: Se entiende por relación dual o múltiple en psicología clínica o en psiquiatría a aquella en la que el clínico mantiene, además de la estrictamente profesional, algún otro tipo de relación con el paciente, estudiante o supervisado clínico. Estas relaciones, que suponen transgresiones de los límites profesionales, pueden tener la consideración de sociales, sexuales, financieras o profesionales, y podrían darse al mismo tiempo que ocurre la intervención y/o relación profesional o después de la misma.

3. *Ajuste ético en Evaluación Psicológica*: Se refiere esta dimensión a que los profesionales han de emitir juicios clínicos u opiniones sobre las personas a las que

exploran basándose necesariamente en un adecuado examen profesional previo, utilizando para ello tanto técnicas de entrevista como evaluativas que cuenten con garantías científicas y propiedades psicométricas adecuadas. Se refiere también esta dimensión al estilo empleado en la redacción de informes y en el uso responsable tanto del material evaluativo como de la información que del mismo se desprenda. Finalmente, se refiere también a la conveniencia de que dicho material sea administrado por personas calificadas para ello.

4. *Ajuste ético en Psicoterapia e Intervención*: Se refiere esta dimensión a la obligación del profesional de aplicar técnicas psicoterapéuticas de eficacia científica debidamente contrastada, estableciendo un contrato terapéutico donde los objetivos clínicos y las técnicas psicoterapéuticas a implementar queden especificados. Se refiere también a las actitudes de respeto que todo clínico ha de mostrar hacia los pacientes, con independencia del origen étnico de los mismos, de sus creencias religiosas, ideología política o identidad u orientación sexual; así como respeto a la autonomía y autodeterminación de los pacientes, actitudes alejadas del paternalismo tradicional, otorgando a los usuarios el derecho a decidir si quieren iniciar o no una intervención psicoterapéutica o si desean abandonar la misma en cualquier momento del proceso terapéutico. Igualmente, se refiere a la necesidad de que los diferentes roles de todos los participantes del proceso terapéutico (paciente/s, terapeuta/s, coterapeuta/s, familiares, supervisados clínicos, etc.) queden clarificados y se mantengan a lo largo de todo el proceso terapéutico.

5. *Ajuste ético respecto a la Investigación*: Se refiere a la obligación de todo investigador de ser riguroso y veraz en sus trabajos científicos, evitando el plagio, la falsificación o la invención de los datos obtenidos. Se refiere también a la importancia de que el investigador respete el orden de autoría de los trabajos, incluyéndose como autor sólo en aquellos estudios donde la contribución haya sido significativa. Finalmente, se refiere a la necesidad de tratar justamente a las personas o animales que participan en las investigaciones, rechazando en todo momento el daño físico o emocional innecesario y respetando la autonomía de los participantes para abandonar la investigación en cualquier

momento, sin que ello suponga, en el caso de que dichos sujetos también sean pacientes, merma alguna en la calidad de la prestación asistencial que se les dispensa.

El índice de Osterlind podía oscilar entre -1 y 1, ya que la escala utilizada fue de tres puntos (-1, 0 y 1), siguiendo las recomendaciones del autor. Obtener el valor extremo negativo en un ítem (-1), se interpretaría como que todos los expertos puntuaron a ese ítem con el valor más negativo, considerando que no era idóneo para entrar a formar parte del dominio con el que se había relacionado; del mismo modo, el valor extremo positivo (1), implicaría que todos los expertos estuvieron de acuerdo en que el ítem descrito merecía en el aspecto estudiado la puntuación máxima. Siguiendo también las recomendaciones del autor, se consideraron valores aceptables aquellos que se encontraron por encima del 0.5 (Osterlind, 1998). Tras la valoración por parte de los 6 expertos, 61 ítems fueron validados (anexo 1), resultando la prueba final que se administró a los profesionales del modo siguiente:

Evaluación Psicológica	1, 24, 38, 43, 57
Psicoterapia e Intervención	2, 3, 17, 25, 30, 32, 33, 39, 45, 51, 58
Investigación	7, 14, 29, 42, 47, 49, 50, 55, 60
Relaciones Duales	4, 10, 11, 18, 19, 34, 35, 40, 48, 52
Confidencialidad y Consentimiento Informado	5, 6, 8, 9, 12, 13, 15, 16, 20, 21, 22, 23, 26, 27, 28, 31, 36, 37, 41, 44, 46, 53, 54, 56, 59, 61

### ***Cuestionario de perfil sociodemográfico y profesional***

Conformado por las siguientes variables:

- *Sexo*: Mujer; Hombre.
- *Edad*: Menos de 30 años; Entre 30 y 44 años; Entre 45 y 59 años; 60 o más de 60 años.
- *Comunidad Autónoma* donde presta servicio el profesional actualmente o, en su caso, donde los prestó por última vez: Andalucía; Aragón; Asturias; Baleares;



Canarias; Cantabria; Castilla La Mancha; Castilla y León; Cataluña; Ceuta; Extremadura; Galicia; La Rioja; Madrid; Melilla; Murcia; Navarra; País Vasco; Valencia.

- *Categoría Profesional*: Psicólogo Clínico; Psiquiatra; PIR Psicología Clínica; MIR Psiquiatría.

- *Años de práctica profesional* (incluidos los años de residencia como PIR o MIR): Menos de 1 año; Entre 1 y 4 años; Entre 4 y 10 años; Más de 10 años.

- *Dispositivo asistencial donde el profesional presta servicios en la actualidad* (se excluyó a los profesionales que aún eran residentes): Dispositivo Comunitario de Salud Mental; Unidad de Salud Mental Infantil y Juvenil; Comunidad Terapéutica; Unidad o Centro de Rehabilitación de Salud Mental; Hospital de Día de Salud Mental; Unidad de Hospitalización de Salud Mental; Unidad de Interconsulta y Enlace; Otros.

- *Atención a menores de edad en el dispositivo donde presta servicios el profesional*: Sí, a menores de todas las edades; Sí, pero no a menores de 16 años; No.

- *Orientación teórica desde la que interviene el profesional*: Cognitivo - Conductual; Sistémica; Psicodinámica; Humanista – Experiencial; Ecléctica – Integradora; Biologicista; Otras.

- *Obtención de la especialidad vía PIR o MIR* (considerando sólo a los que ya eran especialistas) *u otro circuito de rotación análogo*: Sí; No.

- *Formación en aspectos éticos y deontológicos referidos a la especialidad*: No, nunca; Sí, hace más de 10 años; Sí, hace menos de 10 años.

- *Formación en aspectos legales y jurídicos en torno a la especialidad*: No, nunca; Sí, hace más de 10 años; Sí, hace menos de 10 años.

- *Prestación de servicios en, al menos, cinco dispositivos* distintos de salud mental (pregunta dirigida a especialistas que no hubiesen realizado MIR o PIR): Sí; No.

- *Consulta del Código Deontológico Médico o el Código Deontológico del Psicólogo*: No, nunca; Sí, lo he consultado en alguna ocasión; Sí, lo consulto habitualmente.

### 3.3.2 Fase de obtención de la muestra

Los distintos ítems se organizaron en un cuestionario que se colgó en la red, junto al instrumento de perfil sociodemográfico y profesional, mediante el programa Google Drive. A estos dos cuestionarios los precedía un consentimiento informado, condiciones de participación e instrucciones de cumplimentación (anexo 5). Una vez se configuraron en la red los instrumentos, se procedió a la difusión del enlace entre psicólogos clínicos, psiquiatras y residentes de estas dos especialidades. La muestra fue obtenida desde octubre de 2014 hasta junio de 2015. Para reclutarla se siguieron tres procedimientos diferentes: por un lado, se procuró el acceso directo a los profesionales de la provincia de Sevilla, se les pidió su participación y se les envió el enlace online donde podían cumplimentar el cuestionario; a profesionales de otras procedencias, se les envió, vía mail, el enlace con el cuestionario; finalmente, a todos los profesionales se les solicitó, tras la cumplimentación del cuestionario, que difundieran el enlace entre psicólogos clínicos, psiquiatras y residentes de estas dos especialidades. Este protocolo de recogida de datos contó con el dictamen favorable del comité de ética de la investigación biomédica de Andalucía.

### 3.4 Tratamiento Estadístico de los Datos

---

En primer lugar se llevó cabo un análisis descriptivo univariado de las principales variables relacionadas con el perfil sociodemográfico y profesional del participante, así como de los ítems del cuestionario. Dada la medida ordinal de los ítems que integraban el mismo, se utilizó a la mediana como estadístico de tendencia central y a la amplitud semi-intercuartílica como medida de variabilidad con la que determinar el índice de ambigüedad.

Los ítems se clasificaron en función del estadístico de variabilidad o la frecuencia obtenida en la opción 3 de respuesta:

1. En función del estadístico de variabilidad, obtuvimos ítems de imprecisión interprofesional e ítems de regularidad interprofesional. Se definieron del modo siguiente:

- Ítems de imprecisión interprofesional: aquéllos con respuestas de bajo consenso entre los profesionales. Se seleccionaron los ítems que ofrecieron una mayor ASI, esto es, una mayor dispersión en las respuestas ofrecidas.

- Ítems de regularidad interprofesional: ítems con respuestas de alto consenso entre los profesionales. Para ello, se consideraron a los ítems con una menor ASI o, lo que es lo mismo, una mayor unanimidad entre los profesionales.

2. Considerando la opción tres de respuesta (“no sé, no estoy seguro”), obtuvimos un tercer grupo de ítems.

- Ítems controvertibles o generadores de incertidumbre intraprofesional: aquéllos cuya respuesta a la opción 3 (“no sé/no estoy seguro”) superó el 20% de la muestra total (Pope et al., 1987).

Una vez realizado el análisis descriptivo y la agrupación de ítems, se tuvieron en cuenta a las variables relacionadas con el perfil sociodemográfico y profesional para conocer las asociaciones que mantenían con la valoración e incidencia de cada situación. Previamente, se procedió a la realización de contrastes bivariados con la prueba de Chi Cuadrado para determinar la existencia de posibles relaciones entre las variables. En este sentido, se esperaba hallar relaciones entre las variables años de experiencia profesional y categoría profesional (los residentes contarían con menor experiencia respecto de los ya especialistas). No obstante, dado que también se obtuvo relaciones no esperadas en las variables “formación en aspectos éticos y deontológicos” y “formación en aspectos legales y jurídicos”, se conformó una variable dicotomizada (“formación en aspectos legales o deontológicos”), con las categorías: Sí; No.

Con las variables dicotómicas, se realizaron análisis no paramétricos (U de Mann Whitney). En el caso de las variables politómicas se procedió al análisis de Kruskal Wallis y, posteriormente y como prueba *post hoc*, se realizó la prueba U de Mann Whitney con corrección de Bonferroni.

## **4. RESULTADOS**

---



#### 4.1 Datos Preliminares

---

Con respecto a las variables sociodemográficas, la categoría profesional de los participantes contaba con grupos heterogéneos en cuanto a la variable “sexo” [ $\chi^2$  (3, 308)= 8.404,  $p = .038$ ], estando conformada la categoría profesional “PIR” por más mujeres de las esperadas y la categoría profesional “Psiquiatra” por más hombres de los esperados, según la distribución muestral obtenida. Por otro lado, como era esperable, la variable “edad” mostraba una distribución heterogénea en la variable “categoría profesional” [ $\chi^2$  (9, 307)= 142.621,  $p = .000$ ] y en la variable “formación del especialista vía residencia u otro circuito de rotación análogo” [ $\chi^2$  (3, 202)= 43.985,  $p = .000$ ]. Los residentes PIR y MIR, eran más jóvenes que Psicólogos Clínicos y Psiquiatras. Cuantos más años de experiencia profesional de éstos últimos (Psicólogos Clínicos y Psiquiatras), menos probable era que hubiesen obtenido su cualificación como especialista vía residencia. La variable “sexo” se distribuyó de modo homogéneo para la variable “formación del especialista vía residencia” [ $\chi^2$  (1, 204)= 0.156,  $p = .693$ ]; para la variable “formación en aspectos legales o deontológicos” [ $\chi^2$  (1, 307)= 1.368,  $p = .242$ ]; y, finalmente, para la variable “atención a población menor de edad” [ $\chi^2$  (2, 206)= 1.115,  $p = .573$ ]. La variable “Edad” se distribuyó de modo homogéneo para la variable “formación en aspectos legales o deontológicos” [ $\chi^2$  (3, 306)= 2.219,  $p = .528$ ] y “atención a la población menor de edad” [ $\chi^2$  (6, 206)= 5.810,  $p = .445$ ].

En cuanto a las variables específicamente relacionadas con el perfil profesional, dado el elevado número de las mismas, pasamos a señalar aquellas donde no se ha observado homogeneidad. En primer lugar, con respecto a la variable “Categoría profesional”, ésta mostró una distribución heterogénea en la variable “Orientación terapéutica” [ $\chi^2$  (18, 305)= 107.535,  $p = .000$ ], En este sentido, se asoció fuertemente la orientación Biologicista a las categorías profesionales de “Psiquiatra” y de “Residente de Psiquiatría”. Heterogénea también fue la distribución de esta variable en “Obtención de la especialidad vía PIR o MIR u otro circuito de rotación análogo” [ $\chi^2$  (1, 202)= 6.158,  $p = .013$ ]; los Psiquiatras alcanzaron la especialidad vía residencia en mayor medida que los Psicólogos Clínicos de la muestra analizada. Con respecto a la variable “Consulta del

Código Deontológico”, tampoco la variable “Categoría Profesional” se distribuyó de modo homogéneo [ $\chi^2(6,307)=33.242, p=.000$ ], siendo los profesionales de la Psicología Clínica, adjuntos y residentes, lectores del código en mayor medida que los Psiquiatras o residentes de esta especialidad. Justo lo contrario ocurría en la variable “Formación en aspectos legales y deontológicos” donde, aunque todos los grupos profesionales refirieron haber recibido formación en este ámbito en mayor medida que los que no, fueron los psiquiatras y residentes de Psiquiatría quienes señalaron haberse formado en mayor medida ” [ $\chi^2(3,307)=9.834, p=.020$ ].

## 4.2 Datos sociodemográficos y profesionales

### *Datos sociodemográficos de la muestra*

Los participantes ascendieron a 308 y, como puede apreciarse en las tablas siguientes, fueron mujeres en su mayoría, destacando el tramo de edad comprendido entre los 30 y los 44 años. Por su parte, las comunidades autónomas con una mayor participación fueron: Andalucía, con 88 participantes; Madrid, con 42; y Cataluña, con 40.

Sexo de los participantes	
Mujeres	209
Hombres	99

Edad de los participantes	
< 30	73
30 – 44	138
45 – 59	87
≥ 60	9



Comunidad autónoma de los participantes	
Andalucía	88
Aragón	7
Asturias	18
Baleares	12
Canarias	8
Cantabria	2
Castilla la Mancha	11
Castilla y León	8
Cataluña	40
Extremadura	5
Galicia	7
La Rioja	1
Madrid	42
Murcia	7
Navarra	14
País Vasco	15
Valencia	21

*Datos relacionados con el perfil profesional de la muestra*

Como puede observarse en las tablas que siguen, se obtuvieron más respuestas de psicólogos clínicos que de psiquiatras y más respuestas de residentes de psicología clínica que de psiquiatría. La mayoría de los profesionales habían realizado la residencia, tenían una orientación ecléctica-integradora, habían consultado el código deontológico en alguna ocasión y tenían una experiencia profesional superior a 10 años.

*Tabla 5*  
Categoría Profesional de los Participantes

Psicólogo Clínico	130
Psiquiatra	80
PIR	68
MIR	30

*Tabla 6*  
Obtención de la especialidad vía residencia (u  
otro circuito de rotación análogo)

Sí	158 (183)
No	44 (19)

*Tabla 7*  
Orientación Psicoterapéutica

Cognitivo-Conductual	59
Sistémica	32
Psicodinámica	35
Humanista	13
Ecléctica	120
Biologicista	33
Otras	13

*Tabla 8*  
Años de Práctica Profesional

< 1	30
1 – 4	68
4 – 10	83
≥ 10	127

*Tabla 9*  
Dispositivo Asistencial

Dispositivo Comunitario	88
Unidad Salud Mental Infantil	26
Comunidad Terapéutica	7
Unidad de Rehabilitación	12
Hospital de Día	9
Unidad de Hospitalización	21
Unidad de Interconsulta y Enlace	5
Otros	40

*Nota: Se excluyeron de la contabilización a los 98 residentes*

*Tabla 10*  
Consulta del Código Deontológico

No, nunca	112
Sí, en alguna ocasión	180
Sí, habitualmente	15

*Tabla 11*  
Formación Legal y/o Deontológica

Sí	259
No	48

*Tabla 12*  
Atención a Menores

De todas las edades	86
No a menores de 16	35
No	85

## 4.3 Análisis de las respuestas

*Clasificación de los ítems*

Tabla 13  
Clasificación de los ítems

<i>Dimensión</i>	<i>Ítems de imprecisión interprofesional</i>	<i>Ítems de regularidad interprofesional</i>	<i>Ítems controvertibles</i>
<i>Confidencialidad</i>	23, 41	8, 22, 31, 46, 54, 59	21, 26
<i>Evaluación</i>	24	--	57
<i>Investigación</i>	49	42, 47, 60	--
<i>Relaciones Duales</i>	--	10, 11	--
<i>Psicoterapia</i>	--	17, 32, 33, 51, 58	30

*Estadísticos descriptivos de los ítems de imprecisos, regulares y controvertibles*

Tabla 14  
Mediana (Mdn) y Amplitud Semi-Intercuartil (ASI) de los ítems

<i>Ítem impreciso y n° de respuestas</i>	<i>Mdn (ASI)</i>	<i>Ítem regular y n° de respuestas</i>	<i>Mdn (ASI)</i>	<i>Ítem controvertible y n° de respuestas</i>	<i>Mdn (ASI)</i>
23 (n=308)	3 (1,5)	8 (n=308)	1 (0)	21 (n=307)	3 (1)
24 (n=307)	2 (1,5)	10 (n=308)	1 (0)	26 (n=306)	3 (1)
41 (n=303)	2 (1,5)	11 (n=308)	1 (0)	30 (n=306)	3 (1)
49 (n=306)	4 (2)	17 (n=308)	1 (0)	57 (n=306)	1 (1)
		22 (n=308)	1 (0)		
		31 (n=306)	5 (0)		
		33 (n=307)	1 (0)		
		42 (n=307)	1 (0)		
		46 (n=307)	5 (0)		
		47 (n=306)	1 (0)		
		51 (n=306)	1 (0)		
		54 (n=307)	1 (0)		
		58 (n=307)	1 (0)		
		59 (n=307)	1 (0)		
		60 (n=305)	1 (0)		

***Porcentajes obtenidos en la valoración e incidencia de las dimensiones del cuestionario***

En las figuras anexas 1 a 12, podemos observar los porcentajes de respuestas ofrecidos a cada uno de los ítems planteados, tanto a nivel de valoración como de ocurrencia.

#### 4.4 Resultados en función de las hipótesis formuladas

##### 4.4.1 Ítems controvertibles y variables profesionales

###### *Experiencia profesional*

Ítem	Menos de un año	Entre 1 y 4	Entre 4 y 10	Más de 10
4	20			
5	26,7			
13	23,3			
16	23,3			
18	30			
21	33,3		24,1	
26	30		26,5	20
30	23,3	29,4	22,9	
35	36,7			
37	20	29,4		
41	26,7			20,5
48	23,3			
57	20	27,9	27,7	

*Porcentajes de ítems controvertibles. Las casillas en blanco significan que el ítem no superó el 20%*

Como podemos ver en la tabla anterior, la mayor experiencia se relaciona con la presentación de menos dudas ético-deontológicas. Fueron cuatro los ítems que resultaron ser controvertibles para los profesionales. Sin embargo, el análisis de las situaciones controvertibles en función de los años de práctica profesional, nos indica que el número de ítems controvertibles disminuye drásticamente a partir del año de práctica profesional, manteniéndose estable a partir de entonces, siendo el cambio de tendencia observado significativo para una  $p < .01$  ( $Z_o = 2.73$ ;  $Z_t = 2,17$ ), según el estadístico C de Tryon (1982, 1984).

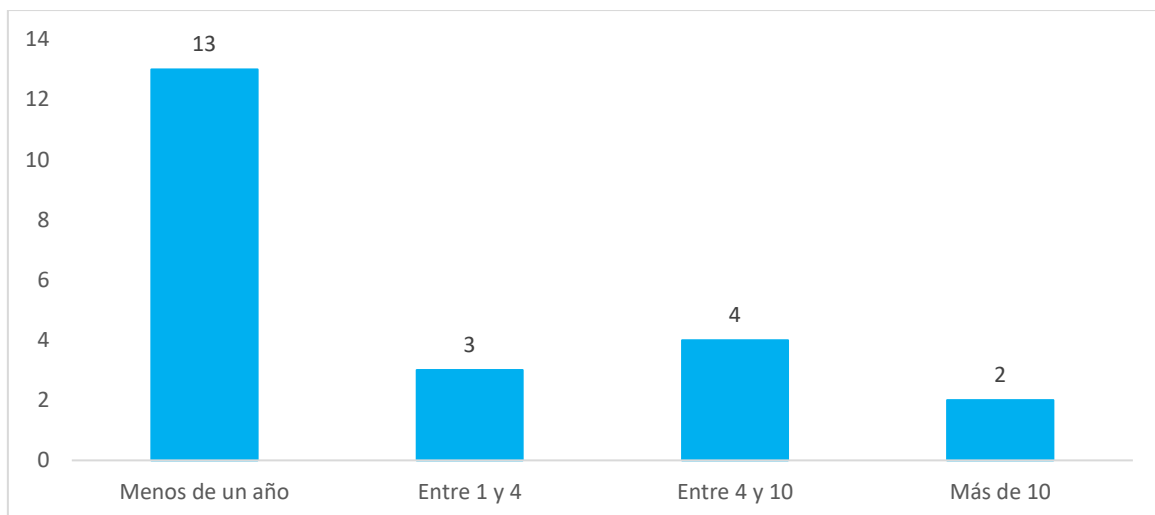


Figura 1: Número de ítems controvertibles en función de los años de práctica profesional

### ***Formación en aspectos ético-deontológicos y legales***

Aunque han sido 4 los ítems controvertibles de la muestra total, un análisis de los mismos diferenciando la formación legal y/o deontológica nos ofrece los siguientes resultados:

*Tabla 16*  
Controversia y Formación legal y/o deontológica

Ítem	NO	SÍ
4	25*	13,9
5	22,9*	16,6
16	29,2*	16,6
21	31,3*	19,8
26	20,8*	22,5*
30	16,7	21,7*
35	20,8*	13,1
37	29,2*	17,8
41	12,5	20*
57	22,9*	23,3*

*Porcentaje de controversia*

*\* Ítem controvertible que supera el 20% en la opción "no sé, no estoy seguro"*

Como puede observarse, los profesionales sin formación deontológica y/o jurídica mostraron dudas para valorar a 8 de los 61 ítems del cuestionario; por su parte, los profesionales con formación en este ámbito dudaron ante 4 de los ítems. Además, se realizó un contraste de medias con los porcentajes obtenidos en cada uno de los 10 ítems identificados como controvertibles. Tras hallarse que las varianzas de los grupos no eran iguales, según la prueba de Levene ( $p = .239$ ), se realizó un contraste de medias para muestras independientes, obteniéndose que la media de los porcentajes obtenidos en los ítems controvertibles resultaba estadísticamente significativa ( $t = 2.128$ ,  $p = .047$ ).

Por tanto, a mayor formación ética y/o legal, menor duda ante la resolución de los ítems controvertibles.

#### 4.4.2 Resolución Deontológica y Variables Profesionales

##### *Experiencia Profesional*

Inicialmente, consideramos la hipótesis de que los años de experiencia profesional mejorarían la resolución de las situaciones planteadas en el cuestionario de ajuste ético acorde a la normativa deontológica.

Aplicamos la prueba de Kruskal Wallis para comprobar si existían diferencias en la valoración de los ítems en función de la variable “años de experiencia profesional”, hallándose significativos los ítems 5 ( $p < .05$ ); 7 ( $p < .05$ ); 12 ( $p < .05$ ); 16 ( $p < .05$ ); 19 ( $p < .05$ ); 24 ( $p < .05$ ); 41 ( $p < .05$ ); 44 ( $p < .01$ ); 46 ( $p < .01$ ); 49 ( $p < .01$ ); 50 ( $p < .01$ ); 56 ( $p < .01$ ); 57 ( $p < .01$ ) y 59 ( $p < .05$ ).

El contraste *post hoc* con la prueba U de Mann Whitney, con la corrección pertinente de Bonferroni, nos mostró lo siguiente:

*Tabla 17*  
Resolución Deontológica y Años de Experiencia Profesional

Ítem (Dimensión)	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D
5 (Confidencialidad)	B*C*D*	A*	A*	A*
7 (Investigación)	D*	--	--	A*
12(Confidencialidad)	--	--	D*	C*
16(Confidencialidad)	--	D*	--	B*
19 (R. Duales)	D*	--	D*	A*C*
24 (Evaluación)	C*D*	--	A*	A*
41(Confidencialidad)	--	C*	B*	--
44(Confidencialidad)	D**	--	D*	A**C*
46(Confidencialidad)	B*	A*	--	--
49 (Investigación)	--	D*	D*	B*D*
50 (Investigación)	D**	D*	D**	A**B*C**
56(Confidencialidad)	B*	A*	--	--
57 (Evaluación)	--	--	--	--
59(Confidencialidad)	--	C*	B*	--

*Prueba U de Mann Whitney (con corrección de Bonferroni para seis comparaciones) de los ítems significativos*  
Las letras en cada celda se refieren a los grupos con valores significativamente diferentes ( $*p < 0,05/6$ ;  $**p < 0,01/6$ ) al que ocupa la celda.

*Grupo A: Menos de un año; Grupo B: Entre 1 y 4 años; Grupo C: Entre 4 y 10 años; Grupo D: Más de 10 años*



Como podemos observar en la tabla anterior, el contraste *post hoc* con la prueba U de Mann Whitney y la pertinente corrección de Bonferroni, descartó diferencias en el ítem 57 en función de los años de práctica profesional. Las mayores diferencias las hallamos entre los profesionales con menos de un año de experiencia profesional y los que contaban con una práctica superior a 10 años.

Las diferencias halladas entre los grupos profesionales con menos de un año de práctica, los que contaban con entre 1 y 4 años y los que llevaban entre 4 y 10, son en el sentido de que los años de experiencia acercan al profesional a una valoración deontológica de los ítems más acorde a las normas éticas. Sin embargo, esta tendencia se rompe cuando los profesionales cuentan con más de 10 años de práctica clínica: si comparamos a este grupo profesional con otros, no siempre mejoran su ajuste ético respecto de los que cuentan con menos experiencia.

Pero hay que tener en cuenta que, como señalábamos en los datos preliminares, la variable “obtención de la especialidad vía residencia” se halla fuertemente relacionada con los años de práctica profesional: así, sólo entre el grupo profesional con más de 10 años de práctica, integrado por 127 profesionales, podemos encontrar a especialistas que no realizaron la residencia. De estos 127 profesionales, 82 informaron haber obtenido la especialidad vía residencia; 41 no realizaron el PIR o el MIR; finalmente, 4 profesionales no revelaron si hicieron o no la residencia. Estos resultados son comentados posteriormente.

Presentamos, a continuación, los resultados graficados a fin de clarificar los datos obtenidos:

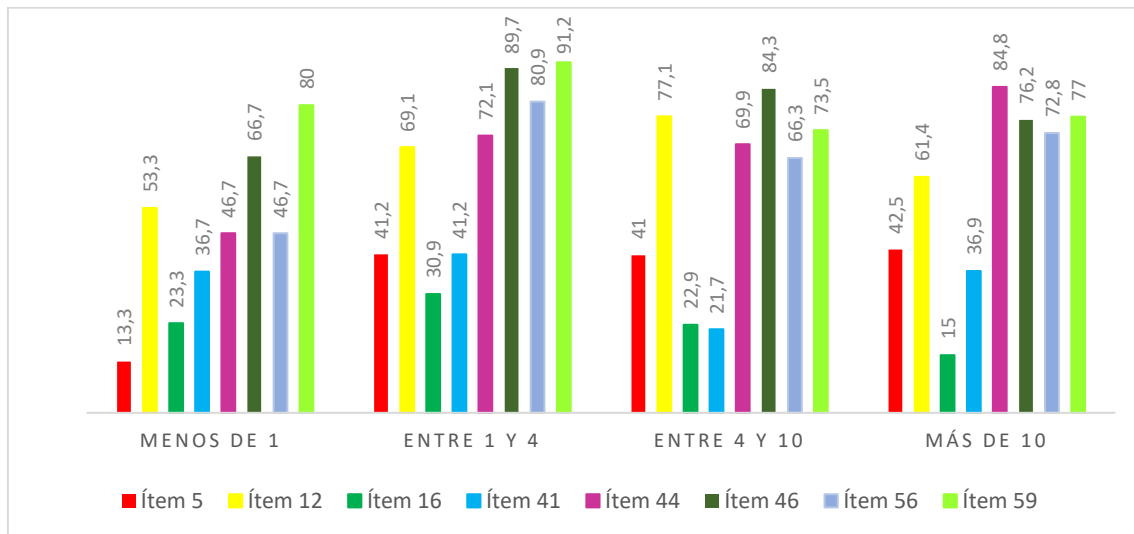


Figura 2. Años de Experiencia Profesional y Ajuste ético de los profesionales en los ítems significativos de la dimensión “Confidencialidad y Consentimiento Informado”

Nota: Para una mejor visualización gráfica se han tomado en consideración los porcentajes obtenidos en la opción de respuesta 1 (ítems 41, 44, 56 y 59) ó 5 (ítems 5, 12, 16 y 46) bajo el epígrafe “ajuste ético”

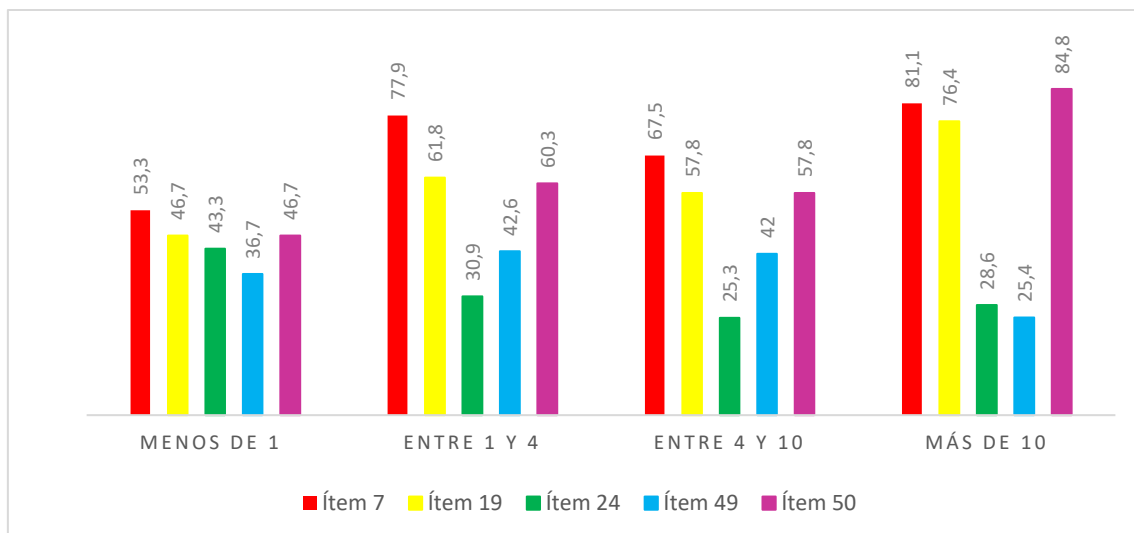


Figura 3. Años de Experiencia Profesional y Ajuste ético de los profesionales en los ítems significativos del resto de dimensiones”

Nota: Para una mejor visualización gráfica se han tomado en consideración los porcentajes obtenidos en la opción de respuesta 1 (ítems 7, 19, 24 y 50) ó 5 (ítem 49) bajo el epígrafe “ajuste ético”

### *Consulta del Código Deontológico*

En la formulación de nuestra hipótesis inicial, consideramos que la consulta habitual del Código Deontológico se relacionaría con una valoración ética de las situaciones más ajustada a la normativa ético-deontológica.

Como ya se ha referido, las variables “consulta del código deontológico” y “categoría profesional” se hallaban fuertemente relacionadas. Así, se procedió a la conformación de una nueva variable, aglutinadora de las otras dos referidas, con las siguientes categorías:

- Psicólogo, Clínico o Residente, que nunca hubiese consultado el código deontológico (56 participantes).
- Psicólogo, Clínico o Residente, que refiriese una consulta ocasional o frecuente del código deontológico (142 participantes)
- Médico, Psiquiatra o Residente, que nunca hubiese consultado el código deontológico (56 participantes).
- Médico, Psiquiatra o Residente, que refiriese una consulta habitual o frecuente del código deontológico (53 participantes).

Tras la aplicación de la prueba de Kruskal Wallis resultaron significativos los ítems 1 ( $p<.01$ ); 2 ( $p<.05$ ); 9 ( $p<.01$ ); 12 ( $p<.05$ ); 15 ( $p<.05$ ); 22 ( $p<.05$ ); 31 ( $p<.01$ ); 40 ( $p<.01$ ); 44 ( $p<.01$ ); 45 ( $p<.01$ ); 49 ( $p<.01$ ) y, finalmente, el ítem 50 ( $p<.01$ ).

*Tabla 18*  
Resolución Deontológica y Categoría profesional X Consulta del código

Ítem (Dimensión)	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D
1 (Evaluación)	D*	D**	--	A*B**
2 (Psicoterapia)	--	--	--	--
9 (Confidencialidad)	--	C*	B*	--
12(Confidencialidad)	B*D*	A*	--	A*
15(Confidencialidad)	--	D*	--	B*
22(Confidencialidad)	--	D*	D*	B*C*
31(Confidencialidad)	D*	C*D**	B*	A*B**
40 (R. Duales)	--	C**	B**	--
44(Confidencialidad)	C**D**	C*	A**B*	A**
45 (Psicoterapia)	B**D*	A**	--	A*
49 (Investigación)	C*D**	--	A*	A**
50 (Investigación)	C**D**	C**D**	A**B**	A**B**

*Prueba U de Mann Whitney (con corrección de Bonferroni para seis comparaciones) de los ítems significativos*  
*Las letras en cada celda se refieren a los grupos con valores significativamente diferentes (\*p < 0,05/6; \*\*p < 0,01/6)*  
*al que ocupa la celda.*

*Grupo A: Psicólogo que nunca consulta; Grupo B: Psicólogo que consulta; Grupo C: Médico que nunca consulta;*  
*Grupo D: Médico que consulta*

Como podemos observar en la tabla anterior, las diferencias encontradas parecerían deberse más a la categoría profesional que a la consulta o no del código deontológico respectivo de cada profesional. No obstante, habría diferencias significativas en los ítems 12 y 45, diferencias que pasamos a graficar a continuación.

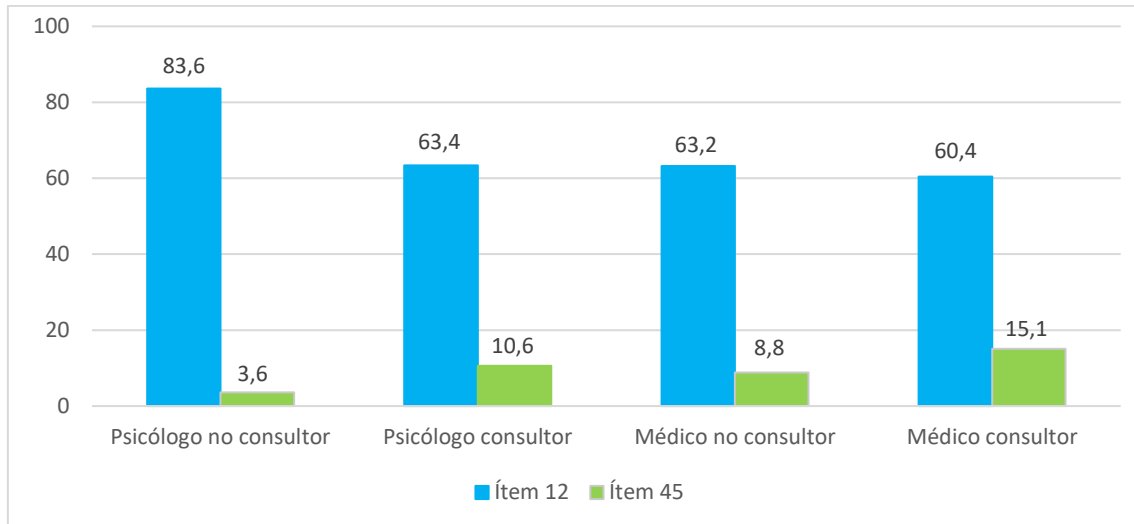


Figura 4. Consulta del Código Deontológico y Ajuste ético de los profesionales en los ítems significativos del resto de dimensiones

Nota: Para una mejor visualización gráfica se han tomado en consideración los porcentajes obtenidos en la opción de respuesta 1 (ítem 45) ó 5 (ítem 12) bajo el epígrafe "ajuste ético"

### *Ámbitos de trabajo*

Se planteó como una de las hipótesis que el trabajo habitual en un ámbito se relacionaría con una ejecución más ajustada desde el punto de vista ético-deontológico y legal en las situaciones que tuviesen que ver con dicho ámbito.

Esta hipótesis fue desglosada, para su comprobación operativa, en las siguientes:

a) En situaciones que tienen que ver con el ingreso hospitalario, resolverán más ajustadamente los psiquiatras y MIR de psiquiatría por ser mayoritariamente los que deciden el ingreso hospitalario de los pacientes, resolviendo así más apropiadamente que los psicólogos clínicos y los PIR los ítems relacionados con los ingresos hospitalarios.

Tres ítems de los planteados en el cuestionario (9, 20 y 31) estaban referidos, de algún modo u otro, a los ingresos hospitalarios de pacientes con trastornos psicopatológicos.

Tras la aplicación de la prueba de Kruskal Wallis, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre las categorías profesionales en los ítems 9 ( $p < .05$ ) y

31 ( $p < .01$ ). La prueba U de Mann-Whitney, con la pertinente corrección de Bonferroni, sirvió para evaluar las diferencias entre las categorías profesionales.

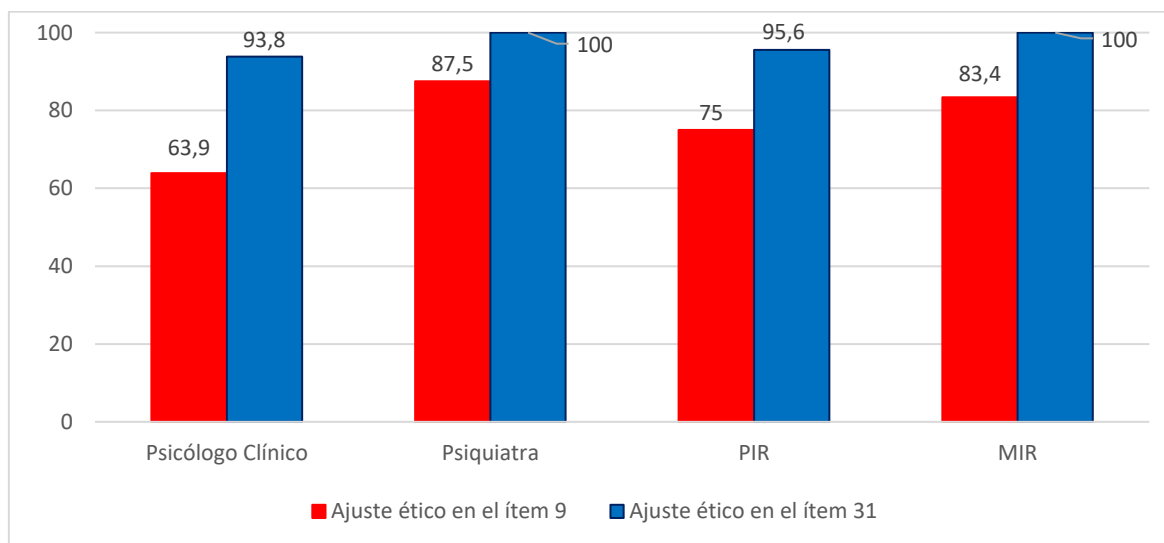
*Tabla 19*  
Resolución Deontológica en Ingresos Hospitalarios

Ítem (Dimensión)	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D
9	B*	A*	--	--
31	B**D**	A**	--	A**

*Prueba U de Mann Whitney (con corrección de Bonferroni para seis comparaciones) de los ítems significativos. Las letras en cada celda se refieren a los grupos con valores significativamente diferentes (\* $p < 0,05/6$ ; \*\* $p < 0,01/6$ ) al que ocupa la celda.*

*Grupo A: Psiquiatra; Grupo B: Psicólogo Clínico; Grupo C: MIR; Grupo D: PIR.*

La siguiente figura ilustra las diferencias obtenidas:



*Figura 5. Categoría Profesional y Ajuste ético de los profesionales en los ítems 9 y 31*

*Nota: Para una mejor visualización gráfica se han aglutinado los porcentajes obtenidos en las opciones de respuesta 4 y 5 bajo el epígrafe "ajuste ético"*

b) Los profesionales que trabajan habitualmente con menores o con adolescentes de 16 a 18 años resolverán más ajustadamente las situaciones que tienen que ver con esas poblaciones que los que trabajan habitualmente con adultos. De este modo, los profesionales que trabajan con menores de todas las edades resolverán mejor los ítems planteados con población infantil respecto de los que no trabajan con menores o los que

sólo lo hacen con los que tienen entre 16 y 18 años; de igual modo, resolverán de modo más preciso, junto a los profesionales que trabajan con población de entre 16 y 18 años, los ítems aplicables a esa franja de edad.

En el cuestionario elaborado, observamos once ítems relacionados con menores de edad (5, 8, 9, 15, 21, 23, 26, 36, 41, 53 y 61).

Aplicamos la prueba de Kruskal Wallis con objeto de valorar las diferencias obtenidas en función de la variable “atención a menores de edad”. No se hallaron diferencias significativas en ninguno de los ítems analizados en función de la atención a menores de edad.

c) Las cuestiones referidas a evaluación testológica serán resueltas de modo más apropiado por psicólogos clínicos y PIR de psicología clínica que por psiquiatras o MIR de psiquiatría.

Cuatro de las cinco cuestiones planteadas en la dimensión “evaluación psicológica” estaban referidas al uso de los test así como a la administración, corrección e interpretación de los mismos (ítems 1, 24, 38 y 57).

Tras la aplicación de la prueba de Kruskal Wallis, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre las categorías profesionales en los ítems 1 ( $p < .01$ ) y 38 ( $p < .01$ ). La prueba U de Mann-Whitney, con la pertinente corrección de Bonferroni, sirvió para evaluar las diferencias entre las categorías profesionales.

*Tabla 20*  
Resolución Deontológica en Evaluación Psicológica

Ítem	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D
1	B*D*	A*C**	B**D**	A*C**
38	--	--	D*	C*

*Prueba U de Mann Whitney (con corrección de Bonferroni para seis comparaciones) de los ítems significativos. Las letras en cada celda se refieren a los grupos con valores significativamente diferentes (\* $p < 0,05/6$ ; \*\* $p < 0,01/6$ ) al que ocupa la celda.*

*Grupo A: Psiquiatra; Grupo B: Psicólogo Clínico; Grupo C: MIR; Grupo D: PIR.*

Como puede observarse, los psiquiatras y los residentes MIR realizaron un juicio ético más favorable, y por tanto más alejado del ajuste deontológico, de la situación planteada en el ítem 1 que los psicólogos clínicos y residentes PIR.

Con respecto a la situación planteada en el ítem 38, los MIR fueron los más favorables en la valoración ética de este ítem, siendo ésta significativamente mayor que los residentes PIR. No hubo otras diferencias que alcanzaran la significación estadística aunque, como puede verse en la tabla 6, los psiquiatras y los residentes MIR, por un lado, y los psicólogos clínicos y los residentes PIR, por otro, son los grupos profesionales que menos se diferencian en la valoración de la situación 38. En general, son los psicólogos clínicos y residentes PIR quienes realizan una valoración más desfavorable con respecto a permitir que profesionales sin formación psicométrica apliquen test psicológicos.

A modo de resumen, la figura 1 ilustra las diferencias halladas en la valoración deontológica de los ítems 1 y 38 en función de la categoría profesional.

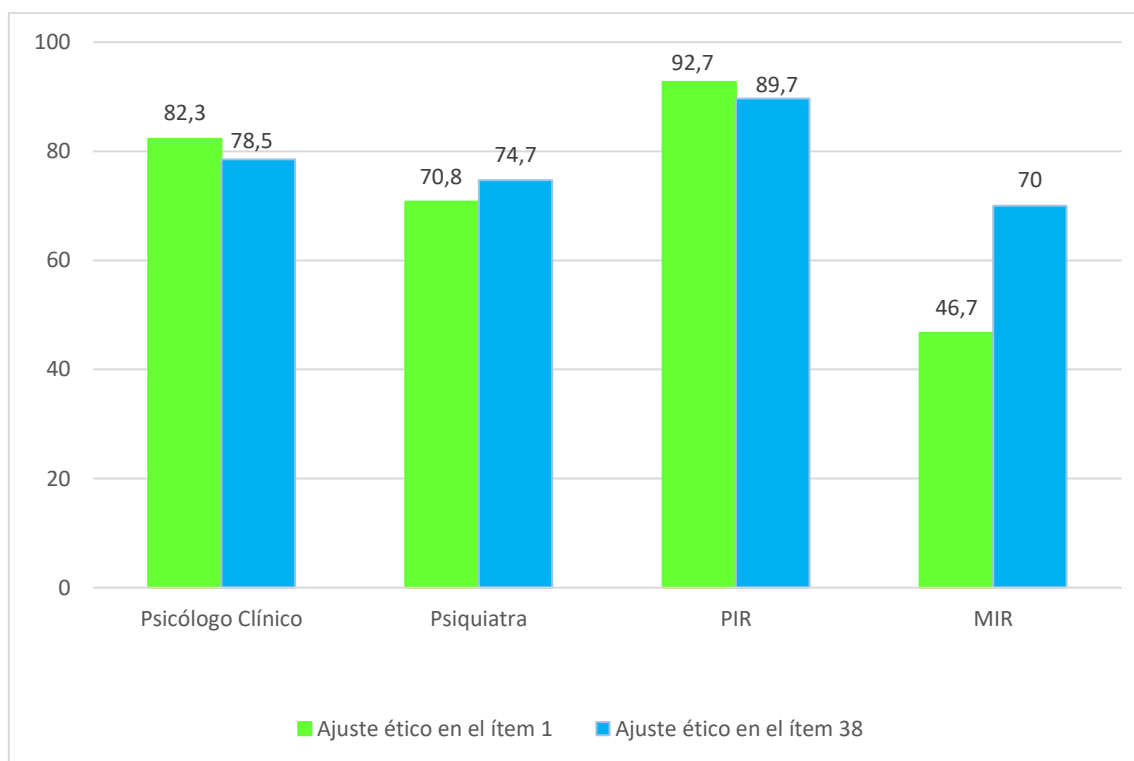


Figura 6. Categoría Profesional y Ajuste ético de los profesionales en los ítems 1 y 38

*Nota: Para una mejor visualización gráfica se han aglutinado los porcentajes obtenidos en las opciones de respuesta 1 y 2 bajo el epígrafe "ajuste ético"*



### *Obtención del título de especialista vía residencia*

Nuestra hipótesis inicial fue que la obtención del título de especialista vía residencia, o haber prestado servicios en un circuito análogo de dispositivos de salud mental, se relacionaría con un mejor ajuste ético-deontológico-legal en las distintas situaciones profesionales que aquellos que lo hubiesen obtenido sin realizar la residencia o dicho circuito análogo.

Sin embargo, encontramos que sólo entre los especialistas que contaban con más de 10 años de trayectoria profesional, existían profesionales que no habían realizado la formación sanitaria especializada vía residencia.

Aplicamos el estadístico U de Mann Whitney, obteniéndose que en los ítems 9, 12, 16, 28, 43, 46 y 59 los profesionales ofrecían respuestas con diferencias estadísticamente significativas.

*Tabla 21*  
Resolución Deontológica y Obtención del título de Especialista tras residencia

<i>Ítem</i>	<i>Grupos</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
9	No Residencia Residencia	52.83 66.59	1305.0	.034*
12	No residencia Residencia	52.43 66.79	1288.5	.016*
16	No residencia Residencia	52.46 66.77	1290.0	.030*
28	No residencia Residencia	48.05 68.98	1109.0	.000**
43	No residencia Residencia	52.54 66.73	1293.0	.011*
46	No residencia Residencia	53.34 66.33	1326.0	.011*
59	No residencia Residencia	64.90 56.90	1349.0	.015

*Prueba U de Mann Whitney \*p. <.05; \*\* p. <.01*

Encontramos que, a excepción del ítem 43, las situaciones significativas estaban relacionadas con la dimensión “confidencialidad y consentimiento informado”, de modo que todas estas cuestiones fueron resueltas de modo más apropiado por los especialistas vía residencia respecto de los que no realizaron la formación sanitaria especializada vía PIR o MIR. Por su parte, el ítem 43, perteneciente a la dimensión “evaluación psicológica” fue valorado de modo más ajustado a las normas éticas por los especialistas que no realizaron el MIR o el PIR.

### ***Formación en aspectos ético-deontológicos y legales***

Planteamos que la formación en aspectos ético-deontológicos y legales se relacionaría con una resolución más ajustada de las situaciones.

Dada la asociación hallada entre la variable “formación en aspectos legales o deontológicos” y la categoría profesional, aglutinamos ambas variables para conformar una sola con las siguientes categorías:

- Psicólogo, clínico o residente, con formación en aspectos legales y/o deontológicos (158 participantes)
- Psicólogo, clínico o residente, sin formación en aspectos legales y/o deontológicos (41 participantes)
- Médico, psiquiatra o residente, con formación en aspectos legales y/o deontológicos (101 participantes)
- Médico, psiquiatra o residente, sin formación en aspectos legales y/o deontológicos (7 participantes)

Excluimos de nuestros análisis a la última de las categorías por constituir un grupo de tamaño muestral muy bajo.

A los otros tres grupos, lo sometimos a la prueba de Kruskal Wallis con objeto de conocer las diferencias en la valoración deontológica de los ítems del cuestionario: resultaron significativos los ítems 1 ( $p<.01$ ); 3 ( $p<.05$ ); 8 ( $p<.05$ ); 9 ( $p<.01$ ); 11 ( $p<.05$ ); 13 ( $p<.05$ ); 15 ( $p<.01$ ); 31 ( $p<.01$ ); 38 ( $p<.01$ ); 40 ( $p<.01$ ); 41 ( $p<.01$ ); 44 ( $p<.01$ ); 49 ( $p<.05$ ); finalmente, el ítem 50 ( $p<.05$ ).

Pueden verse a continuación, las comparaciones múltiples dos a dos de cada uno de los ítems significativos:

*Tabla 22*

Resolución Deontológica y Formación en aspectos ético-deontológicos y legales			
Ítem (Dimensión)	Grupo A	Grupo B	Grupo C
1 (Evaluación)	C**	C**	A**B**
3 (Psicoterapia)	--	C*	B*
8 (Confidencialidad)	B*	A*	--
9 (Confidencialidad)	C**	--	A**
11 (R. Duales)	--	--	--
13 (Confidencialidad)	--	C*	B*
15 (Confidencialidad)	C**	--	A**
31 (Confidencialidad)	C**	C**	A**B**
38 (Evaluación)	C**	--	A**
40 (R. Duales)	C**	--	A**
41 (Confidencialidad)	--	C*	B*
44 (Confidencialidad)	C**	C*	A**B*
49 (Investigación)	C**	--	A**
50 (Investigación)	C**	C**	A**B**

*Prueba U de Mann Whitney (con corrección de Bonferroni para tres comparaciones) de los ítems significativos. Las letras en cada celda se refieren a los grupos con valores significativamente diferentes (\* $p < 0,05/3$ ; \*\* $p < 0,01/3$ ) al que ocupa la celda.*

*Grupo A: Psicólogo con formación; Grupo B: Psicólogo sin formación; Grupo C: Médico con formación*

La tabla anterior muestra las diferencias halladas que, según parece, se deben en mayor medida a la categoría profesional del participante que a la formación en aspectos legales o deontológicos. Así, en el caso de los psicólogos, sólo el ítem 8 resulta ser significativo entre los profesionales con y sin formación. En el caso de las diferencias halladas entre los psicólogos sin formación y los médicos con formación, los ítems que resultan significativos suelen también serlos cuando se analizan las diferencias entre psicólogos y médicos con formación, excepción a esto último son los ítems 3, 13 y 41.

Pasamos a graficar los resultados referidos como significativos:

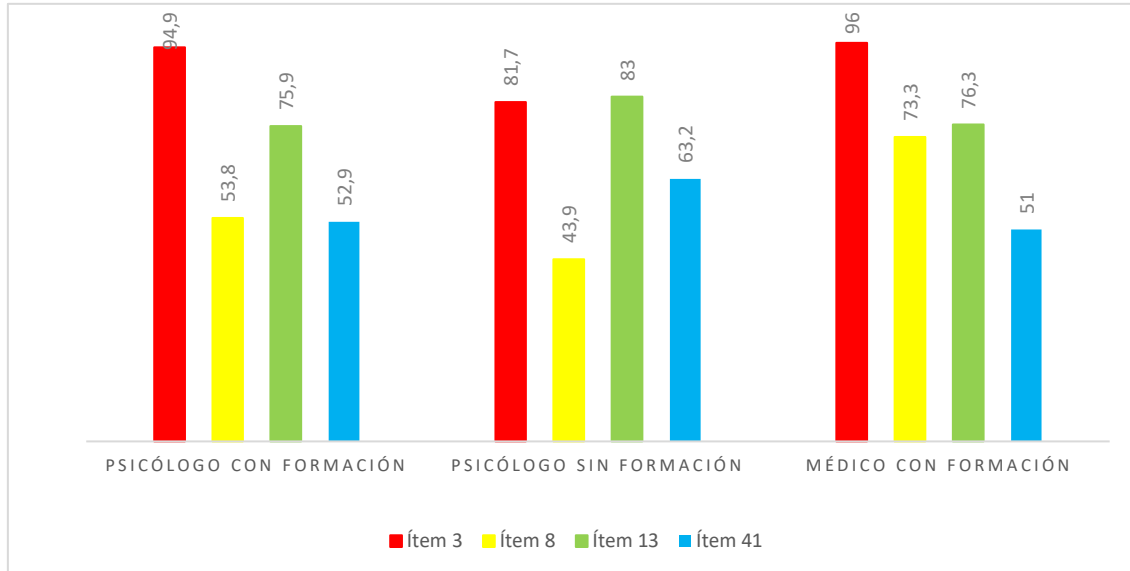


Figura 7. Formación en Aspectos Deontológicos y Legales y Ajuste ético de los profesionales en los ítems significativos. Nota: Bajo el epígrafe de “ajuste ético” se han aglutinado los porcentajes obtenidos en las opciones de respuesta 1 y 2 de los ítems 3, 8 y 41, así como en las opciones de respuesta 4 y 5 del ítem 13.

### ***Orientación terapéutica***

Consideramos que la orientación terapéutica del profesional se relacionaría con la forma de enfrentarse ante situaciones profesionales conflictivas desde el punto de vista ético.

En las siguientes figuras pueden observarse los porcentajes de “ajuste ético” en cada una de las situaciones planteadas en función de la orientación psicoterapéutica de los profesionales. Téngase en cuenta que se excluyeron a las orientaciones “Biologicista” (por estar fuertemente asociada a las categorías profesionales “Psiquiatra” y “Residente de Psiquiatría”), “Humanista” y “Otras”, estas dos últimas debido a que no estaban suficientemente representadas en nuestra muestra, contando tan sólo con 13 participantes.

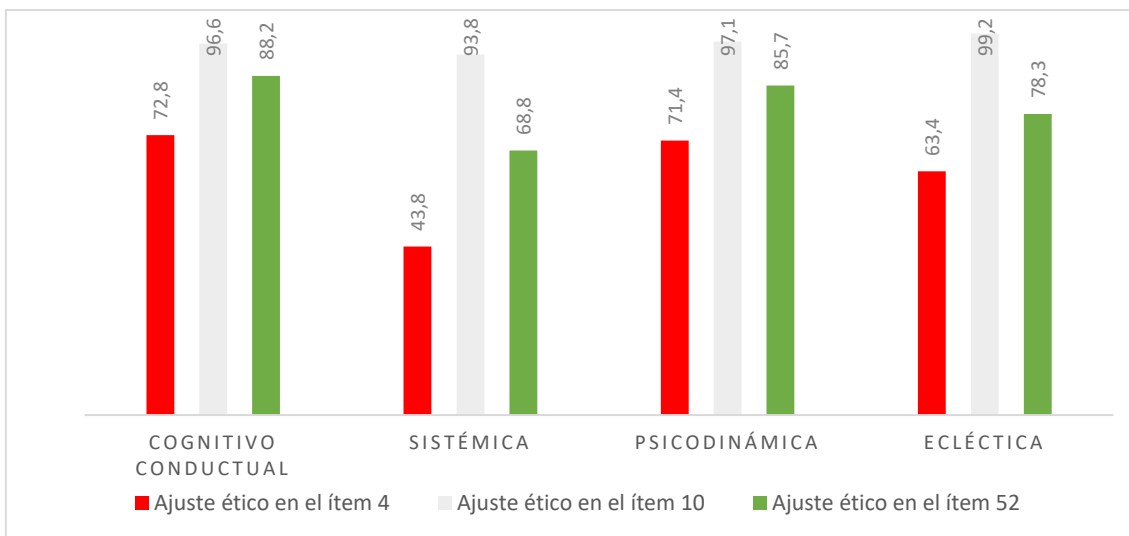


Figura 8. Orientación Terapéutica y Ajuste ético de los profesionales en los ítems significativos de la dimensión “Relaciones Duales”

Nota: Para una mejor visualización gráfica se han aglutinado los porcentajes obtenidos en las opciones de respuesta 1 y 2 bajo el epígrafe “ajuste ético”

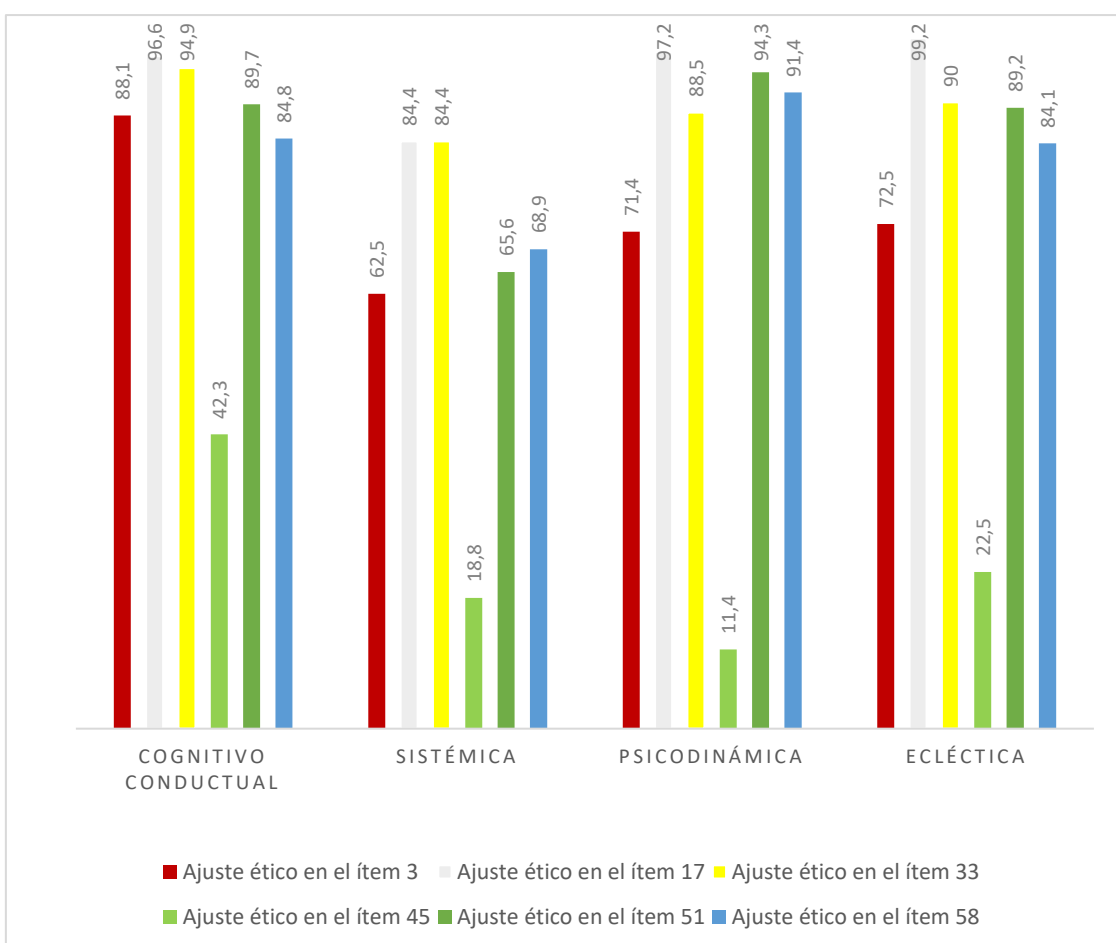


Figura 9. Orientación Terapéutica y Ajuste ético de los profesionales en los ítems significativos de la dimensión “Psicoterapia e Intervención”

Nota: Para una mejor visualización gráfica se han aglutinado los porcentajes obtenidos en las opciones de respuesta 1 y 2 bajo el epígrafe “ajuste ético”

Se realizó la prueba de Kruskal Wallis para conocer las diferencias en la valoración deontológica de las dimensiones “relaciones duales” y “psicoterapia e intervención” en función de cuatro de las orientaciones terapéuticas (cognitivo conductual, sistémica, psicodinámica y ecléctica-integradora). Los ítems 4 ( $p < .05$ ), 10 ( $p < .05$ ) y 52 ( $p < .01$ ) de la dimensión de “relaciones duales” así como los ítems 3 ( $p < .05$ ), 17 ( $p < .05$ ), 33 ( $p < .05$ ), 45 ( $p < .01$ ), 51 ( $p < .01$ ) y 58 ( $p < .05$ ) de la dimensión de “psicoterapia e intervención” resultaron significativos.

En la siguiente tabla, pueden verse las comparaciones múltiples dos a dos de los ítems significativos.

Ítem (Dimensión)	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D
3 (Psicoterapia)	C*D*	--	A*	A*
4 (R. Duales)	B*	A*	--	--
10 (R. Duales)	--	D*	--	B*
17 (Psicoterapia)	B*	A*	--	--
33 (Psicoterapia)	B*	A*	--	--
45 (Psicoterapia)	B**C**D**	A**	A**D*	A**C*
51 (Psicoterapia)	B*	A*C*D*	B*	B*
52 (R. Duales)	B*D*	A*	--	A*
58 (Psicoterapia)	--	C*	B*	--

*Prueba U de Mann Whitney (con corrección de Bonferroni para seis comparaciones) de los ítems significativos. Las letras en cada celda se refieren a los grupos con valores significativamente diferentes (\* $p < 0,05/6$ ; \*\* $p < 0,01/6$ ) al que ocupa la celda.*

*Grupo A: Cognitivo Conductual; Grupo B: Sistémica; Grupo C: Psicodinámica; Grupo D: Ecléctico-Integrador.*

## **5. DISCUSIÓN**

---





## **5.1 Valoración Deontológica y Ocurrencia de las situaciones planteadas**

---

Vamos a plantear la discusión en función de las dimensiones que se han analizado, desglosando el apartado de “confidencialidad y consentimiento informado” en dos: uno, referido a cuestiones relacionadas con menores y, otro, respecto de aspectos genéricos y comunes a la mencionada dimensión.

### **5.1.1. Confidencialidad y Consentimiento Informado**

Nuestros resultados apoyan la visión de Núñez-Cortés (2014), para quien la confidencialidad es un elemento distintivo de la relación terapéutica y el valor más asumido e interiorizado por parte de los clínicos. Considerada en su conjunto y con la excepción que posteriormente se expondrá, esta dimensión no sólo no ha arrojado dudas deontológicas de relevancia entre los profesionales que han participado en nuestro estudio, sino que además los clínicos han respondido con contundencia y claridad a las situaciones planteadas en los ítems, mostrando así su adherencia a un principio, el de la confidencialidad, altamente considerado y respetado por los clínicos participantes de nuestro estudio.

Existe, como acaba de referirse, una importante excepción. Y es que, lejos de ser una cuestión cerrada para los clínicos, nuestros resultados apoyan los planteamientos de Carasevici (2014), para quien los profesionales se sitúan con frecuencia en la controversia de mantener la confidencialidad o revelarla, en el caso que nos ocupa, a instancias superiores. Así, si bien los profesionales de salud mental conocen, a tenor de los resultados obtenidos, que el deber de secreto no es un derecho inquebrantable del paciente, como ya señalaban Bennett et al. (2007) no están plenamente informados de los límites de la confidencialidad cuando se trata de revelar información a instancias judiciales, ofreciendo las mayores dudas legales y ético-deontológicas ante ítems que plantean situaciones relacionadas con la petición de información de instancias judiciales. Este desconocimiento ha quedado patente tras el análisis de las respuestas ofrecidas. La valoración, no sólo controvertible y generadora de dudas entre los profesionales sino también errada, podría situar a los clínicos en una situación legal complicada. Por

ejemplo, en unos de los ítems planteados, casi el 70% de la muestra consideró éticamente apropiado negarse a contestar preguntas de un tribunal aduciendo condición de secreto profesional. Otra situación, de relativa incidencia, que pudiera generar problemas deontológicos o legales a los profesionales sería el relativo a la excesiva transferencia de información a instancias superiores; es decir, tras la petición del juzgado de la historia clínica de un paciente, facilitar la misma sin filtro alguno. Y es que, como sabemos, 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.

En definitiva, el manejo de la relación mantenida con las instancias judiciales, así como la información que se le transfiere supone un punto importante de conflicto y controversia para los profesionales respecto a la dimensión de confidencialidad y consentimiento informado.

### **5.1.2 Confidencialidad y Consentimiento Informado en menores**

Ware y Dillman (2014) ya señalaron la dificultad para adherirse a las normas éticas en la intervención con niños y niñas. Hemos podido corroborar en nuestro estudio que, considerada esta dimensión globalmente, las situaciones relacionadas con respecto a la confidencialidad y el consentimiento informado en la infancia son las que más dudas ético-deontológicas generan entre los especialistas. A tenor de los resultados, estas dificultades deontológicas parecen estar relacionadas con tres cuestiones:

1. En primer lugar, son altamente controvertibles, tal como nuestro estudio ha señalado, las situaciones que guardan relación con la atención a niños y niñas cuyos padres y madres están divorciados, obteniéndose además una considerable incidencia de violaciones a las normas ético-deontológicas y legales respecto de estas situaciones. En este sentido, Shumaker y Medoff (2013) señalaron la alta frecuencia con la que los progenitores divorciados difieren respecto de la necesidad de iniciar un tratamiento psicológico con el menor o de las metas a alcanzar con el mismo, por lo que consideran necesario el desarrollo de árboles de decisión respecto a esta cuestión en particular, consideración con la que coincidimos plenamente. A nuestro juicio, muy especialmente

debieran clarificarse las situaciones respecto de progenitores implicados en procesos de divorcio contencioso donde la petición, a veces encubierta, del progenitor demandante de la atención psicológica o psiquiátrica persigue la obtención de un informe que descalifique al otro progenitor, generalmente el no custodio, con intenciones de intenciones de modificar el régimen de custodia o de visitas.

2. Otro de los factores generadores de controversia pudiera tener relación con el escaso desarrollo de guías que orienten a los profesionales en torno a las deliberaciones deontológicas ante los “menores maduros”. Así, mientras que los profesionales de nuestro estudio, con matices que se analizarán en otro apartado respecto de las variables que influyen en la valoración deontológica, son conocedores del carácter involuntario de los ingresos en unidades de hospitalización de salud mental infantil, dudan considerablemente y ofrecen respuestas muy dispares respecto de la necesidad de obtener el consentimiento en menores con edades de 12 años, mostrándose favorables a que los menores de 15 años decidan en torno a si quieren o no participar de un tratamiento psicológico (situación 41). A nuestro juicio, consideramos que, si bien existe un marco legislativo clarificador respecto de la involuntariedad de los ingresos en la infancia (Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil; Barrios, 2003 y Espejel, 2004), no es igualmente comprensible la necesidad o no del consentimiento por parte de los menores, sobre todo, de los que aún no tienen los 16 años cumplidos. Así, la legislación actual (Ley Básica 41/2002) reconoce el ejercicio paulatino de los derechos de consentimiento de los niños a partir de los 12 años de edad en función de su madurez; el problema está en que el grado de capacitación para ejercer este derecho ha de ser determinado por el clínico y éste no encuentra ni en las guías ético-deontológicas ni en la legislación vigente pautas para el manejo deliberativo efectivo de estas situaciones, además de que tampoco existen procedimientos validados en esta población diseñados para tal fin.

3. Finalmente, podemos inferir de los resultados obtenidos que, en su mayoría, los participantes de nuestro estudio conocen el concepto de mayoría de edad sanitaria y se adhieren a los principios ético-deontológicos cuando se trata de actuaciones profesionales con personas de entre 16 y 18 años, tal como lo demuestran las respuestas ofrecidas a la situación planteada en el ítem 53. Sin embargo, en coherencia con otros

muchos estudios (Ginzburg y Gostin, 1986; Girardi et al., 1988; Gray y Harding, 1988; Harding, Gray y Neal, 1993; McGuire, Nieri, Sheridan, Abbot y Fisher, 2013), las dudas deontológicas se incrementan considerablemente en los casos en los que el profesional se sitúa ante el dilema de romper la confidencialidad ante conductas de riesgo y la imposibilidad de que corrija por sí mismo estas prácticas (ítem 21). En este caso, el concepto de mayoría de edad sanitaria no excluye que, como en el caso del resto de los adultos que son atendidos en salud mental, existan límites en torno a la confidencialidad.

Por otro lado, tal como ya se ha señalado, tratar a un menor requiere de contactos de coordinación intersectorial, tanto con dispositivos sanitarios como con no sanitarios (educación, judicatura y servicios sociales, fundamentalmente). En general, los resultados de nuestro estudios avalan el compromiso de los profesionales respecto de la necesidad de mantenerse fiel a los estándares éticos en lo referente a la divulgación de material sensible (pruebas testológicas y/o expedición de informes clínicos) a otros profesionales implicados en el abordaje integral del menor. Pese a la alta frecuencia, ya señalada por Mitchell (2011), de contactos de coordinación intersectorial en salud mental infantil, los profesionales conocen cómo han de manejarse con la confidencialidad y con la divulgación de la información a terceros, y valoran a las situaciones planteadas acorde a las normas ético-deontológicas, revelando además una escasa incidencia de transgresiones en este sentido.

Como ocurre con los adultos, las intervenciones con los menores son igualmente confidenciales, con las excepciones que la legislación y las guías deontológicas establecen y la consideración adicional de que son los progenitores quienes deben velar por la integridad moral y el bienestar físico y psicológico del menor. Las dudas en estos casos han sido mucho menores y los profesionales han ofrecido respuestas a los cuestionarios acorde a las normas éticas.

### **5.1.3 Relaciones Duales**

Con matices que luego se analizarán, podemos concluir que los profesionales consideran inadecuadas las relaciones con pacientes o supervisados clínicos al margen de las estrictamente profesionales. Desde nuestro punto de vista, el establecimiento de

cualquier tipo de relación dual se aleja del propio diseño de una psicoterapia y en ningún caso responde a necesidades del paciente o del supervisado sino a las del propio terapeuta o supervisor.

Nuestro estudio confirma la unanimidad, señalada en otras investigaciones (Baer y Murdoch, 1995; Deng et al., 2015), respecto a la consideración inapropiada de las relaciones sexuales con pacientes y la casi nula implicación en este tipo de contactos. Así, las relaciones duales de tipo sexual con pacientes constituye la variante de relación múltiple más inapropiada a juicio de los profesionales, dándose tan sólo un caso de este tipo de relaciones entre un profesional y un paciente. Pese a ello, la valoración respecto de la revelación de fantasías sexuales a pacientes no es tan contundente, si bien su incidencia es igualmente muy baja. Y aún menos taxativa es la valoración respecto de implicarse en relaciones sexuales con residentes o supervisados clínicos, aunque nuevamente la incidencia es muy baja.

En el otro extremo, la transgresión de los límites más aceptada por los profesionales la constituye el aceptar regalos como muestra de gratitud, si bien también es una situación generadora de controversia y duda entre los profesionales, observándose una incidencia importante en torno al 15%. Pese a ser una circunstancia de relativa incidencia, nuestra consideración al respecto es que también pudiera ser generadora de problemas en la relación terapéutica. Por ejemplo, pongamos por caso el de un paciente con diagnóstico de trastorno límite de personalidad que obsequia a su terapeuta, ejercitante en el ámbito público, con sendas botellas de vino y cava. A los pocos días de este obsequio, el paciente se presenta en la consulta del clínico y le solicita atención sin cita programada. El profesional, por su parte, explica al paciente que, desde el ámbito público asistencial, las consultas son siempre programadas y que sólo tienen la consideración de urgentes cuando así lo explicita y solicita el Médico de Atención Primaria. Ante la negativa del terapeuta, el paciente entra en cólera y recuerda al profesional el obsequio con el que le gratificó días antes; el terapeuta, por su parte, entra en un estado psicológico de obligación para con el paciente y accede a atenderle, perjudicando así la asistencia a otros usuarios. Dicho esto, ¿debería el clínico haber aceptado el regalo?; ¿hay regalos que pudieran aceptarse y otros que no?; ¿cuáles son los límites respecto del valor de los mismos?; y, finalmente, ¿debiéramos considerar el diagnóstico clínico del paciente para aceptar un obsequio del mismo?

Nuestra consideración al respecto es que, ante un obsequio, el profesional debe preguntarse si, tanto el rechazo del mismo como su aceptación, pudiera afectar de algún modo a la relación mantenida con el paciente en el sentido de alejarle de la objetividad necesaria para intervenir o, en su caso, generarle alguna tensión derivada de la obligación percibida de corresponder al mismo de algún modo, por ejemplo facilitándole el acceso al terapeuta sin cita programada u ofreciéndole más citas que a otros usuarios. Igualmente, y siempre desde nuestro punto de vista, debiera considerar si el rechazo de un pequeño obsequio pudiera afectar, más que beneficiar, a la relación mantenida con el usuario.

En cualquiera de los casos, lo que nos parece más importante es que las guías deontológicas clarificasen los pasos a seguir al respecto, facilitando así el consenso entre los profesionales. Hasta el momento, únicamente se explicita que los profesionales no deben prestar sus servicios aprovechándose de la situación de poder que su trabajo terapéutico le proporciona para reclamar remuneraciones especiales a las normales.

Con respecto a las relaciones sociales con pacientes, los profesionales valoran más negativamente interrumpir la terapia para ser amigo de un paciente que iniciar una relación de amistad al término de ésta, observándose no obstante una escasa incidencia de ambas conductas. En cualquier caso no se muestran taxativos en la valoración inapropiada de estas relaciones, lo cual contrasta con las normas éticas señaladas en algunos de los códigos vigentes (EFPA, 2005). Sin embargo, si atendemos exclusivamente al código deontológico médico o al código deontológico del psicólogo, podríamos entender las valoraciones de los profesionales dadas a este tipo de situaciones, ya que ninguno de los dos clarifican en modo alguno las directrices a seguir con respecto a las relaciones duales de tipo amistoso (COP, 1987-2010-2014; CDM, 2011). Constituir una relación al margen de la terapéutica con un paciente, podría situar al mismo en una posición de abandono, al no estar justificada esta relación adicional en base a criterios clínicos o formativos. Así, los modelos de decisión que se han desarrollado nos parecen adecuados para que el profesional se cuestione qué motivación, probablemente ajena a las necesidades del paciente, le insta a pretender el establecimiento de una relación extraterapéutica con el mismo. Algunos autores (De Sousa, 2012; Barnett, 2014) señalan la necesidad de los límites terapéuticos, aunque necesarios, cuenten con cierta flexibilidad, evitando así el riesgo de mostrarse excesivamente inaccesibles. Desde

nuestro punto de vista, estas “transgresiones” deberían considerarse igualmente a la luz de los modelos de toma de decisiones expuestos y, en todo caso, limitarse a conductas banales que, caso de no realizarse, pudieran afectar al proceso terapéutico más que beneficiarlo, como por ejemplo negarse a saludar con besos a un paciente tras despedirse del mismo. Pero algo muy diferente es el establecimiento de una relación de amistad con un paciente que, como señalan muchos autores (Gabbard, 1994; Pritchett y Fall, 2001), supone una amenaza potencial para el paciente incluso cuando la intervención psicoterapéutica ha finalizado, ya que el paciente podría requerir nuevamente de asistencia psicológica o psiquiátrica, además de que el establecimiento de dicha relación amistosa pudiera mantener la asimetría propia de la terapia pues el paciente difícilmente podría llegar a conocer aspectos íntimos de su terapeuta que éste, en cambio, sí conoce. Otros autores (Pipes, 1997) consideran que si la terminación de la terapia se hace de modo responsable y, en ningún caso, con la motivación de iniciar una relación con el paciente, podría no ser generadora de conflictos, considerando siempre un tiempo prudencial tras la terminación del tratamiento psicológico. Desde nuestro punto de vista, una psicoterapia se define en base a unos límites que clarifican los roles que corresponden a terapeuta y paciente. Transgredir estos límites implica, en la línea mantenida por Sonne (2007), un fracaso en el establecimiento de la relación profesional, de modo que a nuestro juicio no existiría ningún motivo clínico como para que un terapeuta hubiese de iniciar una relación extraprofesional de tipo amistoso con un paciente aunque sea pasado un tiempo. Es cierto que, azarosamente, la vida puede llevarte a situaciones excepcionales, pero desde el momento en el que el interés personal del terapeuta por iniciar una relación extraterapéutica con un usuario excede a la profesional, podríamos entender que los límites en torno a la relación clínica no sólo están en riesgo sino que, además, han fracasado.

Por otro lado, con respecto a relaciones duales financieras, los participantes de nuestro estudio, como se ha visto en el apartado anterior, las consideran inapropiadas, tanto si el paciente es actual o, lo que es lo mismo, sigue una terapia en curso, o si ya fue dado de alta, hecho que tampoco se explicita ni se detalla con claridad en los códigos deontológicos. E igualmente ocurre con respecto a acceder a ser el terapeuta de otro facultativo compañero o de un residente al que se supervisa, ambas conductas son consideradas inapropiadas y de escasa incidencia.

Con respecto a residentes o supervisados clínicos no está tan clara la cuestión, existiendo una mayor variabilidad en las respuestas ofrecidas al establecimiento de relaciones sexuales con residentes, así como menor unanimidad en torno a su valoración, informándose además de una mayor incidencia. Esto pudiera deberse a que los residentes tienen la doble consideración de profesional y de supervisado o, lo que es lo mismo, de personal en formación. Desde nuestro punto de vista, en la línea defendida por Cormier y Bernard (1982), los supervisados podrían sentirse del todo libres para aceptar o rechazar relaciones de este tipo con sus supervisores, teniendo en cuenta además que en algunas comunidades autónomas de nuestro país, como puede ser el caso de Madrid, son los jefes de servicio los que contratan a los especialistas tras su periodo formativo en base a los informes oportunos de los adjuntos y tutores de especialidad. Dicho de otra manera, los adjuntos se hallan en una posición de superioridad respecto del residente en este sentido. Además, las relaciones duales suponen 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. Hemos de tener en cuenta que el periodo de residencia es, a menudo, difícil; 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 periodo formativo de transición para convertirse en especialistas sanitarios y son constantemente valorados en sus intervenciones, intentan por ello validarse como profesionales y terapeutas conocedores de que sus tutores, como se ha referido más arriba, 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 sólo la revelación de sentimientos e inseguridades profesionales sino también confidencias personales y angustias vitales. Nuestra consideración respecto de las relaciones sexuales con supervisados se sitúan en la línea de las referidas por Harrar, VandeCreek y Knapp



(1990), quienes consideran que es importante dar prioridad al interés formativo del supervisado. Habría también de considerarse, tal como advierten Pope, Keith-Spiegel y Tabachnick (1987) y Salisbury, Ginorio, Remick y Stringer (1986), los sentimientos de los otros supervisados, quienes podrían considerar que no se encuentran en igualdad de condiciones respecto a la posibilidad de acceder a una futura carrera profesional dentro del servicio donde realizan la residencia, lo cual podría influir en que éstos reprimieran ciertas sugerencias o comentarios en seminarios o sesiones clínicas respecto del compañero o compañera con la que el tutor establece esta relación dual.

Estudios previos han relacionado la orientación terapéutica con la valoración de los problemas derivados del establecimiento de una relación dual así como con la decisión final de implicarse en relaciones de este tipo, si bien los resultados no han sido consistentes respecto a qué orientaciones son las que favorecen que los profesionales se impliquen en relaciones de este tipo (William, 1997). Sin duda, la relación terapéutica es concebida de diferente modo en función del paradigma desde el que se interviene. Esta investigación corrobora que la orientación terapéutica de los profesionales, tal como se ha analizado, parece influir en la valoración que los participantes realizan de las situaciones relacionadas con las relaciones duales de tipo sexual, no así en su incidencia. Así, los participantes con orientación sistémica se muestran más favorables que los profesionales de otras orientaciones en torno al mantenimiento de relaciones sexuales con pacientes que siguen una terapia en curso, siendo esta diferencia significativa con respecto a los profesionales de orientación ecléctica. Y lo mismo ocurre cuando se trata de mantener relaciones sexuales con residentes; los participantes con orientación sistémica, una vez más, son quienes realizan valoraciones más positivas de estas conductas; los terapeutas cognitivo conductuales quienes se muestran más adheridos a las normas éticas y rechazan este tipo de relaciones. Sin embargo, en contra de los resultados obtenidos por Borys y Pope (1989), los terapeutas psicodinámicos de nuestro estudio no diferían respecto de los de otras orientaciones en cuanto a la valoración de las situaciones relaciones con el establecimiento de relaciones sociales y financieras o de negocios.

Finalmente, serían también los terapeutas de orientación sistémica los que más favorables se posicionarían en torno a supervisar a residentes o a alumnos en prácticas que hayan sido pacientes con anterioridad. Desde nuestro punto de vista, igual que comentábamos respecto a las relaciones de amistad con expacientes, es muy

importante considerar la relación terapéutica que se ha mantenido con el supervisado: cuándo se produjo, qué tratamiento requirió, el conocimiento de aspectos íntimos, si es posible que el supervisado precise nuevamente de nuestra atención terapéutica, etc. En todo caso consideramos que, de acuerdo con la literatura revisada, debieran evitarse este tipo de relaciones.

#### **5.1.4 Evaluación Psicológica**

Como ya se ha referido en otro apartado, la utilidad de los test psicológicos (Muñiz, Hernández y Ponsoda, 2015) se asienta en tres pilares: la adecuada preparación de los profesionales, la utilización de pruebas con propiedades psicométricas adecuadas y el uso adecuado de las mismas.

Sin embargo, entre un 15% y un 20% de la muestra obtenida, como se ha analizado en el apartado anterior, considera éticamente apropiado que profesionales sin formación en psicometría y en evaluación psicológica hagan uso de test psicológicos y administren pruebas psicodiagnósticas, informando además de una incidencia importante, mayor del 40%, respecto de esta circunstancia. Estos datos chocan de lleno con las normas de la Comisión Internacional de Test (ITC, 2013), quienes señalan a la formación deficitaria en los aspectos evaluativos y psicométricos como la causa más frecuente del uso inapropiado de los test. Un análisis en torno a las variables que inciden y explican la valoración deontológica referida nos muestra que los profesionales de la medicina, frente a los psicólogos, son más proclives a que profesionales sin formación previa en psicometría o evaluación hagan uso del material testológico. Desde nuestro punto de vista, esto podría deberse a que precisamente este grupo profesional adolece de dicha formación en mayor medida que los profesionales de la psicología, quienes cuentan con materias específicas en estos ámbitos tanto en su formación universitaria como en la sanitaria especializada. Por tanto, es posible especular con que los profesionales de la medicina minimicen la importancia de una adecuada administración del test o prueba psicológica al desconocer la complejidad de las bases teóricas y experimentales que las sustentan, más aún cuando se trata de test psicológicos complejos, como pudiera ser el caso de un test de inteligencia.

Con respecto a la utilización de pruebas con garantías psicométricas de validez y fiabilidad, sólo algo más de la mitad de los profesionales considera éticamente inapropiado la utilización de material testológico sin cerciorarse previamente de su adaptación a la población de referencia a la que se aplica. A nuestro juicio, esto constituye una transgresión de las normas más básicas y elementales de evaluación psicológica (Muñiz, Hernández y Ponsoda, 2015; APA, 2002-2010), no sólo por el hecho en sí de la utilización inadecuada de las pruebas sino porque de las mismas se derivan decisiones que pudiesen resultar del todo erróneas, con el consiguiente perjuicio para el paciente y el alejamiento consecuente del principio bioético de beneficencia. Sin embargo, es posible que los profesionales implementen pruebas sin cerciorarse de su validación porque hagan un uso clínico derivado de una interpretación cualitativa de los datos obtenidos, más que un uso de las pruebas con fines experimentales derivado de la obtención cuantificada de los datos. De hecho, esta valoración se ve influida por los años de experiencia profesional. Así, los años de práctica alejan a los profesionales de la adecuación deontológica en torno a la utilización de pruebas con propiedades psicométricas pero, como se acaba de referir, esto pudiera ser debido a que los profesionales con más experiencia hicieran un uso más clínico que psicométrico de las pruebas, circunstancia que tiene sentido entre los profesionales de salud mental que no se dedican a la investigación.

Finalmente, los profesionales mostraron importantes dudas para determinar la valoración deontológica en torno a pruebas testológicas online, probablemente éstas estuvieran generadas por la práctica infrecuente que supone la evaluación a través de la red, corroborada no sólo con una incidencia ínfima sino también con que el grado de controversia o duda deontológica aumenta con los años de práctica profesional y, salvo excepciones, los profesionales de más edad se hallan con frecuencia menos avezados en las tecnologías en general, por lo que es posible que sus dudas ante la resolución eficaz de este ítem se debieran a tal circunstancia. En cualquier caso, en líneas generales, los profesionales consideran inapropiado el uso de cualquier de pruebas online pese a que algunas investigaciones (Buchanan, 2002 y Riva, Teruzzi y Arnolli, 2003) sugieren el uso de test online si éstos se hallan validados rigurosamente para ello, pudiendo constituir una alternativa al formato tradicional, circunstancia ésta que de momento no se da en la sanidad pública de nuestro país.

### 5.1.5 Psicoterapias

Probablemente, la controversia en torno a la consideración de la psicología como una disciplina científica se deriva de la diversidad de enfoques, escuelas y modelos existentes. La psicología no cuenta con un paradigma claro de referencia unánimemente compartido por toda la comunidad científica de profesionales. De este modo, los modelos psicoterapéuticos de referencia para médicos y psicólogos conllevan no sólo diferentes formulaciones psicológicas de los mismos casos clínicos sino también diferentes abordajes e intervenciones psicoterapéuticas. Pero además, dentro de una misma orientación existen diferentes escuelas y enfoques (por ejemplo, los modelos estructural e intergeneracional en terapia familiar sistémica o el condicionamiento clásico u operante dentro de la psicología conductual) y, en los últimos años, se han producido importantes desarrollos en torno a las terapias postracionalistas y de tercera generación.

Como se ha visto, la mayor parte de los profesionales de nuestro estudio intervienen desde un enfoque ecléctico. Sin embargo, desde nuestro punto de vista, decir que un terapeuta interviene desde tal paradigma integrador es decir muy poco, en tanto a día de hoy no existe un modelo teórico aglutinador con un marco de referencia común que permita el establecimiento de hipótesis psicológicas en torno a los problemas de los pacientes. Se podría argumentar, no obstante, que con eclecticismo no nos tendríamos necesariamente que estar refiriendo a un integracionismo teórico sino a un eclecticismo técnico que permitiese que el profesional hiciera uso de determinadas técnicas no ya porque estuviese de acuerdo con el marco teórico de referencia que las sustenta sino en base a la utilidad clínica que el profesional les confiere. Y, por otro lado, una técnica podría resultar útil a criterio del clínico no porque se hubiese constatado su eficacia empírica sino porque, en base a su experiencia profesional, considerase que podría beneficiar al paciente.

Los participantes de nuestro estudio consideran, en su mayoría, éticamente apropiada la implementación de técnicas psicológicas no validadas empíricamente pero sí eficaces desde su criterio personal y en base a su experiencia. Esta valoración, si bien se da sobre todo en profesionales que intervienen desde orientaciones ajenas al paradigma cognitivo conductual, se da también entre éstos. La gran mayoría de los profesionales admite haber implementado técnicas en función de su criterio y no en base a la evidencia

científica. Probablemente, si considerásemos cualquier disciplina científica ajena a la psiquiatría o la psicología clínica, nuestro ‘no’ a la implementación de técnicas no probadas empíricamente fuese taxativo, en tanto el principio bioético de beneficencia quedaría claramente comprometido. Ahora bien, la falta de consenso en torno a las mediciones de los resultados en psicoterapia, así como el énfasis excesivo otorgado a las técnicas en detrimento de la relación terapéutica (Lambert, 1992) podría explicar, desde nuestro punto de vista, que los profesionales hagan valoraciones positivas de esta situación.

Por otro lado, los participantes de nuestro estudio no se muestran contundentes en torno a la calificación negativa de la falta de consenso con el paciente en torno a las técnicas y objetivos de la psicoterapia (ítem 3), siendo los terapeutas psicodinámicos y eclécticos quienes, con respecto a los cognitivo conductuales, se posicionan más a favor de no contar con los pacientes para consensuar los procedimientos y los fines psicoterápicos. Desde nuestro punto de vista, resulta incuestionable la necesidad de alejarse de posicionamientos paternalistas, facilitando que los usuarios del tratamiento psicológico entiendan y compartan con el terapeuta los objetivos y fines del mismo, así como también sean conocedores de las tareas a llevar a cabo durante la psicoterapia (Cuijpers et al., 2008; Lambert, 2004; Karver, Handelsman y Bickman, 2006; Norcross, 2011; Shirk y Karver, 2003). Sería importante así, tras la formulación psicológica inicial del caso clínico, consensuar con el paciente objetivos del tratamiento, así como llegar a acuerdos en torno a los procedimientos o las tareas que, durante el mismo, pudieran llevarse a cabo. Esto nos permitiría el trabajo conjunto y colaborativo con el usuario de la intervención, así como la reevaluación continuada del proceso, no sólo en base a la mejoría subjetiva del paciente, sino también en torno a determinadas variables dependientes.

En nuestro contexto sanitario, las intervenciones con pacientes con trastornos psicológicos suelen, en su mayoría, ser farmacológicas. Esto sucede pese a la incursión creciente de psicólogos clínicos en el sistema y de la formación psicoterapéutica de muchos psiquiatras. Muy probablemente, ambas categorías profesionales introduzcan sesgos, a favor de lo biológico o de lo psicológico, en la conceptualización clínica del problema del usuario. Los pacientes, por su parte, también muestran sus preferencias hacia los tratamientos farmacológicos o hacia los psicológicos. En nuestro estudio, hemos

encontrado una gran variabilidad de respuestas en torno a la valoración de la situación 2, ítem que se refiere a iniciar un tratamiento psicológico con un paciente con una demanda exclusivamente farmacológica, informándose además de una incidencia importante respecto de iniciar tratamientos de este tipo en pacientes con demandas biológicas. Desde nuestro punto de vista, es importante informar al usuario de las alternativas de tratamiento existentes, tomar en consideración sus preferencias, valorar si es posible ajustar las mismas a las opciones terapéuticas disponibles y, en ningún caso, iniciar un tratamiento psicológico si la demanda es únicamente biológica, pues la adherencia del usuario al mismo sería difícil (Deacon y Abramowitz, 2005; Paris, 2008; Patterson, 2008; Solomon, Keitner, Ryan, Kelley y Miller, 2008; Vocks et al., 2010), sin que esto excluya la posibilidad de trabajar con entrevistas motivacionales, previas o concomitantes a la farmacoterapia, que pretendan la implicación del paciente en un abordaje psicológico.

Desde nuestro punto de vista y a la luz de los resultados obtenidos, algunos de los factores que podrían intervenir en la elección de un tratamiento psicológico son los siguientes:

- La eficacia empírica demostrada por la técnica psicológica.
- El paradigma de referencia en el que el profesional de la psicología clínica o de la psiquiatría se halla debidamente formado y capacitado.
- La experiencia del profesional y su criterio en base a ésta acerca de qué técnica o qué tratamiento resulta más adecuado (tratamientos psicológicos no probados empíricamente pero eficaces en base a la experiencia del clínico).
- La eficacia empírica demostrada por la técnica psicológica.
- Expectativas, preferencias y objetivos del paciente.
- Objetivos y fines del terapeuta.

Estos son algunos de factores que, se pondrían en juego en el momento de decidir qué tratamiento instaurar. Las situaciones analizadas revelan las discrepancias ético-deontológicas de los terapeutas, discrepancias que, como se ha analizado, guardan una gran relación con el modelo desde el que el terapeuta interviene.

Sin embargo, si con respecto a la elección del tratamiento y a sus fines existen grandes discrepancias, respecto al principio bioético de justicia existe un gran consenso

entre los participantes de nuestro estudio, como así se extrae de las respuestas emitidas a las situaciones 17 y 33. Pese a la unanimidad referida, son los terapeutas sistémicos quienes menos se ajustan a este principio bioético y los terapeutas cognitivo conductuales quienes más adheridos se hallan, según se desprende de los resultados obtenidos. En cualquier caso, parece que los participantes de nuestro estudio se muestran favorables a respetar la singularidad de las personas a las que atienden, aspecto que en nuestra opinión resulta básico en cualquier modalidad de psicoterapia y que, en la línea mantenida por muchos autores (Griner y Smith, 2006; Horrell, 2008; Huey y Polo, 2010; Whaley y Davis 2007), mejora la alianza terapéutica y es favorecedora del cambio.

Con relación a las terapias con pacientes múltiples, se han planteado algunas situaciones relacionadas fundamentalmente con la confidencialidad y la beneficencia.

Respecto a la confidencialidad en este tipo de terapias, los participantes consideraron del todo inadecuado revelar a uno de los cónyuges, en el contexto de una terapia de pareja, la infidelidad del otro sin consensuar previamente la política de secretos a llevar a cabo. Sin embargo, no se muestran taxativos en la valoración de la situación 25, en la que el terapeuta accede a entrevistarse individualmente con algún miembro de una terapia de familia sin que los otros sean conocedores de dicha entrevista. Los problemas ético-deontológicos que dificultan la valoración apropiada de estas situaciones tienen que ver con la falta de clarificación a los distintos miembros de la terapia múltiple acerca de qué relaciones y con qué límites se van a establecer con los distintos participantes, quién es o quiénes son los pacientes y cuáles son los aspectos relacionados con la confidencialidad.

En su mayoría, los terapeutas consideran inapropiado alentar a uno o ambos cónyuges a tener relaciones extramaritales para preservar una relación de pareja. Sin embargo, los terapeutas sistémicos, con respecto a los de cualquier otra orientación, son los que más favorables se muestran a realizar esta indicación terapéutica. Desde nuestro punto de vista, sugerir tales relaciones debe partir del supuesto de que el terapeuta las considera positivas. Y considerarlas de tal modo, a su vez, debe derivarse de un planteamiento o formulación clínica del caso acorde a las bases teóricas del paradigma de referencia desde el que se interviene. Esto nos lleva al eterno debate, ya señalado anteriormente, respecto de qué intervenciones benefician al paciente en psicoterapia (las

empíricamente validadas o las que el profesional considera en función del paradigma desde el que interviene).

La única situación controvertible identificada en la dimensión que nos ocupa, es la referida al ítem 30, donde los participantes expresan sus dudas respecto a iniciar una terapia de pareja en la que uno de los miembros, como demanda inicial, solicita separarse de su cónyuge. Esta situación se plantea precisamente para valorar la adecuación deontológica de los profesionales respecto del principio bioético de beneficencia en terapia de pareja, considerando que el inicio de la misma no se sostiene desde el instante en el que uno de los miembros no pretende la mejora de la relación, fin al que aspiraría una intervención terapéutica reparadora. Sin embargo, es posible que la controversia o duda deontológica mostrada por los profesionales responda, más que a una carencia deontológica, a una consideración más amplia de la terapia de pareja, en la que no necesariamente se persiga la restitución de la satisfacción marital sino la prevención o el tratamiento de trastornos asociados a un divorcio difícil.

Generalmente, las intervenciones psicológicas son llevadas a cabo cara a cara en nuestro sistema sanitario público. Excepciones a esta norma las constituyen las llamadas telefónicas a pacientes a los que, por motivos diversos, les es imposible acudir al centro de salud mental. Aún más excepcional, son las intervenciones psicológicas online, hasta el punto en el que casi el 95% de nuestra muestra refiere que nunca ha llevado a cabo intervenciones de este tipo. Los participantes de nuestro estudio se muestran contrarios a la consideración de que todos los trastornos psicológicos pudieran ser tratados online; habría una variabilidad importante, sin embargo, en torno a considerar apropiado llevar a cabo una psicoterapia por teléfono o internet. Es decir, para los profesionales que han participado en nuestro estudio llevar a cabo intervenciones alejadas de tradicional cara a cara es plausible y éticamente apropiado pero no serían válidas para cualquier trastorno psicológico. Esto implica que los profesionales consideran que, al menos para algunos cuadros psicopatológicos, es posible el establecimiento de relaciones terapéuticas y la implementación de técnicas psicológicas a través de la red o mediante contactos telefónicos, algo con lo que algunos autores (Evans, 2014; Mattison, 2012) no están del todo de acuerdo, sugiriendo a los terapeutas ser cautos a la hora de implicarse en este tipo de relaciones terapéuticas alejadas del cara a cara. Nuestro posicionamiento al respecto se acerca más a lo planteado por Mattison (2012), para quien las



intervenciones a través de la red constituyen una oportunidad para personas con dificultades de acceso a los servicios de salud mental. Hasta el momento, no obstante, ha sido más probable que se den este tipo de intervenciones en consultas privadas. Por otro lado, muchos terapeutas no se han animado a intervenir de este modo debido al miedo a no controlar los aspectos técnicos exigidos por la LOPD (Del Río, 2017). En cualquier caso, consideramos que son necesarios otros estudios que corroboren los resultados señalados por algunos autores (Andersson y Cuijpers, 2009; Cowpertwait y Clarke, 2013; Stefan y David, 2013; Vernmark et al., 2010) respecto de la eficacia de las terapias virtuales, así como la determinación tanto de los cuadros psicopatológicos que podrían beneficiarse de las terapias a través de la red como de los criterios de exclusión.

#### **5.1.6. Investigación**

La investigación ha sido, tradicionalmente, una tarea secundaria para los profesionales de la salud mental, quienes han desarrollado fundamentalmente una actividad clínico asistencial en el ámbito público. No obstante, no cabe duda que el trabajo científico es importante de cara al desarrollo de las distintas disciplinas que se ocupan de la salud mental, siendo señalada la necesidad de incorporar en la jornada de los clínicos espacios exclusivos para las actividades investigadoras (Ley 14/2007).

Los participantes de nuestro estudio consideran inadecuadas la utilización del engaño en las investigaciones, la comunicación tergiversada de resultados para sostener la hipótesis de partida inicial, así como causar daño emocional a pacientes en el transcurso de las investigaciones. Sin embargo, respecto a la utilización del placebo, los participantes ofrecen resultados contradictorios, existiendo diferencias entre las diferentes categorías profesionales.

Estas diferencias son en el sentido de que los profesionales de la psiquiatría consideran inadecuadas la utilización del placebo, mientras que los psicólogos clínicos y residentes se posicionan de modo más favorable respecto de la utilización de esta técnica metodológica. A nuestro juicio, esto podría suceder por tres motivos:

1. La formación en estadística, psicometría y metodología tienen 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).

2. 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). Entiéndase que por engaño en una investigación psicológica nos referimos al hecho de retener información por parte de los investigadores o, también, cuando éstos informan erróneamente acerca de la investigación. Es considerado así una estrategia de investigación necesaria en ciertas áreas de la psicología.

3. Históricamente, son muy numerosos los estudios en psicología en los que se ha utilizado el engaño como parte del procedimiento experimental (por ejemplo, Schachter, 1964), 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.

Respecto a la publicación de los resultados de una investigación, las situaciones planteadas se han referido a la autoría de trabajos científicos: los participantes de nuestro estudio parecen tener claro la inadecuación respecto de incluirse en trabajos de investigación en los que no han participado o, en el caso de haber contribuido secundariamente en el mismo (por ejemplo, mediante la introducción de datos estadísticos o la realización de traducciones), hacerlo incluyéndose como autor principal. Estas situaciones, pese a ser valoradas como inadecuadas, son en cambio las que ofrecen una mayor incidencia dentro de la dimensión de investigación. La APA (2002-2010) considera que la autoría principal ha de reflejar las contribuciones científicas de los profesionales involucrados. Sin embargo, los clínicos se ven beneficiados de las autorías a las que pertenecen pese a no participar en los trabajos y, en algunos casos, ni tan siquiera conocer las características más elementales del estudio en cuestión. Esto ocurriría, por

ejemplo, en los casos en los que se mantiene el orden institucional en las autorías de trabajos científicos, beneficiándose siempre a los jefes de equipo o tutores de los residentes. El problema radicaría en que estas inclusiones en las autorías podrían beneficiar la carrera profesional de algunos psiquiatras y psicólogos clínicos en detrimento de las de quienes no consienten su inclusión sin participación.

Finalmente, respecto al consentimiento informado, los profesionales que han participado en nuestro estudio consideran éticamente inapropiado negarse a informar de los resultados obtenidos en una investigación a pacientes que consienten participar en ella así como no permitirles abandonar la investigación aduciendo la firma del consentimiento informado.



## 5.2 Variables que influyen en la valoración deontológica

---

### 5.2.1 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, aún con matices dependientes de la comunidad autónoma que se analice, 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 valoran más adecuadamente conforme a las normas ético-deontológicas y legales las situaciones planteadas en torno a los ingresos hospitalarios, mostrando respuestas de las que se infiere un mayor conocimiento en los aspectos relativos a la normativa respecto de los ingresos involuntarios, en pacientes de todas las edades, en salud mental.

Justo lo opuesto sucede con las valoraciones testológicas. Cuando comentamos la dimensión de evaluación psicológica en el apartado anterior, ya apuntábamos a algunas de las razones que, a nuestro juicio, podrían estar en la base de las diferencias halladas entre psicólogos y médicos, diferencias que, muy probablemente, guardan relación con la formación pregrado que reciben un grupo y otro. Pero además consideramos a la evaluación psicológica como 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. Los problemas podrían surgir cuando el profesional de la psiquiatría delega en el personal de enfermería las funciones de valoración psicológica, pudiendo derivarse de los resultados obtenidos diagnósticos clínicos desacertados y decisiones inadecuadas en torno a los mismos.

Finalmente, en el caso de la atención a población infantil o adolescente, los profesionales que trabajan en este ámbito no ofrecen valoraciones deontológicas diferentes con respecto a los que no trabajan con menores. Este resultado nos parece especialmente preocupante en tanto, como ya se ha referido en el punto anterior, los

aspectos relacionados con la confidencialidad y el consentimiento informado de menores constituyen situaciones generadoras de controversia y dudas ético-deontológicas entre los profesionales, dudas que no se resuelven por el hecho de trabajar en el ámbito infantil.

Esperábamos que el trabajo habitual en ciertos ámbitos permitiese la resolución adecuada de las situaciones relacionadas con dichos ámbitos. Esto, como se acaba de referir, ha sido así respecto de las evaluaciones psicológicas y respecto de los ingresos hospitalarios; en cambio, no hemos hallado la misma asociación con respecto a la resolución de los dilemas relacionados con los menores de edad. Estos datos ponen de manifiesto el desconocimiento de los profesionales y la necesidad de implementar programas de formación reglada en aspectos ético-deontológicos y legales en salud mental, muy especialmente aquellos relacionados con el consentimiento por representación en la infancia.

### **5.2.2 Experiencia profesional**

Las dudas deontológicas de los profesionales, como hemos analizado, disminuyen muy pronto, a partir del año de experiencia profesional, manteniéndose más o menos estables a partir de ese momento. No obstante, que los profesionales no tengan dudas en torno a las situaciones planteadas no quiere decir que sus valoraciones en torno a las mismas sean acertadas, como pasaremos a comentar.

Las mayores diferencias las hemos hallado en las situaciones referidas a la confidencialidad y al consentimiento informado. En este ámbito, las respuestas ofrecidas a estas cuestiones en función de los años de experiencia profesional varían en el sentido de que los años de práctica mejoran el ajuste a las normas ético-deontológicas de los clínicos. Esto es así con la excepción de que los profesionales que cuentan con más de 10 años de experiencia no sólo no mejoran su ajuste ético sino que, en algunas de las situaciones planteadas, observamos descensos significativos. Esta salvedad podría ocurrir en tanto, como más tarde se analizará, no todos los profesionales que cuentan con una práctica superior a los 10 años han realizado la formación sanitaria especializada vía residencia, PIR o MIR, variable ésta de la que hemos determinado su influencia en las valoraciones deontológicas de los profesionales.

Por tanto, podemos afirmar que, 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. En tanto no existen profesionales que no hayan realizado la residencia y que cuenten con menos de 10 años de práctica profesional, no hemos podido realizar análisis en este sentido con los clínicos con menos experiencia.

Respecto al resto de dimensiones, han sido muchas menos las situaciones en las que hemos determinado diferencias asociadas a esta variable. Igualmente, hemos encontrado que los años de experiencia mejoran las valoraciones de los profesionales, observándose una mejor adecuación deontológica de las respuestas ofrecidas en los profesionales con más práctica clínica.

### **5.2.3 Orientación psicoterapéutica**

En otros apartados hemos analizado y comentado la influencia hallada entre el paradigma de referencia del profesional y las valoraciones en las dimensiones “relaciones duales” y “psicoterapia e intervención”.

### **5.2.4 Formación legal y ético-deontológica**

Al igual que ocurriera con la variable “experiencia profesional”, hemos constatado que los profesionales con formación ético-deontológica y legal ofrecen menos dudas deontológicas que los profesionales sin formación en este ámbito.

Sin embargo, consideramos que el hecho de que los profesionales muestren menos dudas no implica necesariamente mejor ajuste deontológico. De hecho, los resultados obtenidos nos permiten concluir que, de modo general, la formación legal y en aspectos ético-deontológicos no favorece la resolución eficaz de las situaciones planteadas en el cuestionario, si bien existe una exigua mejora en algunos aspectos relacionados con la confidencialidad y el consentimiento informado, probablemente porque son estas situaciones las que precisan del profesional un mayor conocimiento y formación, siendo como se ha señalado las que más dudas ético-deontológicas generan.

Lejos de considerar innecesaria la formación, consideramos conveniente la implementación de programas formativos reglados que incluyan la totalidad de las dimensiones contenidas en el cuestionario de ajuste deontológico. En este sentido, capacitar a los profesionales en las cuestiones relativas a los aspectos ético-deontológicos constituye un elemento clave en la formación de los futuros especialistas sanitarios (Nederlandt, 2009). Este autor invita a los 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) al alertar de que la enseñanza informal y el aprendizaje por ósmosis, entendiendo éste 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.

### **5.2.5 Consulta del código deontológico**

A la luz de los resultados, tampoco parece que esta variable se asocie con una mejor resolución de los ítems, con tan sólo dos excepciones en los ítems 12 y 45, relacionados con la confidencialidad y la psicoterapia respectivamente. De este modo, tendríamos que plantearnos si realmente los códigos son lo suficientemente esclarecedores y ajustados a los desarrollos deontológicos y normativos legales actuales. En este sentido, señalamos la necesidad de la revisión de los códigos éticos de médicos y psicólogos.

### **5.2.6 Formación sanitaria especializada vía residencia**

Constituye una variable de influencia considerable sobre algunas de las situaciones relacionadas con la confidencialidad y el consentimiento informado. Podemos concluir en base a los datos obtenidos que ser especialista vía residencia permite a los profesionales ajustarse en la valoración ético-deontológica relacionada con esta dimensión. Dicha relación no parece darse con respecto a otras dimensiones analizadas.



La formación especializada vía PIR ó MIR permite a los futuros especialistas rotar por diferentes dispositivos y unidades asistenciales, trabajar con poblaciones diversas, intervenir en programas de atención ambulatoria o de hospitalización (parcial o completa), realizar los trámites para gestionar ingresos hospitalarios (voluntarios o involuntarios)... No todos los especialistas han realizado la formación sanitaria especializada y, entre éstos, 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 los 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 vía residencia, difícilmente va a ser conocedor de los desarrollos normativos actuales que rigen los ingresos de menores en salud mental.



## **6. CONCLUSIONES**

---



Tras el análisis de las valoraciones de los profesionales de la salud mental en torno a algunas situaciones que pudieran plantearse en su práctica clínica, hemos determinado los ítems controvertibles y los imprecisos. A la luz de los resultados, y en líneas generales, consideramos que los profesionales de salud mental ajustan sus comportamientos en buena medida a las normas éticas y deontológicas. Existen, no obstante, distintas situaciones controvertibles e imprecisas que reflejan dificultades de los profesionales para valorar dichas situaciones desde un punto de vista ético, situaciones éstas relacionadas fundamentalmente, pero no exclusivamente, con aspectos referidos a la confidencialidad y al consentimiento informado en el ámbito de la salud mental infantil.

Además, tras el análisis de los resultados obtenidos en esta investigación, y considerando cada una de las hipótesis inicialmente propuestas, concluimos lo siguiente:

1. Los profesionales con menor experiencia profesional (residentes de primer año) presentan más dudas deontológicas que el resto. Sin embargo, a partir del primer año de experiencia, las situaciones que generan dudas a los clínicos y residentes en formación son similares.

2. Los profesionales con formación en aspectos ético-deontológicos y/o legales referidos a su especialidad presentan menos dudas deontológicas que los que nunca recibieron ese tipo de formación.

3. 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 fundamentalmente si los clínicos han realizado la formación sanitaria especializada. Así, los profesionales van ajustando sus valoraciones a la ética a medida que avanzan en su trayectoria profesional. Sin embargo, entre los profesionales que cuentan con más de 10 años de experiencia clínica, sólo los que han realizado la formación sanitaria especializada mejoran su competencia ético-deontológica con respecto a los que tienen menos años de experiencia profesional.

4. De modo general, los profesionales que refieren haber consultado el código deontológico no realizan valoraciones éticas más ajustadas a las normas deontológicas respecto de los que nunca han consultado el código.

5. El trabajo habitual en un ámbito se relaciona con una ejecución más ajustada desde el punto de vista ético-deontológico y legal en las situaciones que tienen que ver con ese ámbito específico. Así, los psicólogos clínicos y residentes, frente a los psiquiatras, resuelven mejor los ítems referidos a evaluación psicológica; por su parte, son los psiquiatras quienes realizan valoraciones más ajustadas a las normas ético-deontológicas respecto a los ingresos hospitalarios en salud mental. Sin embargo, no se han encontrado diferencias en la valoración ético-deontológica de aquellas situaciones referidas a menores en función de que se desarrolle o no un trabajo habitual con los mismos.

6. La consecución del título de especialista vía residencia, psiquiatra o psicólogo clínico, se relaciona con una valoración más ajustada a las normas ético-deontológicas y legales en la dimensión de confidencialidad y consentimiento informado, no ocurriendo lo mismo en otras dimensiones.

7. La formación en aspectos legales y deontológicos no se relaciona con las diferencias observadas en la valoración otorgada a las situaciones planteadas en el cuestionario por parte de los profesionales.

8. La orientación psicoterapéutica desde la que el profesional interviene se erige como una variable explicativa de las diferencias halladas en las valoraciones de algunas situaciones relacionadas con la dimensión “psicoterapia e intervención” así como con la dimensión “relaciones duales”, siendo los terapeutas sistémicos de nuestro estudio los que ofrecen más dificultades para valorar algunas situaciones conforme a las normas éticas y legales.

**7. CONSIDERACIONES PRÁCTICAS, LIMITACIONES Y  
PERSPECTIVAS FUTURAS**

---





## 7.1 Consideraciones prácticas

---

Una vez analizados los resultados obtenidos, consideramos que deben tenerse en cuenta para implementar o desarrollar medidas encaminadas a que los profesionales conozcan y se adhieran en mayor medida a las normas ético-deontológicas y legales que la legislación y los códigos deontológicos establecen. Para ello, creemos conveniente:

1. En primer lugar, una revisión, actualización y, sobre todo, una mayor explicitación, coherente con y acorde a la legislación actual, de algunas de las normas éticas y del articulado de los códigos deontológicos de las profesiones de medicina y psicología. Téngase en cuenta que, a la luz de los resultados obtenidos, los códigos deontológicos parecieran no orientar suficientemente a los profesionales. Así, consideramos importante que los mismos, o bien se modifiquen o, en su caso, se desarrollen documentos-guía adjuntos que clarifiquen a los clínicos los pasos a dar con respecto a algunas situaciones, sobre todo de aquéllas identificadas como controvertibles e imprecisas en este estudio. En el caso de psiquiatras, valoramos la existencia de un código deontológico específico para esta especialidad, pero consideramos conveniente dilucidar si psiquiatras y residentes en formación conocen de su existencia. Por su parte, el código deontológico de los profesionales de la psicología es, desde nuestro punto de vista, excesivamente antiguo y precisaría de una revisión y actualización.

2. El desarrollo de guías, como ya sucede respecto del establecimiento de las relaciones duales, a modo de árboles de decisión, que esclarezcan a los profesionales los pasos a dar respecto de situaciones identificadas en este estudio como controvertibles, siendo éstas relevantes en el ámbito de la infancia y, aún más específicamente por su incidencia, en el caso de menores cuyos progenitores están divorciados, situaciones que suelen estar relacionadas con la prestación del consentimiento informado por representación. También consideramos oportuno clarificar y desarrollar guías orientativas respecto de la valoración de la capacidad de madurez de los menores entre los 12 y los 16 años, así como otras que explicitasen los límites de la confidencialidad, incluyendo la información que se transfiere a instancias superiores.

3. Incidir en la formación reglada en torno a los aspectos legales y ético-deontológicos de los profesionales, tanto residentes como especialistas, especialmente

respecto de los aspectos identificados como controvertibles en este estudio. Muy preocupante consideramos el dato respecto de las escasas consultas de los códigos deontológicos profesionales que los residentes refieren, más aún cuando la formación en aspectos éticos y deontológicos forma parte del programa formativo de las especialidades de psicología clínica y psiquiatría. También preocupante consideramos el hecho de que la formación de los profesionales no se relacione con una mejor valoración de las situaciones planteadas en el cuestionario de ajuste ético. Ello podría deberse a que, tal vez, los clínicos no estén recibiendo la formación más adecuada por lo que debiera considerarse la inclusión de planes formativos reglados (Del Río, 2009).

## 7.2 Limitaciones

---

Nuestro estudio presenta limitaciones, algunas de ellas ya señaladas. En primer lugar, aunque contamos con una muestra de participantes numerosa, hubiera sido interesante contar con más residentes de psiquiatría. Aunque nuestro estudio no se centró en el análisis diferencial de las valoraciones deontológicas entre grupos profesionales, contar con una participación mayor de MIRes nos hubiese permitido disponer de una muestra más heterogénea y representativa, así como conocer más específicamente no sólo la competencia deontológica y las necesidades de estos profesionales en formación, sino también otros aspectos relacionados con su perfil profesional (por ejemplo, la orientación teórica).

Por otro lado, dadas las numerosas variables independientes, algunas de las modalidades de las mismas han quedado poco representadas. A la ya comentada escasa presencia de residentes de psiquiatría, habría que añadir la poca representación de profesionales con orientación humanista. Creemos que contar con más participantes de esta orientación habría enriquecido considerablemente nuestro estudio. Además, algunas de las variables independientes de nuestro estudio correlacionaban entre sí, situación que hemos solventado a nivel metodológico aglutinando ambas variables: así ha sido el caso, por ejemplo, de las variables “formación en aspectos legales o deontológicos” y “categoría profesional”. Como resultado de lo anterior, hemos obtenido un número muy escaso de médicos sin formación en aspectos legales o deontológicos referidos a su especialidad.

Además de lo anterior, consideramos que la modalidad “otras” en la variable “orientación psicoterapéutica” está escasamente definida. Así, esta modalidad podría haber sido señalada por profesionales que implementen terapias nada próximas en sus bases teóricas y/o experimentales, como pudieran ser las terapias de aceptación y compromiso, bioenergética, EMDR, mindfulness o algunas otras tan de moda actualmente.

Finalmente, el elevado número de variables dependientes de nuestro estudio ha supuesto una dificultad añadida a la hora de presentar y de graficar los resultados

obtenidos. Por propio diseño, dado la medida ordinal de las variables dependientes, se han tenido que utilizar estadísticos y gráficos que, en ocasiones, no resultaban ser todo lo ilustradores que pretendíamos. A esta circunstancia, hay que añadir que las gráficas han sido profusas pese a nuestro intento de simplificar en el mayor grado posible la presentación de los resultados. Una alternativa metodológicamente apropiada para solventar este problema habría sido la realización de un análisis factorial que hubiese delimitado las dimensiones analizadas, disminuyendo la complejidad de los análisis estadísticos y de las gráficas presentadas. Sin embargo, descartamos esta opción por dos motivos: primero porque un análisis factorial de un cuestionario de 61 ítems hubiese requerido de, al menos, 610 participantes, circunstancia ésta que consideramos de difícil alcance; y, segundo, y lo que consideramos más importante, una reducción de las dimensiones comportaría la eliminación de algunos de los ítems del cuestionario, siendo precisamente los ítems controvertibles o los errados los que quedarían excluidos de un análisis factorial (por no saturar ninguna dimensión de ajuste deontológico), circunstancia ésta alejada de nuestro interés, ya que son precisamente estas situaciones las que hemos pretendido considerar para su análisis.

### 7.3 Perspectivas futuras

---

Parece que los años de experiencia profesional favorecen la resolución eficaz de las situaciones controvertibles y el acercamiento a valoraciones deontológicas más acordes a las normas éticas. Sin embargo, consideramos que esta conclusión ha de matizarse para expresarse con cautela, ya que la formación de psicólogos clínicos y psiquiatras con más años de experiencia profesional difiera enormemente de quienes cuentan con menos trayectoria. Por lo pronto, sabemos que muchos de los profesionales de la psicología clínica y de la psiquiatría que cuentan con una experiencia profesional dilatada no realizaron la residencia y, por tanto, es posible encontrar a profesionales que, pese a contar con muchos años de experiencia, no hayan prestado sus servicios en dispositivos asistenciales diferentes; también sabemos que la formación en psicoterapia de los profesionales ha ido modificándose con el tiempo (por ejemplo, los residentes de psiquiatría parecen ser más biologicistas que sus adjuntos psiquiatras). Esto nos lleva a la reflexión de que quizá estudios longitudinales pudieran corroborar si los años de experiencia profesional conducen a una mejor resolución de situaciones éticas controvertibles y a una valoración ética de los ítems más próxima a las normas éticas. Especialmente relevante consideramos conocer qué ocurre con los residentes de psicología clínica y de psiquiatría durante los años de formación; sería de interés conocer sus respuestas antes y después de los años de formación sanitaria especializada.

Otro aspecto que consideramos para ulteriores investigaciones es conocer qué ocurre más específicamente con los residentes de psiquiatría, dado que este grupo profesional ha quedado escasamente representado en este estudio, tal como se refirió en otro apartado.

Por otro lado, las orientaciones psicoterapéuticas influyen poderosamente no sólo en la conceptualización de los trastornos psicológicos y en el abordaje de los mismos, sino también en las valoraciones ético-deontológicas a diferentes situaciones relacionadas con las relaciones duales y los tratamientos psicológicos. Consideramos conveniente un mayor desarrollo de estudios que no sólo determinen estas diferencias sino también que analicen en profundidad sus causas. Estudios en los que la orientación humanista o las nuevas terapias de tercera generación contasen con una mayor representación pudieran

resultar de relevancia. Y en cualquier caso, con independencia de la orientación del profesional, los códigos deontológicos de medicina y psicología han de garantizar un marco de referencia que oriente, guíe y clarifique a los profesionales respecto de sus actuaciones, sean llevadas a cabo éstas en situaciones que se tornen difíciles o generadoras de controversia profesional o no. Así, la revisión y el desarrollo de guías, a modo de árboles de decisión, podrían resultar de enorme interés de cara a complementar los escuetos y, a veces, lacónicos códigos deontológicos, evitando interpretaciones dispares entre profesionales e incluso entre colegios o asociaciones profesionales.

## **8. REFERENCIAS**

---





- American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American psychologist*, 57(12), 1060-1073.
- American Psychological Association. (2010). Amendments to the 2002 “Ethical principles of psychologists and code of conduct.” *American Psychologist*, 65(5), 493.
- 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. (2008). 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). New York: John Wiley & Sons.
- Barnett, J. E. (2008). 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., 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.
- Barnett, J. E., y Johnson, W. B. (2008). *Ethics desk reference for psychologists*. Washington, DC: American Psychological Association.
- 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
- Beahrs, J. O., y Gutheil, T. G. (2014). Informed consent in psychotherapy.
- 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., y Childress, J. (2009). *Principle of Biomedical Ethics*. Oxford University Press.
- Beauchamp, T.L. (2011). Informed consent: Its history, meaning, and present challenges. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 20(04), 515-523.
- 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.
- 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: APA.
- 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.
- Bloch, S., Chodoff, P., y Green, S. (2001). *La ética en Psiquiatría*. Madrid: Triacastela.
- 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.
- 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.
- 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., Fuhrman, 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.
- 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.
- 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.
- Chamarro, A. (Coord). (2007). *La ética del psicólogo*. Barcelona: UOC.
- Chesler, P. (1986). Sexuelle Beziehungen zwischen Patientin und Therapeut. *Frauendas Verrückte 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.

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>

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.

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 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., Mas, M. B., y Pérez, I. T. (2003). Valoración de los estudiantes de Psicología sobre la ética de algunas prácticas de los terapeutas. *Psicología conductual = behavioral psychology: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, (2), 261-281.
- Del Río, C. (2005). Guía de ética profesional en psicología clínica. Madrid: Pirámide.
- Del Río, C. (2007). Dilemas éticos relacionados con la confidencialidad. *Información psicológica*, (90), 12-27.
- Del Río, C. (2009). La docencia de la ética profesional en los estudios de psicología en España. *Papeles del Psicólogo*, 30(3), 210-219.
- Del Río, C. (2010). El consentimiento informado en menores y adolescentes: Contexto ético-legal y algunas consideraciones problemáticas. *Información Psicológica*, 100, 60-67.
- Del Río, C. (2017). Recomendaciones sobre la intervención psicológica mediante internet. <http://www.copao.es>
- Del Río, 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.
- 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.
- Engelhardt, T. H. (2004). *The foundations of bioethics*. New York: Oxford University Press.
- Espejel Jorquera C. (2004). El internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. Comentarios al art. 763 L.E.C. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 4, 47-62.
- European Federation of Professional Associations –EFPA– (2005). Metha Code of Ethics. <http://www.efpa.be>.
- European Federation of Psychologists Associations. Federación Europea de Asociaciones de Profesionales en Psicología. <http://www.efpa.be>. Traducción: M<sup>a</sup> Julia Alcalde. Adaptación: Carmen del Río Sánchez.
- 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.
- 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: Triascatela.
- 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.
- 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 supervisión: 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: Tricastela.
- 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.
- 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. 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.
- 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.
- 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. 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.
- 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.
- 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., 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, P.J, y Guyatt, G. H. (2004). Internet versus mailed questionnaires: a controlled comparison (2). *Journal of medical Internet research*, 6(4), 30-38.
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 102.
- Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, 74.
- 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 Orgánica 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 Orgánica 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 Orgánica 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica. *Boletín Oficial del Estado*, 288.

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. *Boletín Oficial del Estado*, 14.

Ley Orgánica 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 Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública. *Boletín Oficial del Estado*, 102.

Livesley, W.J. (2007). An integrated approach to the treatment of personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16, 131-148. DOI: 10.1080/09638230601182086

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.

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 a direct

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.

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. DOI: 10.1176/appi.ajp.2008.08040488
- 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. DOI: 10.1037/0033-2909.131.5.785
- 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., 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.
- 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 Wincze, J. (1995). *Professional-Psychology: Research and Practice*.
- 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 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. y Vasquez, M. J. (1999). On violating the ethical standards. *Update*, 1-2.
- 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.
- 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. 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. y Bajt, T. (1988) When laws and values conflict: A dilemma for psychologists. *American Psychologist*, 43(10), 828-829.
- Pope, K., y Vetter, V. (1991) Prior therapist-patient sexual involvement among patients seen by psychologists. *Psychotherapy*, 28(3), 429-438.



- Pope, K.S. (1992). Responsibilities in providing psychological test feedback to clients. *Psychological Assessment* 4(3), 268-271.
- 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., 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.
- 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.
- Rapin, L.S. (2004). Guidelines for ethical and legal practice in counseling and psychotherapy groups. En J.L. DeLucía-Waack, D.A. Gerrity, C.R. Kalodner, y M.T.
- 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.
- 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), 279-84.
- 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.
- 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. Ética en Psiquiatría. (2010). En J. Vallejo y C. Leal (Eds.). Tratado de Psiquiatría (pp.)Vallejo, J. y Leal, C. (2010). Barcelona: Ars Médica.
- Schachter, S. (1964). The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state. *Advances in experimental social psychology*, 1, 49-80.
- 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.
- Shaw, H. E., & 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. *Asociacion Española de Neuropsiquiatría*, 28(2), 327-350.
- 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.
- 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, 2007.
- 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. In: 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 decada after Tarasoff. *American Journal of Psychiatry*, 144(1), 68-74.
- Trepal, H., Haberstroh, H., Deffy, 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.

- Tryon, W.W. (1982). A simplified time series analysis for evaluating treatment interventions. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 15, 423-429.
- Tryon, W.W. (1984). A simplified time series analysis for evaluating treatment interventions: A rejoinder to Blumberg. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 17, 543-544.
- Tubbs, P., y Pomerantz, A. M. (2001). Ethical behaviors of psychologists: Changes since 1987. *Journal of clinical psychology*, 57(3), 395-399.
- Unicef. (1991). Convención sobre los Derechos del Niño.
- Urta, J. (2007). Dilemas éticos de los Psicólogos Jurídicos. *Anuario de psicología jurídica*, 17, 91-109.
- 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.

- 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.
- 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), 2191-4.
- 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>
- 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.





## **9. ANEXOS**

---



## Anexo 1. Escala de Ajuste Ético y Deontológico

### Situación 1: Acceder a que personal de enfermería administre un Test de Inteligencia a un paciente

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 1 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido esta situación en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 1 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Situación 2: Iniciar tratamiento psicoterapéutico con un paciente sin motivación alguna para iniciar dicho tratamiento y con demanda exclusivamente psicofarmacológica

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 2 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido esta situación en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 2 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Situación 3: No consensuar con el paciente las técnicas a implementar ni los objetivos a alcanzar en el transcurso de una psicoterapia

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 3 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 3 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 4: Acceder a supervisar a Residentes o a Alumnos en Formación que han sido pacientes nuestros anteriormente**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 4 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 4 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 5: Negarnos a iniciar una intervención psicoterapéutica con un paciente de 11 años, hijo de progenitores divorciados y un diagnóstico psicopatológico de escasa gravedad, dado el desacuerdo de uno de los progenitores con dicha intervención y no contar con la autorización judicial oportuna**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 5 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 5 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 6: Facilitar la Historia Clínica completa de un paciente a una Instancia Judicial que nos la solicita, incluyendo datos de terceros y apreciaciones subjetivas**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 6 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 6 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 7: Negarse a informar de los resultados obtenidos en una investigación a pacientes que consienten ser sujetos experimentales y que, por tanto, participaron en ella**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 7 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?					

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 7 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 8: Emitir un Informe Clínico de un paciente de 11 años y remitirlo al Orientador del Centro Educativo, Psicólogo, sin haber informado de ello ni al paciente ni a sus progenitores**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 8 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?					

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 8 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 9: Proponer el ingreso en una Unidad de Hospitalización de Salud Mental Infantil a un menor de 11 años con Diagnóstico Psicopatológico Grave pese a la oposición de sus progenitores**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 9 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?					

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 9 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 10: Mantener una relación sexual puntual con un paciente que sigue una terapia en curso**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 10 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 10 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 11: Revelar al paciente fantasías sexuales propias**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 11 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 11 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 12: Romper la confidencialidad, y así poder denunciar, si un paciente nos revela la intención de asesinar a su pareja**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 12 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 12 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 13: Proporcionar al paciente consentimiento informado sólo de forma oral**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 13 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 13 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 14: Incluirse en un trabajo de investigación como autor principal pese a no ser el profesional con mayor contribución científica en dicho trabajo**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 14 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 14 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 15: Comentar con un Psicólogo Escolar los resultados de un test de personalidad por parte de un adolescente de 16 años sin consentimiento previo de éste**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 15 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 15 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 16: Revelar información confidencial, relativa a un paciente, a petición de una instancia judicial, con la negativa expresa de dicho paciente**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 16 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 16 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 17: Manifestar el desacuerdo y censurar a un paciente que nos manifiesta sus creencias religiosas**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 17 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 17 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 18: Aceptar un regalo de un paciente valorado en más de 100 euros como muestra de gratitud**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 18 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 18 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**Situación 19: Acceder a que un paciente, pintor de profesión, nos pinte nuestra vivienda**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 19 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 19 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 20: Proceder al internamiento de un paciente en una Unidad de Hospitalización de Salud Mental sin realizar valoración previa del paciente y dando por buenas las revelaciones de un familiar próximo acerca de su salud mental**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 20 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 20 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 21: Informar a los progenitores de un menor de 17 años de que su hijo mantiene relaciones sexuales sin protección con una pareja infectada por el virus del VIH, después de haber fracasado en el intento de que el menor, por sí mismo, haya corregido esta práctica de riesgo**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 21 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 21 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 22: Aplicar un tratamiento experimental a un paciente con Trastorno Mental Grave, no incapacitado, con el consentimiento de su familia pero no del propio paciente**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 22 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 22 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 23: Ante la pretensión de validar un Cuestionario Infantil, prescindir del consentimiento de un menor, de 11 años de edad, al que van a aplicarse las pruebas oportunas para dicha validación pero sí contar con el de sus progenitores**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 23 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 23 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 24: Administrar una Escala sin cerciorarse previamente de su adaptación y validación en la población de referencia del paciente al que se le administra**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 24 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 24 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 25: En el curso de una Terapia Familiar, acceder a entrevistarse con uno de los miembros de la familia sin que los otros sean conocedores de dicha entrevista**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 25 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 25 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 26: En el caso de un niño de 11 años, hijo de progenitores divorciados y teniendo la custodia sólo el progenitor demandante, emitir informe clínico del mismo a petición del progenitor demandante de la intervención sin el consentimiento del otro progenitor**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 26 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 26 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 27: Romper la confidencialidad en el caso de un paciente que nos refiere ideación activa de muerte**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 27 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 27 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 28: Escribir en la Historia Digital del Paciente, de acceso a otros profesionales sanitarios, aspectos íntimos revelados por el mismo y no relacionados con lo estrictamente psicopatológico**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 28 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?					

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 28 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 29: 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**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 29 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?					

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 29 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 30: Acceder a iniciar una Terapia de Pareja en la que uno de los miembros, como demanda inicial, solicita ayuda para separarse de su cónyuge**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 30 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?					

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 30 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 31: Promover el ingreso involuntario de un paciente con Diagnóstico de Trastorno Mental Grave, descompensado psicopatológicamente, sin adherencia al tratamiento y con trastornos graves de conducta**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 31 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 31 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 32: En el curso de una Terapia de Pareja, revelar a uno de los miembros de dicha pareja la infidelidad del cónyuge, sin que previamente se haya consensuado con ambos la política a llevar a cabo con los posibles “secretos individuales” revelados al terapeuta**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 32 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 32 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 33: Tratar a un paciente de orientación homosexual con técnicas psicoterapéuticas destinadas a reorientar su sexualidad**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 33 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 33 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 34: Interrumpir la terapia para ser amigo de un paciente**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 34 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 34 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 35: Contratar a un antiguo paciente para que realice las tareas domésticas de casa**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 35 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 35 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 36: Notificar la existencia de posibles abusos sexuales a instancias judiciales por parte de un progenitor hacia un menor tras la revelación de éste en el transcurso de un tratamiento psicoterapéutico**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 36 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 36 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 37: 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**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 37 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 37 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 38: Acceder a que profesionales sanitarios, sin formación en Psicometría y Evaluación Psicológica, hagan uso de Tests Psicológicos**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 38 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 38 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 39: Llevar a cabo una intervención psicoterapéutica exclusivamente por teléfono o internet**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 39 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 39 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 40: Acceder a ser el terapeuta de otro Facultativo, Psicólogo Clínico o Psiquiatra, con el que se trabaja**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 40 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 40 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 41: Acceder a que un menor de 15 años se niegue a recibir tratamiento psicoterapéutico sin haberle alentado previamente para el inicio del mismo y estando sus progenitores en contra de dicha negativa**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 41 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 41 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 42: Tergiversar intencionadamente los datos de un estudio empírico para poder sostener nuestra hipótesis de partida**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 42 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 42 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**Situación 43: Acceder a alterar un diagnóstico para que un paciente pueda acceder a una prestación económica**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 43 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 43 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 44: No informar del propósito de una investigación a un paciente que participa en la misma**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 44 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 44 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 45: Aplicar técnicas psicoterapéuticas no contrastadas científicamente pero que, en base a la experiencia clínica, son consideradas eficaces a criterio del facultativo**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 45 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 45 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 46: Informar al paciente de que existen límites en la confidencialidad**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 46 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 46 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 47: No permitir a un paciente, que participa en una investigación, abandonar dicha investigación aduciendo que firmó un consentimiento informado**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 47 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 47 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 48: Iniciar una relación de amistad con un paciente nada más concluir la terapia**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 48 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 48 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 49: Ocultar a un paciente, que participa en una investigación, que formará parte de una condición experimental de placebo**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 49 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 49 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 50: Ocultar a pacientes que participan en una investigación el verdadero propósito de la misma y hacerles creer otros objetivos no veraces**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 50 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 50 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 51: Alentar, en el contexto de una Terapia de Pareja, a que uno o los dos miembros tengan relaciones extramaritales para preservar o mejorar la relación de pareja**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 51 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 51 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 52: Acceder a mantener relaciones sexuales con un supervisado (Residente o alumno en formación) siendo tutor clínico del mismo**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 52 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 52 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 53: Negarnos a entregar a un paciente de 17 años el informe clínico emitido y sí ofrecérselo, en cambio, a los progenitores acompañantes**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 53 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 53 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 54: Prescindir del consentimiento informado para una investigación**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 54 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 54 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 55: Incluirse en la autoría de un trabajo de investigación sin haber participado en el mismo**  
 ¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ	
Situación 55 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?						
	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 55 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 56: No obtener consentimiento informado por parte de un paciente por el hecho de tener un Trastorno Mental Grave**  
 ¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ	
Situación 56 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?						
	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 56 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 57: Colgar en la red la plantilla de corrección de un Test de Personalidad para que así pueda estar disponible al público**  
 ¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ	
Situación 57 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?						
	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 57 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 58: Considerar que todos los trastornos psicológicos pueden ser tratados on-line**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 58 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 58 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 59: Tras el fallecimiento de un paciente, acceder a facilitar a su hijo todas las revelaciones de aquél a lo largo de las sesiones psicoterapéuticas**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 59 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 59 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 60: Causar daño emocional a un sujeto experimental en el transcurso de una investigación**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 60 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 60 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Situación 61: Comunicar a los progenitores de un paciente menor de 16 años, toda la información revelada por éste en el transcurso de las entrevistas psicoterapéuticas**

¿Es ética la situación planteada?

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro	El algunas circunstancias	Rotundamente SÍ
Situación 61 (Valoración)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?

	Nunca	Raramente	A veces	Bastante a menudo	Muy a menudo	Circunstancia no aplicable a mi contexto clínico
Situación 61 (Incidencia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





## Anexo 2. Redacción Inicial de ítems

1. Acceder a que personal de enfermería administre un Test de Inteligencia a un paciente.
2. Administrar una Escala sin cerciorarse previamente de su adaptación y validación en la población de referencia del paciente al que se le administra.
3. Acceder a que profesionales sanitarios, sin formación en Psicometría y Evaluación Psicológica, hagan uso de Tests Psicológicos.
4. Permitir a un paciente, al que se le ha administrado una prueba de personalidad tipo MMPI, acceder a las puntuaciones en bruto de las distintas subescalas (sin ofrecer explicaciones de lo que éstas significan).
5. Firmar un Informe Clínico de un paciente con nuestro nombre, apellidos y número de colegiado sin hacer constar nuestra Categoría Profesional (es decir, sin hacer constar la categoría de psicólogo clínico o psiquiatra)
6. Acceder a firmar un Informe, también rubricado por un profesional del Trabajo Social, sin especificar qué contenidos de dicho informe se atribuye a cada uno de los profesionales.
7. Realizar fotocopias de un Test Psicológico para poder hacer un mayor uso de ese instrumento de medida.
8. Colgar en la red la plantilla de corrección de un Test de Personalidad para que así pueda estar disponible al público.
9. Acceder a alterar un diagnóstico para que un paciente pueda acceder a una prestación económica.
10. Utilizar programas no encriptados o sitios no seguros para hacer evaluaciones on-line.
11. Considerar tan válidas las evaluaciones on-line como las tradicionales cara a cara.
12. Mantener una relación sexual puntual con un paciente que sigue una terapia en curso.

13. Mantener relaciones sexuales con pacientes que fueron dados de alta hace 10 años.
14. Acceder a mantener relaciones sexuales con un supervisado (Residente o alumno en formación) siendo, al mismo tiempo, tutor clínico del mismo.
15. Invitar a un Residente o Alumno en Formación al cumpleaños de su Tutor.
16. Aceptar un pequeño obsequio, valorado en unos 15 o 20 euros, de un paciente como muestra de gratitud.
17. Ofrecer dinero a un paciente que precisa de ayuda económica por situación de desempleo y amenaza de desahucio.
18. Acceder a que un paciente, pintor de profesión, nos pinte nuestra vivienda.
19. Interrumpir la terapia para ser amigo de un paciente.
20. Iniciar una relación de amistad con un paciente nada más concluir la terapia.
21. Aceptar un regalo de un paciente valorado en más de 100 euros como muestra de gratitud.
22. Siendo tutor clínico de un residente o alumno en prácticas, ofrecerle al mismo ser su terapeuta.
23. Tomar una copa con un paciente con el que casualmente te encuentras en un bar.
24. Revelar detalles de tensiones propias a pacientes.
25. Asistir a un evento personal (boda, funeral, cumpleaños) de un paciente.
26. Acceder a llevar a un paciente a casa en nuestro vehículo.
27. Revelar al paciente fantasías sexuales propias.
28. Comentar con un paciente los planes que se tienen para las próximas vacaciones.
29. Proporcionar terapia a un familiar o amigo.
30. Contratar a un antiguo paciente para que realice las tareas domésticas de casa.
31. Acceder a ser el terapeuta de otro Facultativo, Psicólogo Clínico o Psiquiatra, con el que se trabaja.

32. Acceder a supervisar a Residentes o a Alumnos en Formación que han sido pacientes nuestros anteriormente.
33. Utilizar revelaciones personales como técnica terapéutica.
34. En el transcurso de una intervención psicoterapéutica, acceder a abrazar a un paciente.
35. Iniciar tratamiento psicoterapéutico que consideramos prioritario y de elección primera con un paciente que no tiene motivación alguna para realizarlo, que muestra rechazo a iniciar una psicoterapia y que exclusivamente demanda fármacos.
36. No consensuar con el paciente las técnicas a implementar ni los objetivos a alcanzar en el transcurso de una psicoterapia.
37. Acceder a iniciar una Terapia de Pareja en la que uno de los miembros, como demanda inicial, solicita ayuda para separarse de su cónyuge.
38. En el curso de una Terapia Familiar, acceder a entrevistarse con uno de los miembros de la familia sin que los otros sean conocedores de dicha entrevista.
39. En el curso de una Terapia de Pareja, revelar a uno de los miembros de dicha pareja la infidelidad del cónyuge, sin que previamente se haya consensuado con ambos la política a llevar a cabo con los posibles “secretos individuales” revelados al terapeuta.
40. Acceder a intervenir con un paciente individualmente y, al mismo tiempo, en sesiones de Terapia de Pareja.
41. Acceder a ser el terapeuta individual de distintos miembros de la familia.
42. Negarse a continuar con sesiones de Terapia Familiar si uno de los miembros no acude a las sesiones de modo reiterado.
43. Alentar a un paciente a divorciarse de su cónyuge.
44. Alentar, en el contexto de una Terapia de Pareja, a que uno o los dos miembros tengan relaciones extramaritales para preservar o mejorar la relación de pareja.
45. Tratar a un paciente de orientación homosexual con técnicas psicoterapéuticas destinadas a reorientar su sexualidad.

46. Animar a un paciente a denunciar a otro psicoterapeuta del que se sabe ha vulnerado gravemente la ley o alguna norma deontológica.

47. Desacreditar actuaciones profesionales de otros psicoterapeutas que intervienen desde otros paradigmas.

48. Dar de alta a un paciente que no está de acuerdo con la misma.

49. Aplicar técnicas psicoterapéuticas no contrastadas científicamente pero que, en base a la experiencia clínica, son consideradas eficaces a criterio del facultativo.

50. Manifestar el desacuerdo y censurar a un paciente que nos manifiesta sus creencias religiosas.

51. Llevar a cabo una intervención psicoterapéutica exclusivamente por teléfono o internet.

52. Considerar que todos los trastornos psicológicos pueden ser tratados on-line.

53. Romper la confidencialidad, y así poder denunciar, si un paciente nos revela la intención de asesinar a su pareja.

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

55. Ante un paciente de 11 años, hijo de progenitores divorciados y un diagnóstico psicopatológico de escasa gravedad, no iniciar intervención psicoterapéutica dado que uno de los progenitores no está de acuerdo con la misma y no se cuenta con autorización judicial.

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

57. Negarnos a entregar a un paciente de 17 años el informe clínico emitido y sí ofrecérselo, en cambio, a los progenitores acompañantes.

58. Proceder al internamiento de un paciente en una Unidad de Hospitalización de Salud Mental sin realizar valoración previa del paciente y dando por buenas las revelaciones de un familiar próximo.

59. Acudir a un supervisor clínico para el asesoramiento de un caso sin consentimiento explícito del paciente pero, en todo caso, sin que sea posible la identificación del mismo.

60. No obtener consentimiento informado por parte de un paciente por el hecho de tener un Trastorno Mental Grave.

61. Promover el ingreso involuntario de un paciente con Diagnóstico de Trastorno Mental Grave, descompensado psicopatológicamente, sin adherencia al tratamiento y con trastornos graves de conducta.

62. Proporcionar al paciente consentimiento informado sólo de forma oral.

63. En el transcurso de una Terapia individual con un paciente menor de 13 años, no revelar los datos expresados por el mismo a sus progenitores (en ningún caso los datos ponen en riesgo la salud o la integridad físicas del menor u otros).

64. Informar al paciente de que existen límites en la confidencialidad.

65. Informar a los progenitores de un menor de 17 años de que su hijo mantiene relaciones sexuales sin protección con una pareja infectada por el virus del VIH, después de haber fracasado en el intento de que el menor, por sí mismo, haya corregido esta práctica de riesgo.

66. Acceder a que un menor de 15 años se niegue a recibir tratamiento psicoterapéutico sin haberle alentado previamente para el inicio del mismo y estando sus progenitores en contra de dicha negativa.

67. Notificar la existencia de posibles abusos sexuales a instancias judiciales por parte de un progenitor hacia un menor tras la revelación de éste en el transcurso de un tratamiento psicoterapéutico.

68. Facilitar la Historia Clínica completa de un paciente a una Instancia Judicial que nos la solicita, incluyendo datos de terceros y apreciaciones subjetivas.

69. 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.

70. Comunicar a los progenitores de un paciente menor de 16 años, toda la información revelada por éste en el transcurso de las entrevistas psicoterapéuticas.

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

72. Escribir en la Historia Digital del Paciente, de acceso a otros profesionales sanitarios, aspectos íntimos revelados por el mismo y no relacionados con lo estrictamente psicopatológico.

73. Proponer el ingreso en una Unidad de Hospitalización de Salud Mental Infantil a un menor de 11 años con Diagnóstico Psicopatológico Grave pese a la oposición de sus progenitores.

74. Emitir un Informe Clínico de un paciente de 11 años y remitirlo al Orientador del Centro Educativo, Psicólogo, sin haber informado de ello ni al paciente ni a sus progenitores.

75. Comentar con un Psicólogo Escolar los resultados de un test de personalidad por parte de un adolescente de 16 años sin consentimiento previo de éste.

76. Revelar información confidencial, relativa a un paciente, a petición de una instancia judicial, con la negativa expresa de dicho paciente.

77. Administrar un Test de Personalidad a un paciente con interés exclusivamente investigador y no informar a dicho paciente de lo irrelevante que resulta la aplicación de la prueba de cara a su proceso terapéutico.

78. Acceder a que en una terapia de grupo estén personas que se conocen entre sí.

79. No informar del propósito de una investigación a un paciente que participa en una investigación.

80. Aplicar un tratamiento experimental a un paciente con Trastorno Mental Grave, no incapacitado, con el consentimiento de su familia pero no del propio paciente.

81. Prescindir del consentimiento informado para una investigación.

82. Ante la pretensión de validar un Cuestionario Infantil, prescindir del consentimiento de un menor, de 11 años de edad, al que van a aplicarse las pruebas oportunas para dicha validación pero sí contar con el de sus progenitores.

83. Utilizar a residentes o a estudiantes como sujetos controles en investigaciones.

84. Causar daño emocional a un sujeto experimental en el transcurso de una investigación.

85. Negarse a informar a pacientes que consienten ser sujetos experimentales de los resultados obtenidos.

86. Incluirse en la autoría de un trabajo de investigación sin haber participado en el mismo.

87. Incluirse en un trabajo de investigación como autor principal pese a no ser el profesional con mayor contribución científica en dicho trabajo.

88. 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.

89. Tergiversar intencionadamente los datos de un estudio empírico para poder sostener nuestra hipótesis de partida.

90. No permitir a un paciente, que participa en una investigación, abandonar la investigación aduciendo que firmó un consentimiento informado.

91. Ocultar a un paciente, que participa en una investigación, que formará parte de una condición experimental de placebo.

92. Ocultar a pacientes que participan en una investigación el verdadero propósito de la misma y hacerles creer otros objetivos no veraces.





### Anexo 3. Juicio de Expertos

Ítem	Experta 1	Experta 2	Experto 3	Experta 4	Experto 5	Experto 6	Sumatorio	INDICE
1	1	1	1	1	1	1	6	1
2	1	1	1	-1	0	1	3	0,5
3	1	1	1	1	1	1	6	1
4	0	1	-1	-1	1	1	1	0,1666
5	-1	0	-1	-1	0	-1	-4	-0,6666
6	-1	1	0	-1	0	0	-1	-0,1666
7	-1	-1	-1	-1	0	1	-3	-0,5
8	1	1	1	-1	1	1	4	0,6666
9	1	0	1	0	1	0	3	0,5
10	-1	1	1	-1	0	0	0	0
11	0	0	1	-1	0	0	0	0
12	1	1	1	1	1	1	6	1
13	1	0	0	0	0	1	2	0,3333
14	1	1	1	1	1	1	6	1
15	0	1	0	0	0	1	2	0,3333
16	-1	1	-1	-1	-1	1	-2	-0,3333
17	-1	1	1	-1	0	1	1	0,1666
18	1	1	1	0	0	1	4	0,6666
19	1	1	1	1	0	1	5	0,8333
20	1	1	1	-1	0	1	3	0,5
21	-1	1	1	0	1	1	3	0,5
22	1	1	1	1	0	1	5	0,8333
23	0	1	0	-1	0	1	1	0,1666
24	-1	1	1	-1	0	0	0	0
25	0	1	1	-1	0	1	2	0,3333
26	0	1	0	-1	-1	1	0	0
27	1	1	1	0	0	0	3	0,5
28	0	1	-1	-1	-1	0	-2	-0,3333
29	0	1	1	-1	-1	1	1	0,1666
30	0	1	1	0	0	1	3	0,5
31	1	1	1	1	1	1	6	1
32	1	1	1	0	0	1	4	0,6666
33	-1	1	0	-1	0	0	-1	-0,1666
34	0	1	0	-1	-1	0	-1	-0,1666
35	1	1	1	-1	0	1	3	0,5
36	1	1	1	1	0	1	5	0,8333
37	0	1	0	1	1	1	4	0,6666
38	1	1	1	1	0	1	5	0,8333
39	1	1	1	1	1	1	6	1

40	0	0	0	-1	1	1	1	0,1666
41	-1	1	0	-1	0	1	0	0
42	-1	1	-1	0	0	1	0	0
43	-1	1	1	-1	-1	1	0	0
44	1	1	1	-1	1	1	4	0,666
45	1	1	1	-1	0	1	3	0,5
46	-1	1	-1	-1	-1	1	-2	-0,3333
47	-1	1	1	-1	-1	1	0	0
48	1	1	1	-1	-1	1	2	0,3333
49	1	1	1	0	0	1	4	0,6666
50	1	1	1	-1	0	1	3	0,5
51	0	1	1	0	0	1	3	0,5
52	-1	1	1	0	1	1	3	0,5
53	1	1	1	1	1	1	6	1
54	1	1	1	1	1	1	6	1
55	0	1	1	1	1	1	5	0,8333
56	1	1	1	0	1	1	5	0,8333
57	1	1	1	0	1	1	5	0,8333
58	1	1	1	1	0	1	5	0,8333
59	-1	1	1	-1	-1	1	0	0
60	1	1	1	0	0	1	4	0,666
61	1	1	1	0	0	1	4	0,666
62	1	1	1	0	0	1	4	0,666
63	1	0	-1	0	0	1	1	0,1666
64	1	1	1	0	-1	1	3	0,5
65	1	1	1	0	0	1	4	0,666
66	0	1	1	0	0	1	3	0,5
67	1	1	1	-1	1	1	4	0,666
68	1	1	1	0	1	1	5	0,8333
69	1	1	1	0	0	1	4	0,6666
70	1	1	1	0	0	1	4	0,6666
71	1	1	1	0	0	1	4	0,6666
72	0	1	1	1	1	1	5	0,8333
73	1	1	1	0	1	1	5	0,8333
74	1	1	1	1	1	1	6	1
75	0	1	1	1	1	1	5	0,8333
76	1	1	1	0	0	1	4	0,6666
77	-1	-1	0	1	0	1	0	0
78	-1	1	0	-1	0	0	-1	-0,1666
79	1	1	1	1	1	1	6	1
80	1	1	1	1	0	1	5	0,8333

81	1	1	1	1	1	1	6	1
82	1	1	1	0	1	1	5	0,8333
83	-1	0	-1	-1	-1	1	-3	-0,5
84	1	1	1	0	0	1	4	0,6666
85	0	1	1	0	0	1	3	0,5
86	1	1	1	0	0	1	4	0,6666
87	1	1	1	0	0	1	4	0,6666
88	1	1	1	0	0	1	4	0,6666
89	1	1	1	1	1	1	6	1
90	1	1	1	1	1	1	6	1
91	0	1	1	0	1	1	4	0,6666
92	0	1	1	1	1	1	5	0,8333



## Anexo 4. Cuestionario de Perfil Sociodemográfico y Profesional

### Sexo

- Mujer
- Hombre

### Edad

- Menos de 30 años
- Entre 30 y 44 años
- Entre 45 y 59 años
- 60 ó más de 60 años

### Por favor, consigna tu categoría profesional

Recuerda que este cuestionario NO está dirigido a Psicólogos que no ostenten el Título Oficial de Especialista en Psicología Clínica ni a Médicos que no sean Especialistas en Psiquiatría SALVO que estén realizando el PIR o el MIR

- Psicólogo/a Clínico/a
- Psiquiatra
- PIR Psicología Clínica
- MIR Psiquiatría

### Indica tus años de práctica profesional

Recuerda que contabilizan los años como Residente (MIR o PIR)

- Menos de 1 año
- Entre 1 y 4 años
- Entre 4 y 10 años
- Más de 10 años

### ¿Cuál es el dispositivo asistencial donde prestas servicios actualmente?

- Aún soy Residente
- Dispositivo Comunitario de Salud Mental (Centro de Salud Mental)
- Unidad de Salud Mental Infantil y Juvenil
- Comunidad Terapéutica
- Unidad o Centro de Rehabilitación de Salud Mental
- Hospital de Día de Salud Mental
- Unidad de Hospitalización de Salud Mental

- Unidad de Interconsulta y Enlace
- Otros

**En el dispositivo donde prestas servicios, ¿atiendes también a menores de edad?**

- Sí, a menores de todas las edades
- Sí, pero no a menores de 16 años
- No

**Por favor, señala la orientación teórica desde la que intervienes**

- Cognitivo - Conductual
- Sistémica
- Psicodinámica
- Humanista - Experiencial
- Ecléctica - Integradora
- Biologicista
- Otras

**¿Obtuviste la Especialidad vía MIR o PIR?**

Contestar en caso de ser Especialista; No hacerlo en caso de ser aún PIR o MIR

- Sí
- No

**¿Alguna vez has recibido formación en aspectos éticos y deontológicos referidos a tu especialidad?**

- No, nunca
- Sí, hace más de 10 años
- Sí, hace menos de 10 años

**¿Alguna vez has recibido formación en aspectos legales y jurídicos en torno a tu especialidad?**

- No, nunca
- Sí, hace más de 10 años
- Sí, hace menos de 10 años

**En caso de NO haber obtenido la especialidad vía PIR o MIR, ¿Has prestado tus servicios en, al menos, cinco dispositivos distintos de salud mental?**

Contesta sólo si eres Especialista en Psiquiatría o Psicología Clínica

- Sí
- No

**¿Consultas el Código Deontológico Médico o el Código Deontológico del Psicólogo?**

- No, nunca
- Sí, lo he consultado en alguna ocasión
- Sí, lo consulto habitualmente

**Por favor, indica la Comunidad o Ciudad Autónoma donde trabajas o, en su caso, donde prestaste tus servicios por última vez**

- Andalucía
- Aragón
- Asturias
- Baleares
- Canarias
- Cantabria
- Castilla La Mancha
- Castilla y León
- Ceuta
- Cataluña
- Extremadura
- Galicia
- La Rioja
- Madrid
- Melilla
- Murcia
- Navarra
- País Vasco
- Valencia





## **Anexo 5: Consentimiento Informado, Condiciones de participación e Instrucciones de Cumplimiento**

Mi nombre es Joaquín Pastor Morales, soy Psicólogo Clínico en los HH.UU Virgen del Rocío de Sevilla y Doctorando el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Sevilla.

He elaborado un cuestionario que gira en torno a dilemas éticos surgidos en la práctica clínica de Psicólogos Clínicos, Psiquiatras y Residentes de estas dos especialidades del sistema sanitario público español.

Me gustaría contar con tu participación: soy conocedor de las limitaciones de tiempo de todos y, por ello, agradezco especialmente tu interés en la realización del mismo.

Tu participación en este cuestionario es VOLUNTARIA, ANÓNIMA y, en cualquier caso, tus respuestas serán CONFIDENCIALES, utilizándose los datos obtenidos para fines exclusivamente investigadores.

Con este cuestionario, cuya contestación te llevará en torno a 20 minutos, se pretende conocer la incidencia y la valoración ética de determinadas situaciones generadoras de conflictos entre los principios éticos.

Agradezco enormemente tu tiempo e interés en la realización del cuestionario.

### **ANTES DE PARTICIPAR, LEE CON ATENCIÓN**

Para participar, debes estar en alguna de las dos condiciones siguientes:

1- Ser Psicólogo Clínico o Médico Psiquiatra ejercitante en el ámbito público o, en el caso de no ejercer en el ámbito público actualmente, haberlo hecho en los cinco últimos años en el sistema sanitario público español.

2- 2- Estar realizando la residencia en Psiquiatría (MIR) o en Psicología Clínica (PIR) o, en su caso, haberla concluido hace menos de cinco años y haberla realizado en el sistema sanitario público español. Recuerda que este cuestionario NO ofrece feedback inmediato aunque, si introduces clave al final del mismo, podrás tener acceso a tus resultados a partir del próximo verano de 2015, fecha en la que se prevé estará realizada la validación psicométrica de este instrumento.

### **Situaciones o Dilemas**

A continuación, aparecen 62 situaciones o dilemas éticos surgidos en la práctica. Como ya hemos comentado, se trata de que contestes, mediante respuestas consignadas en escala tipo Likert, acerca de tu valoración en torno al grado en el que consideras a esa situación como ética o no ética y, por otro lado, si dicha situación te ha ocurrido en tu práctica profesional. Es decir, como puedes comprobar a continuación, se plantea una situación o dilema y dos preguntas en torno a ella: "¿Es ética la situación planteada?" y "¿Te ha ocurrido esta situación en tu práctica profesional?")(\*)

(\*): MUY IMPORTANTE: Con la pregunta "¿Te ha ocurrido esta situación en tu práctica profesional?" nos referimos a si te ha ocurrido esta situación a ti, en primera persona, y no a si has sido testigo de que un compañero o compañera haya protagonizado dicha situación. Por ejemplo, en la pregunta número 1, nos referimos a si tú has accedido a que personal de enfermería administre un test de inteligencia a un paciente.

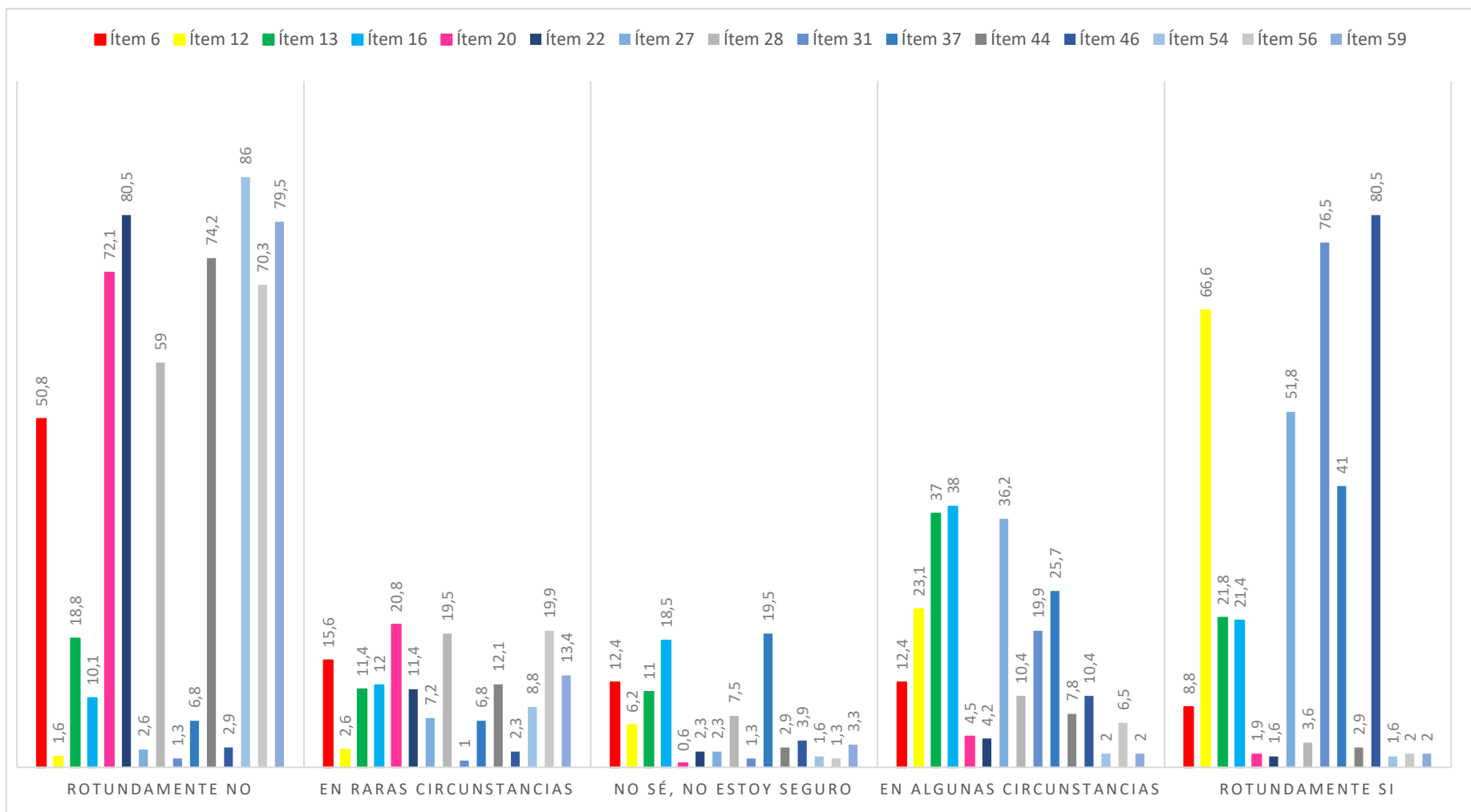


Figura Anexa 1: Porcentajes obtenidos en la valoración de los ítems de Confidencialidad y Consentimiento Informado no referidos a menores

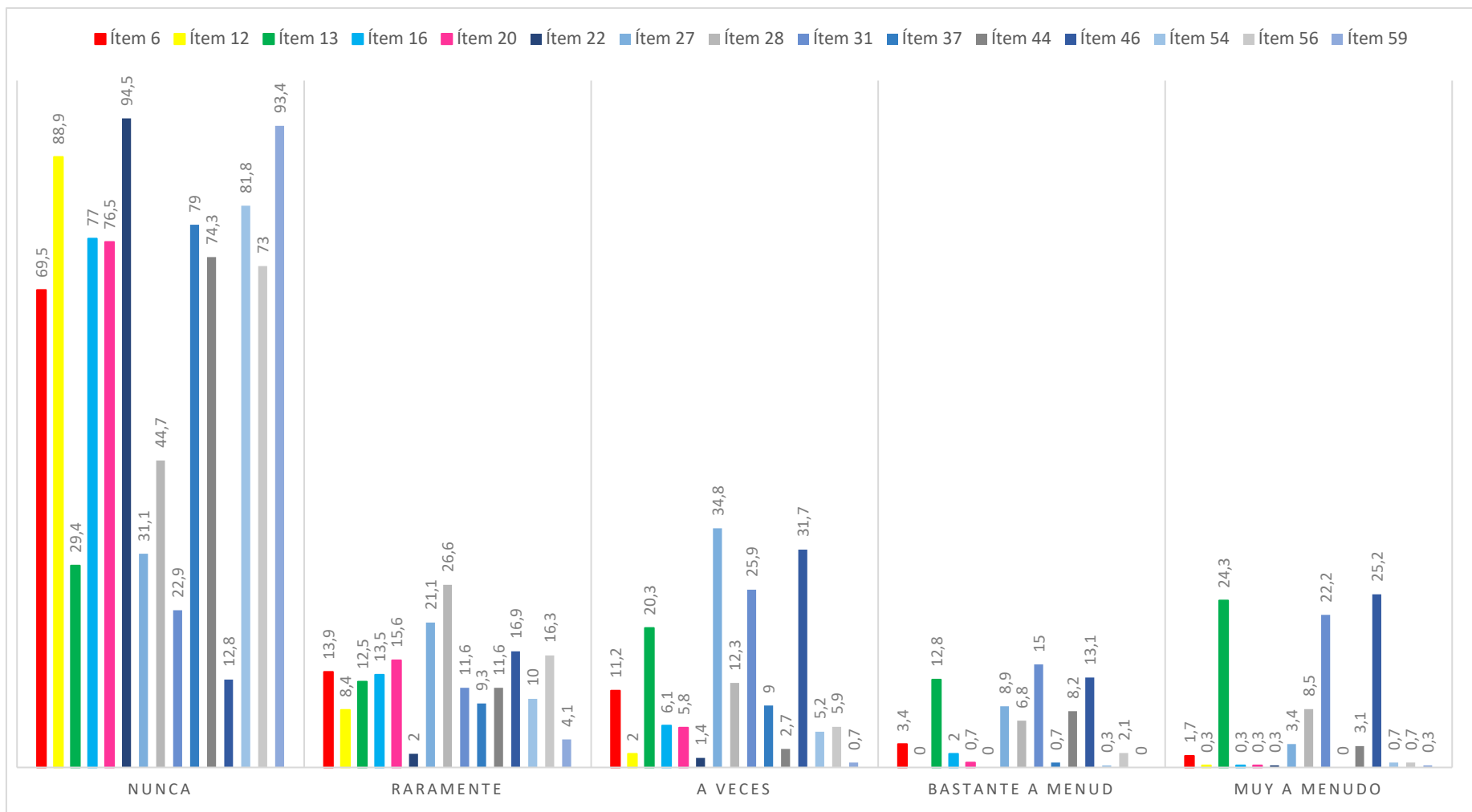


Figura Anexa 2: Porcentajes obtenidos en la incidencia de los ítems de Confidencialidad y Consentimiento Informado no referidos a menores  
 \*Nota: Se excluyó de la representación gráfica la opción "circunstancia no aplicable a mi contexto clínico"

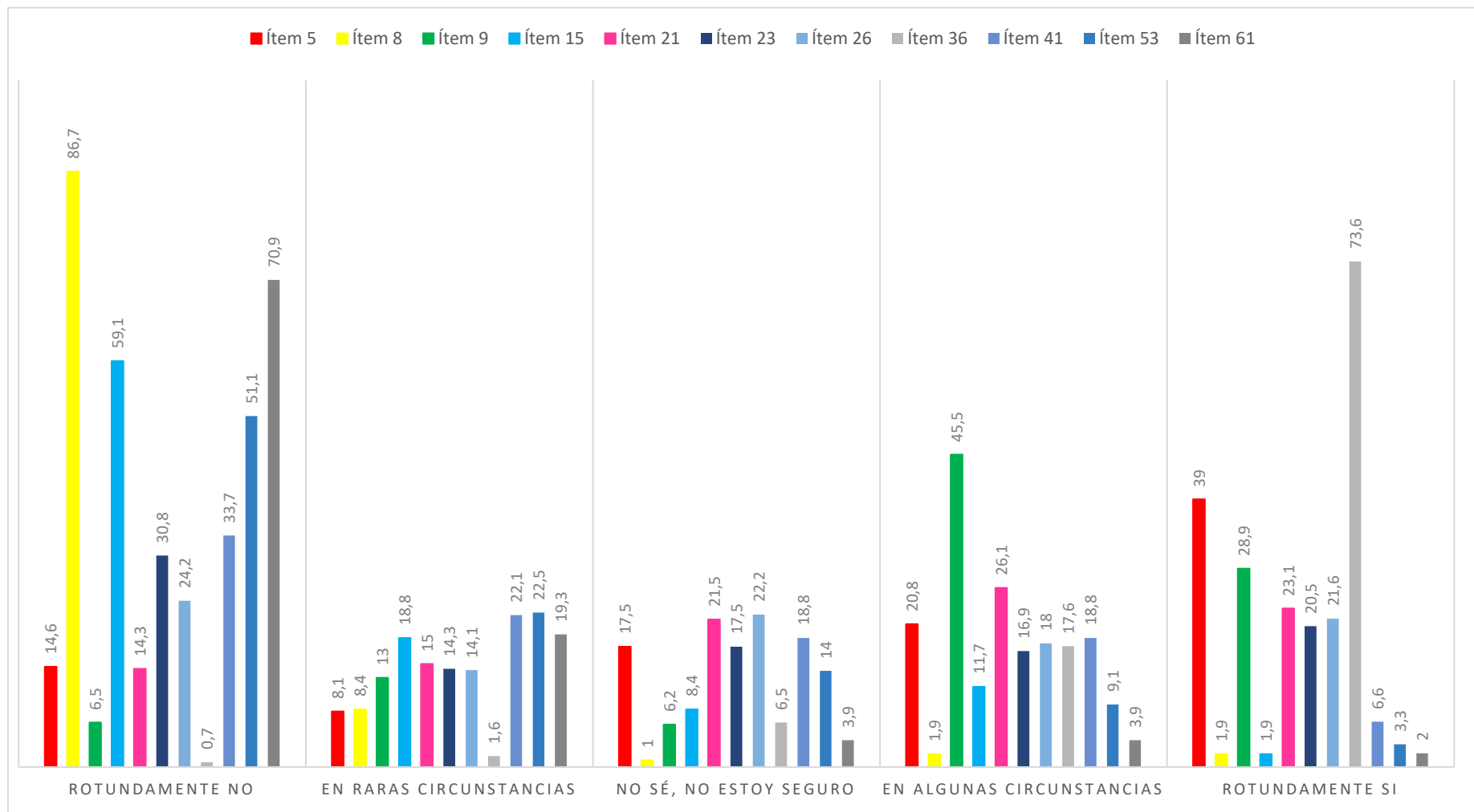


Figura Anexa 3: Porcentajes obtenidos en la valoración de los ítems de Confidencialidad y Consentimiento Informado referidos a menores

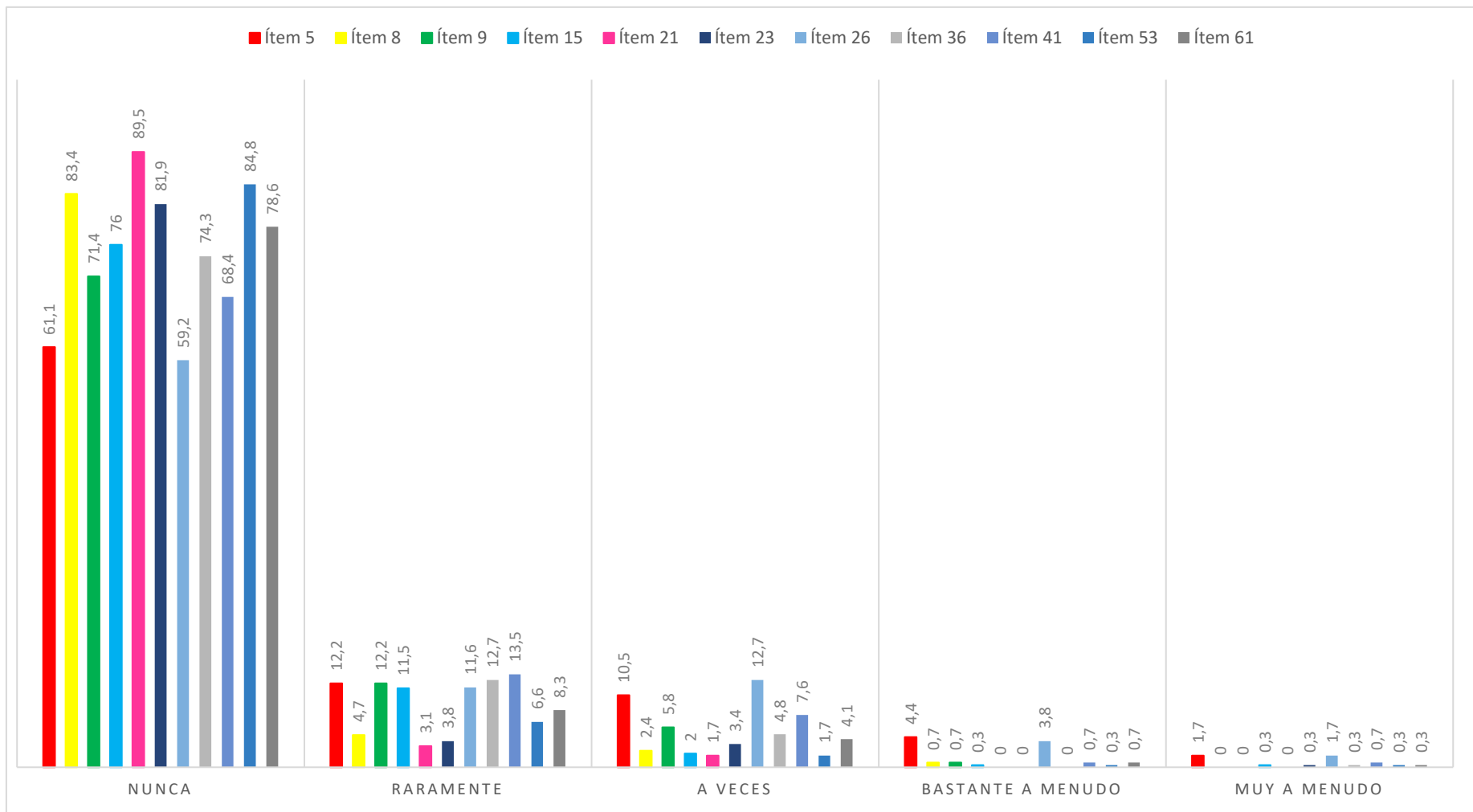


Figura Anexa 4: Porcentajes obtenidos en la incidencia de los ítems de Confidencialidad y Consentimiento Informado referidos a menores  
 \*Nota: Se excluyó de la representación gráfica la opción “circunstancia no aplicable a mi contexto clínico”

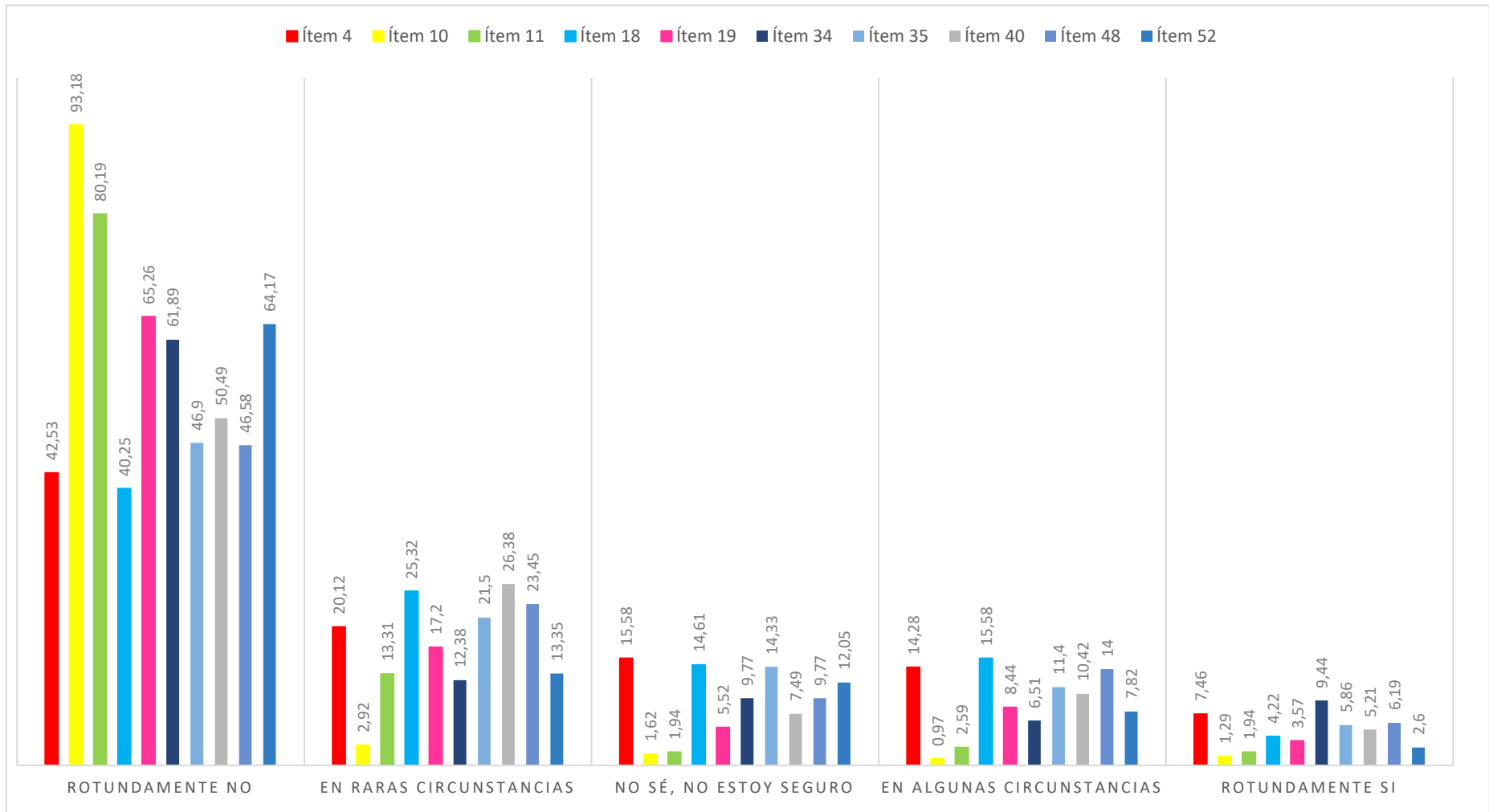


Figura Anexa 5: Porcentajes obtenidos en la valoración de los ítems de Relaciones Duales

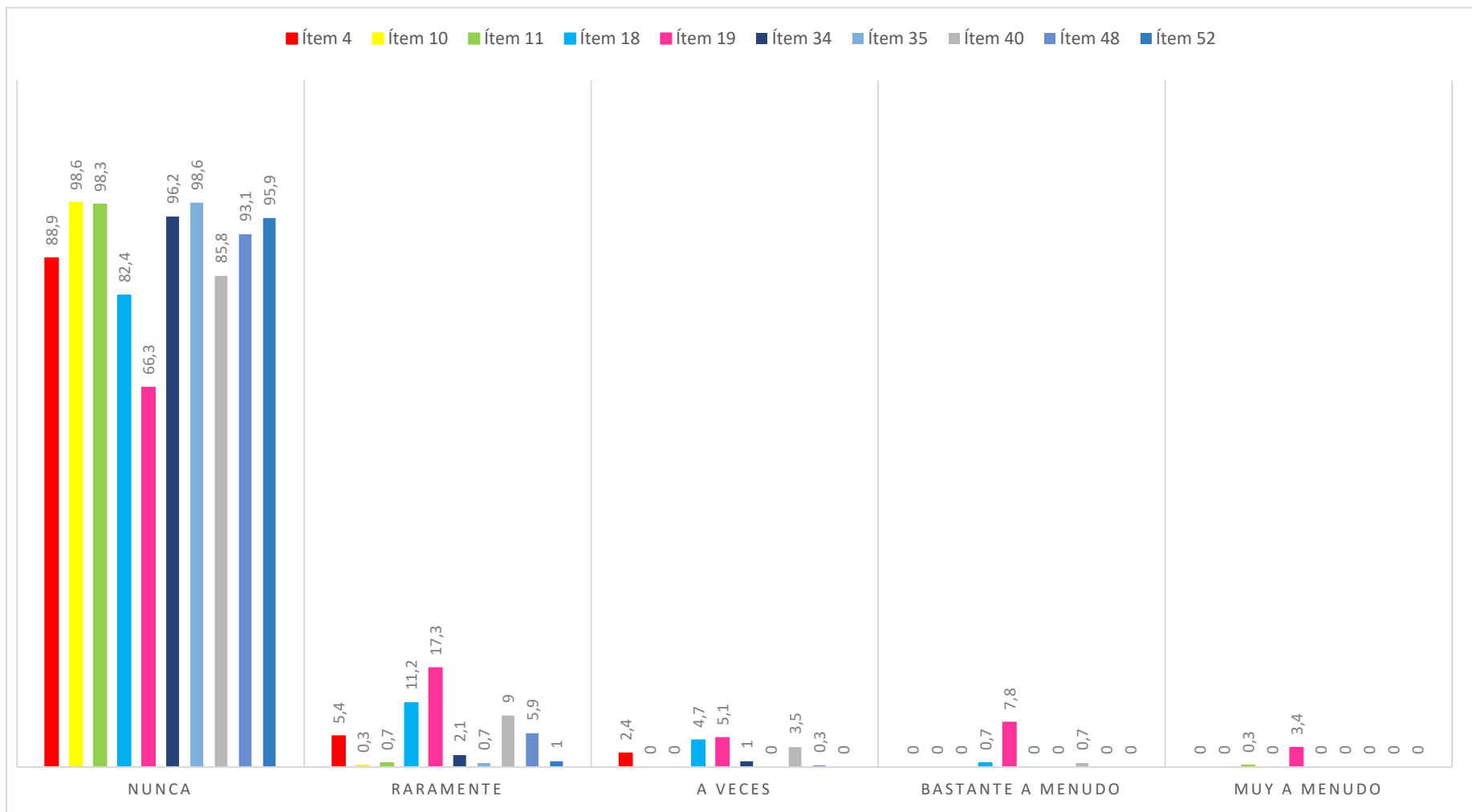


Figura Anexa 6: Porcentajes obtenidos en la incidencia de los ítems de Relaciones Duales  
 \*Nota: Se excluyó de la representación gráfica la opción "circunstancia no aplicable a mi contexto clínico"



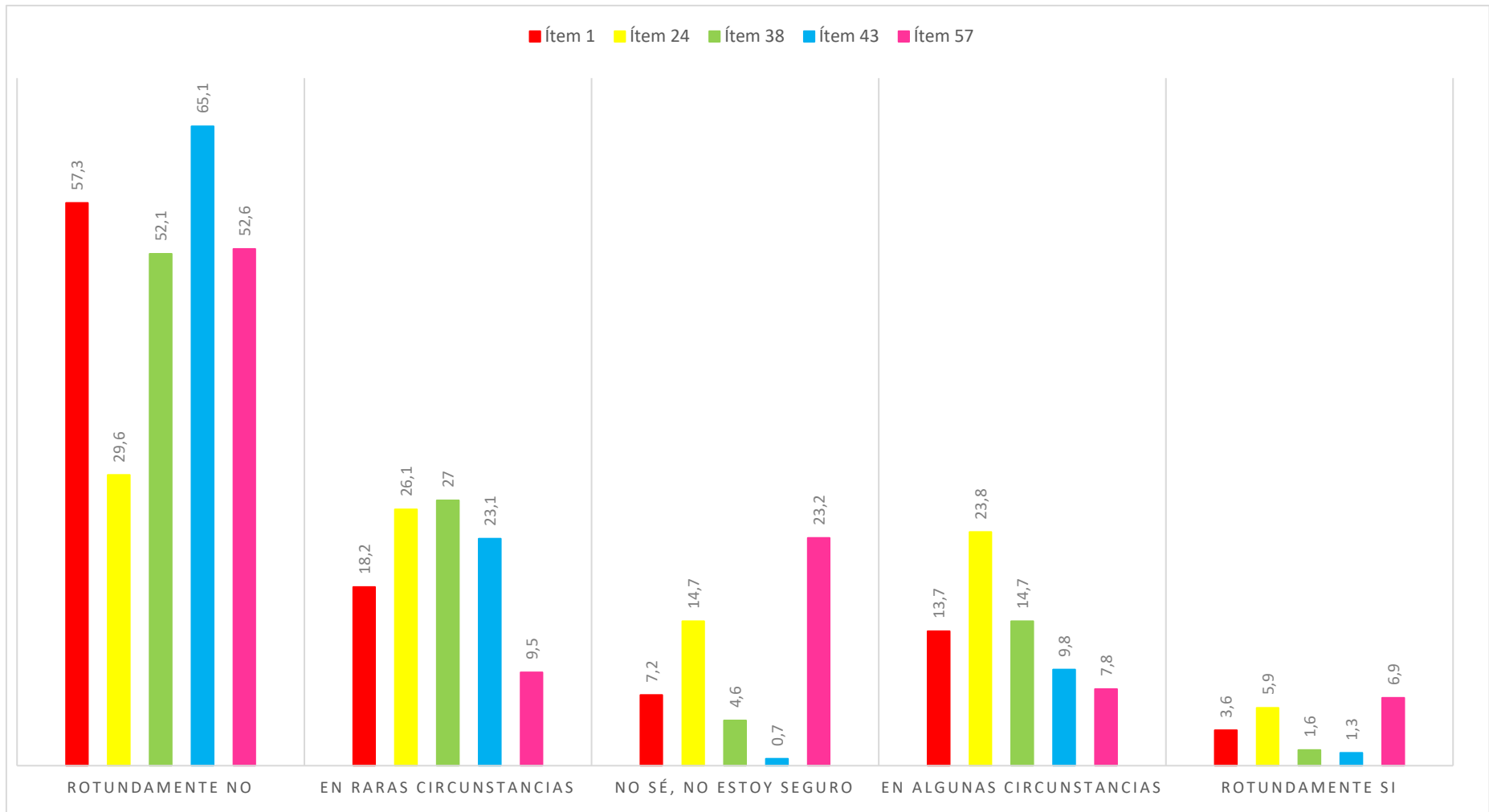


Figura Anexa 7: Porcentajes obtenidos en la valoración de los ítems de Evaluación Psicológica

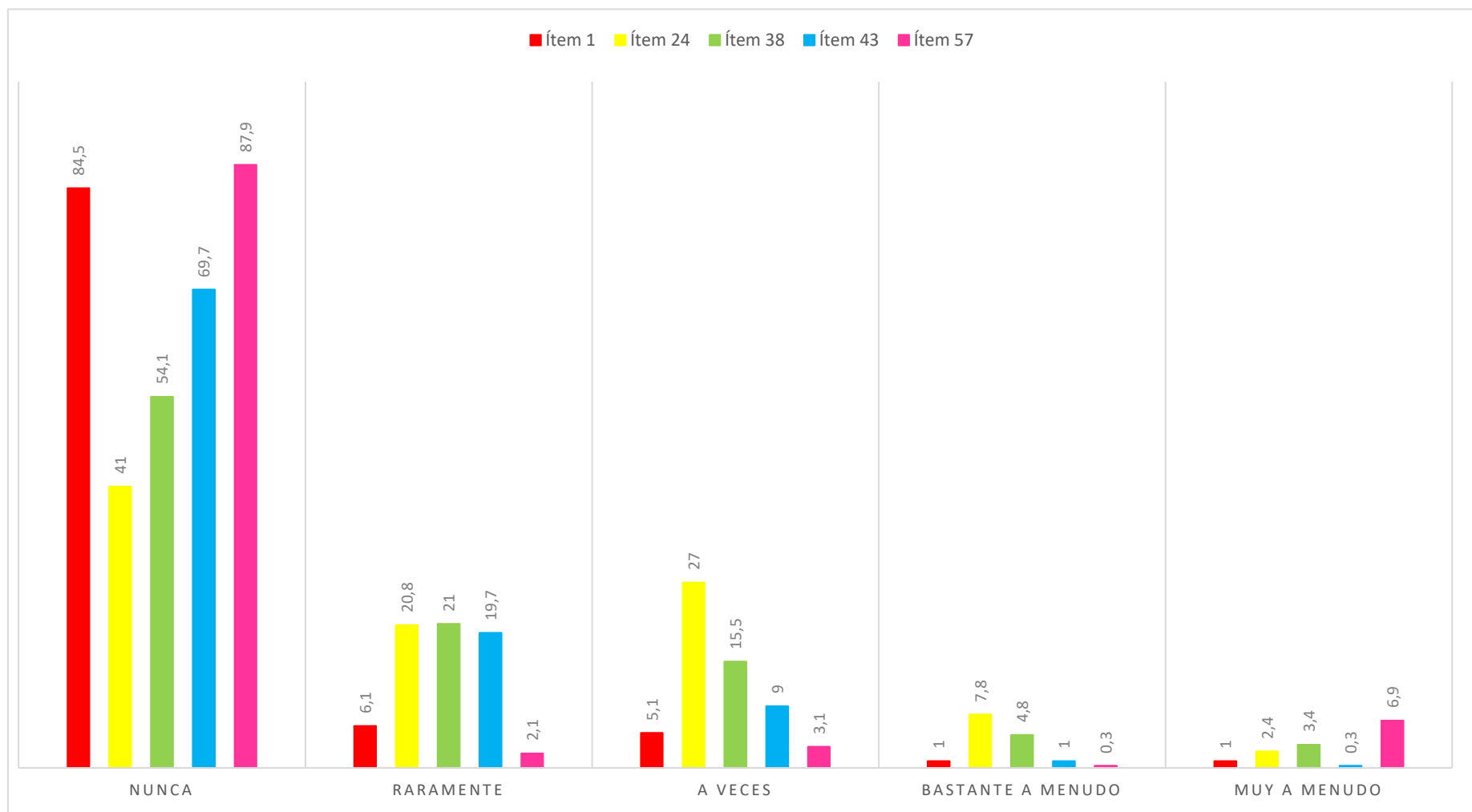


Figura Anexa 8: Porcentajes obtenidos en la incidencia de los ítems de Evaluación Psicológica  
 \*Nota: Se excluyó de la representación gráfica la opción "circunstancia no aplicable a mi contexto clínico"

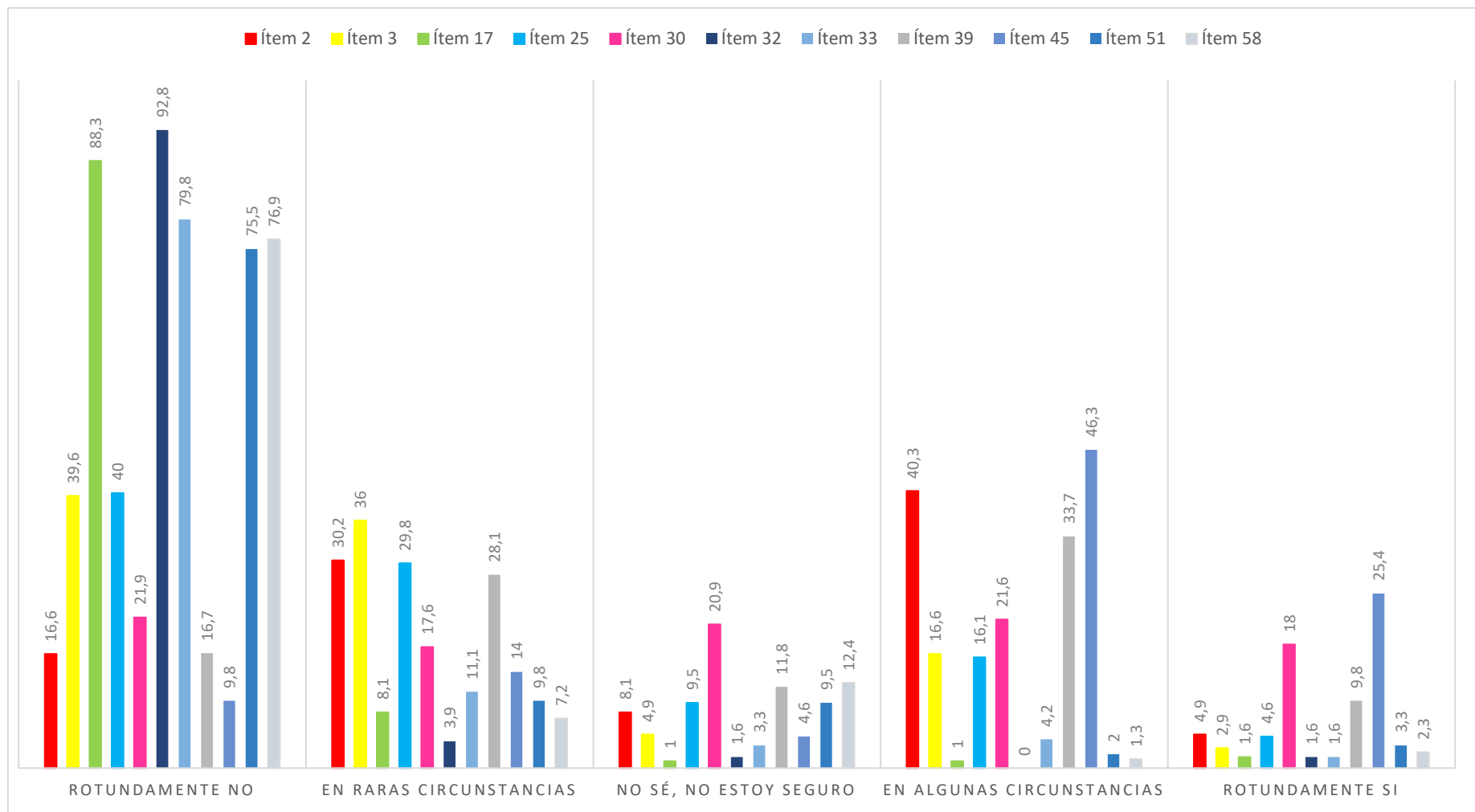


Figura Anexa 9: Porcentajes obtenidos en la valoración de los ítems de Psicoterapia e Intervención

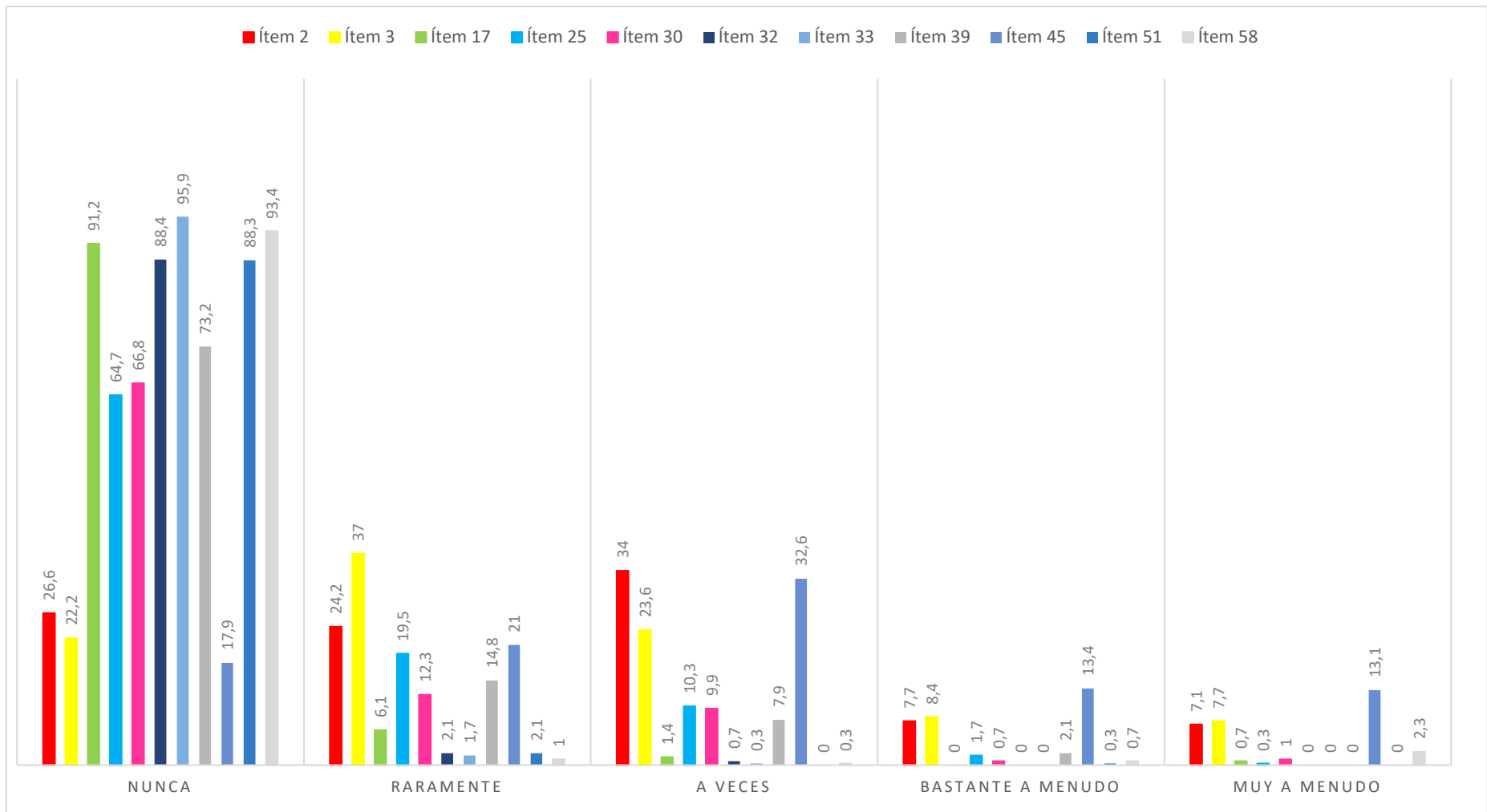


Figura Anexa 10: Porcentajes obtenidos en la incidencia de los ítems de Psicoterapia e Intervención

\*Nota: Se excluyó de la representación gráfica la opción “circunstancia no aplicable a mi contexto clínico”

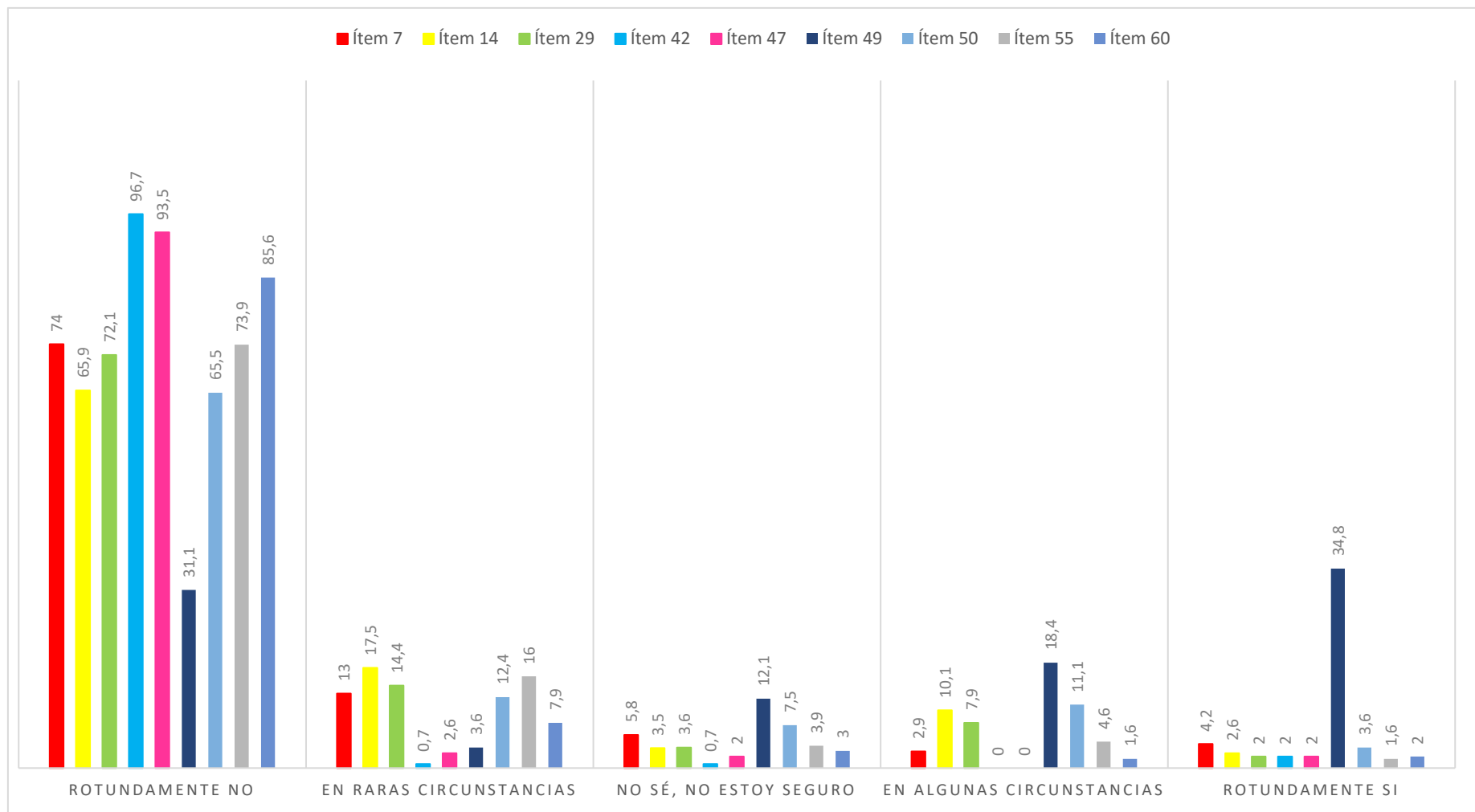


Figura Anexa 11: Porcentajes obtenidos en la valoración de los ítems de Investigación

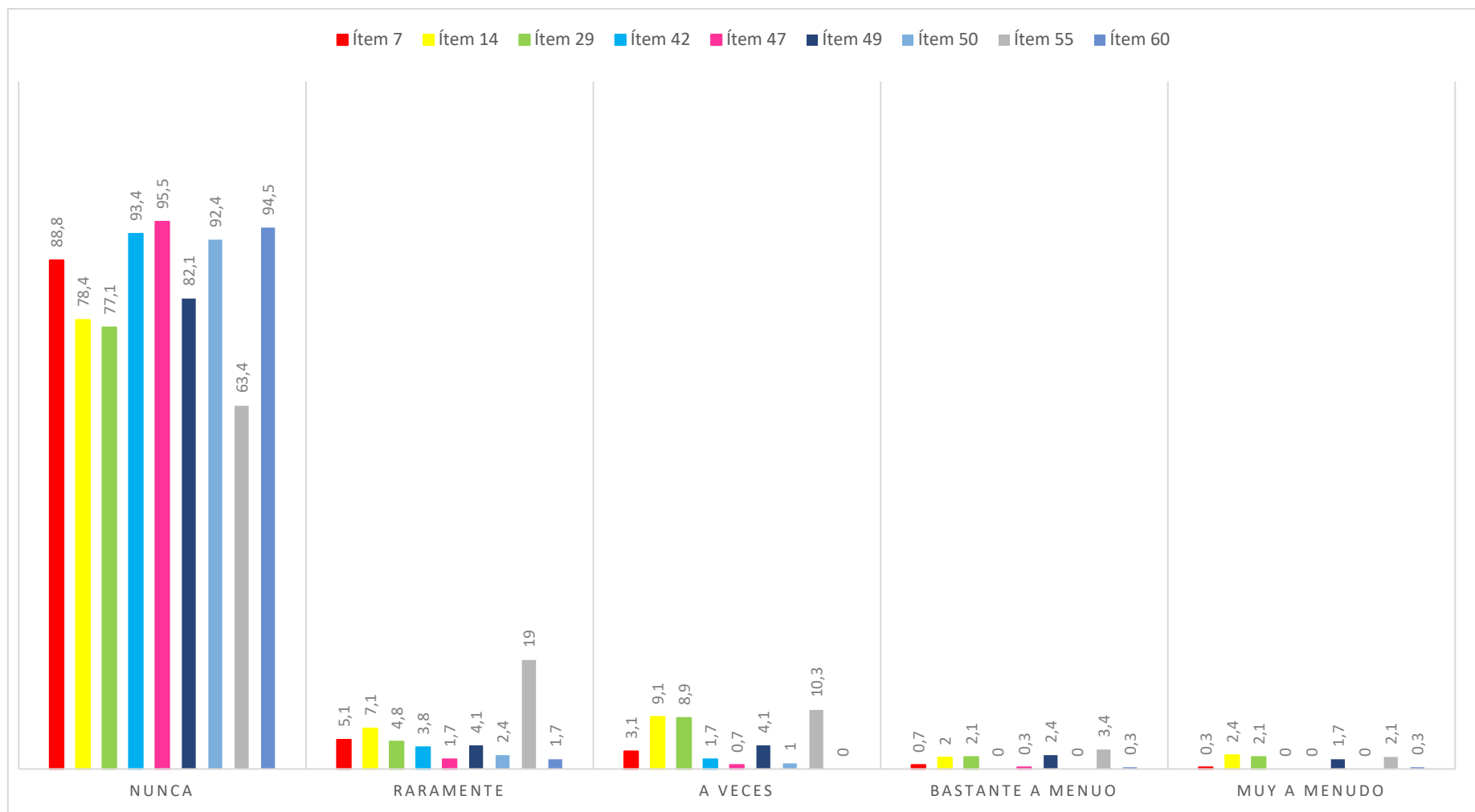


Figura Anexa 12: Porcentajes obtenidos en la incidencia de los ítems de Investigación

\*Nota: Se excluyó de la representación gráfica la opción "circunstancia no aplicable a mi contexto clínico"



