

Dilemas éticos relacionados con la confidencialidad

Carmen del Río Sánchez

Presidenta del Comité de Ética y Deontología del Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental y
Profesora Titular de la Universidad de Sevilla
E-mail: cdelrio@us.es

resumen/abstract:

Un dilema ético surge cuando entran en colisión dos deberes de obligado cumplimiento o, dicho de otra manera, cuando la única forma de cumplir con una obligación sea infringiendo otra. Se entiende por *secreto profesional* la obligación por parte de quienes ejercen ciertas profesiones de no revelar datos conocidos en el ejercicio de su profesión. Este deber, está protegido por la Ley y por los Códigos deontológicos y sólo podremos ser liberados de él, por imperativo legal o para evitar un daño a terceras personas, al paciente, o al mismo psicólogo. En situaciones de conflicto relacionadas con el deber de *confidencialidad*, no se pueden establecer reglas fijas sino que habría que valorar y ponderar las circunstancias de cada caso concreto de acuerdo a las normas legales y éticas y haciendo, con prudencia, un balance de la magnitud del daño (mayor o menor) y la probabilidad de que éste se produzca (alta o baja) Es importante que informemos a nuestros usuarios al inicio de la relación profesional, en el proceso de *consentimiento informado*, de los límites, según la Ley, del mantenimiento de la *confidencialidad*.

An ethical dilemma arises when two duties of mandatory fulfillment enter collision or when the only way of fulfilling an obligation is transgressing another one. Professional confidentiality is the duty of those with certain professions of not revealing information known in their professional practice. It is protected by Law and by Ethical Codes and exceptions to it will only apply to legal imperatives or to avoid harming to third people, to the patient or to the same psychologist. Fixed rules cannot be established in conflictive situations related to the duty of confidentiality. According to the legislation and the ethical principles and standards, we would have to evaluate and to consider each individual circumstance working with prudence a balance between: 1) magnitude of harm (major or minor) and 2) probability of it taking place (high or low). According to the Law, it is important to inform our users at the beginning of the professional relationship in the process of the informed consent and the limits about the maintenance of the confidentiality.

palabras clave/keywords:

Dilemas éticos, Proceso de toma de decisiones éticas, Confidencialidad, Consentimiento informado, Legislación

Ethical dilemmas, Ethical Decision-Making Process, Confidentiality, Informed consent, Legislation

Los psicólogos a menudo nos enfrentamos con situaciones que suponen dilemas éticos sin tener una orientación clara sobre cuál es la decisión más adecuada que deberíamos tomar. A pesar de los Códigos éticos y de las diferentes directrices o guías que han sido elaboradas por las distintas organizaciones profesionales, las nuevas tec-

nologías de investigación, los cambios legislativos y la creciente preocupación de la comunidad en cuanto a la protección de los derechos individuales, presentan continuamente nuevos y complejos dilemas éticos. Esto nos lleva a que, a veces, no podamos acogernos a una norma específica, bien porque realmente no exista una para ese caso

concreto o porque entren en conflicto dos o más normas. Por tanto, los dilemas pueden plantearse por conflictos entre principios o reglas morales o incluso entre distintas leyes. Dicho de otra manera, cuando la única forma de cumplir con una obligación sea infringiendo otra. Beauchamp y Childress (1999) proponen un procedimiento de reflexión moral para la resolución de conflictos éticos: la *deliberación*. Se trata de analizar el repertorio completo de los cursos de acción posibles a fin de ponderar las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos y optar por el que maximice los valores en juego, es decir, por el que se considere mejor. Los propios Beauchamp y Childress, ante las críticas realizadas a este modelo derivadas del papel desempeñado por la *intuición* y la *subjetividad* a la hora de tomar decisiones, consideran que: “... *no lo descalifica. Podemos reflexionar sobre problemas morales importantes, aunque los valores plurales que han entrado en conflicto hagan las comparaciones difíciles. La existencia de una pluralidad de valores y juicios no impide la deliberación, la ponderación, la justificación y la toma razonable de decisiones*” (p. 33) De cualquier forma es obvio que, utilizando este modelo, no se puede asegurar que al final de todo el proceso todos los profesionales opten por la misma solución o crean que un determinado curso de acción sea el más correcto. De hecho, esto puede suceder algunas veces, aunque no siempre, ni quizá en la mayoría de ellas. Sería algo parecido a lo que puede suceder en la clínica cuando dos profesionales, ponderando los factores que concurren en un paciente concreto, optan razonadamente por estrategias distintas en el abordaje del caso sin que podamos decir que una de ellas sea incorrecta.

En situaciones de ese tipo, en las que finalmente nos vemos obligados a tomar decisiones apoyándonos en nuestras propias interpretaciones del “espíritu” de los principios éticos contenidos en los Códigos, debemos cuidar al máximo que esa interpretación sea el resultado de un adecuado proceso de *deliberación* y *ponderación* basado en el conocimiento y análisis de la legislación, de los principios éticos generales y de la normativa que sea de aplicación y el resultado, además, debe poder soportar el escrutinio público. En ese caso, la decisión que finalmente tomemos seguramente será coherente y, llegado el caso, podrá ser avalada por los organismos colegiales y por las instancias legales en el caso de que se presentara una queja o denuncia ante los mismos. Una recomendación de interés es que siempre que nos veamos involucrados en situaciones que impliquen dilemas éticos, registremos todas nuestras argumentaciones y los pasos que hemos seguido, con el objeto de que, en caso de que fuera necesario, seamos capaces de proporcionar una razonada explicación de la ejecución de nuestra conducta profesional a lo largo de todo el proceso. También es recomendable que consultemos con otros colegas y/o con el Comité de Ética de nuestro colegio, sobre todo, cuando preveamos que tales personas o instancias pudieran añadir información y/o objetividad al proceso de toma de decisiones. A pesar de que la responsabilidad de la decisión por el curso de acción o estrategia seleccionada nos concierne sólo a nosotros (profesional que toma la decisión), la búsqueda y la consideración de dicha ayuda refleja, sin duda, un abordaje ético en dicho proceso de búsqueda de soluciones (del Río, 2005)

El proceso de toma de decisiones éticas

En la mayoría de las ocasiones el proceso de toma de decisiones éticas se tiene que producir muy rápidamente y, por tanto, es necesario que contemos con las suficientes estrategias para una fácil resolución del dilema. En las situaciones para las que existen orientaciones y normas claras y en las que no hay conflicto entre principios, se pueden tomar de forma casi inmediata, sin embargo, cuando dos o más principios entran en colisión, el dilema no es tan fácil de resolver y se requieren deliberaciones que pueden consumir mucho tiempo.

El Código de Ética de la Asociación Canadiense de Psicólogos (CPA, 2000) incluye un interesante modelo de toma de decisiones con el objetivo de que sus asociados lo sigan cuando se encuentren en situaciones que impliquen un dilema ético y que nos puede ser de utilidad a todos los psicólogos. Hadjistavropoulos y Malloy (2000) han realizado un análisis teórico de este modelo estableciendo, entre otras conclusiones, la necesidad de una investigación empírica que ponga a prueba su eficacia. Si ésta confirmara su utilidad, recomiendan que todos los Códigos de los colegios profesionales incorporen modelos de toma de decisiones similares. Hasta el momento, que conozcamos, el modelo propuesto por la Asociación canadiense ha sido adoptado por la Asociación de Psicólogos Portugueses (APPORT) en su Código de 1995 (actualmente, en proceso de revisión)

Según el modelo del Código de la CPA, para un adecuado abordaje de un conflicto ético, se deberían contemplar 10 pasos (ampliando los 7 propuestos en la versión anterior de su Código de 1991) Son los siguientes:

1. Identificar la situación ética problemática, los individuos o grupos potencialmente afectados por la decisión.
2. Identificar los aspectos éticamente relevantes y prácticas, incluyendo los intereses, derechos, y cualquier característica relevante de los individuos y grupos involucrados y del sistema o circunstancias en las cuales el problema ético surgió.
3. Considerar cómo sesgos personales, estrés o intereses propios podrían influir en el desarrollo o en la elección de una opción concreta de entre todos los distintos cursos de acción.
4. Desarrollar estrategias alternativas o distintos cursos de acción.
5. Analizar los posibles riesgos, tanto a corto como a largo plazo, los beneficios que cada una de esas estrategias podría producir en el individuo/s o grupos/s implicado/s probablemente afectado/s (el cliente, la familia o empleados de los clientes, la institución empleadora, los estudiantes, los participantes de una investigación, los colegas, la disciplina, la sociedad y el propio profesional)
6. Elegir la/s estrategia/s óptima/s después de una aplicación concienzuda de los principios y directrices éticas disponibles en armonía con la legislación vigente.
7. Actuar, con el compromiso de asumir las responsabilidades por las consecuencias de dicha acción.
8. Evaluar los resultados de la aplicación de la estrategia/s seleccionada/s.
9. Asumir la responsabilidad por las consecuencias de la actuación, incluyendo la corrección de las consecuencias negativas, si las hubiera, o implicándose nuevamente en el proceso de toma de decisiones si la cuestión ética no se hubiera resuelto.

10. Realizar las acciones apropiadas, si fuera factible y como garantía para prevenir en el futuro ocurrencias del dilema (por ejemplo, consulta y solución del problema con colegas, modificaciones en los procedimientos y prácticas que hubiéramos adoptado, etc.)

En nuestra práctica profesional pueden producirse muchas situaciones que impliquen dilemas éticos. Existen instrumentos como el Cuestionario sobre conductas éticas (Pope, Tabachnick y Keith-Spiegel, 1987) que recoge 83 posibles conductas profesionales que podrían plantear problemas en nuestro trabajo. Este cuestionario ha sido utilizado por nosotros en una investigación con estudiantes a punto de finalizar sus estudios de Psicología (del Río, Borda y Torres, 2003) También Haas, Malouf y Mayerson (1999) elaboraron un instrumento en el que presentaban diversos problemas que tenían por lo menos dos posibles soluciones alternativas y una serie de razones para llevar a cabo cada una de esas soluciones. Además, aprovecharon para evaluar la utilidad percibida de las diversas fuentes de formación en aspectos éticos. El instrumento consta de 10 viñetas, cada una describe un dilema ético relacionado con diferentes problemas (*confidencialidad*, consentimiento informado, conflictos de lealtad y explotación, informes, etc.). Para cada viñeta se presentan formas alternativas de respuesta de entre las cuales los evaluados deben elegir una de ellas, aunque en algunos casos se reducen a dos: actuar o no actuar. Después de las alternativas se presentan ocho posibles razones que justifican su elección: mantener la ley, mantener el código de ética, proteger los intereses de la sociedad, proteger los intereses del cliente, mantener normas personales, salvaguardar

el proceso terapéutico, consideraciones financieras, y “otros”. Los evaluados tienen que indicar su respuesta preferida para cada uno de los dilemas y la razón más importante por la cual han tomado esa decisión. Por otro lado, Pope y Vetter (1999) realizaron una encuesta a 679 profesionales miembros de la APA para comprobar cuáles eran los dilemas que con más frecuencia se encontraban en su práctica profesional llegando a la conclusión, al igual que en el estudio citado de Haas, Malouf y Mayerson (1999), de que los dilemas descritos con mayor frecuencia implicaban temas relacionados con la *confidencialidad*. De estos incidentes problemáticos, la mayoría tenían que ver con riesgos reales o potenciales a terceras personas, sobre abuso infantil, individuos infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o que ya sufrían el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), amenazas con la realización de actos violentos o información de haberlos cometido, etc. En la mayoría de estos casos los participantes informaron que se debatían con cuestiones sobre si la información confidencial debería ser revelada y, en caso de ser así, a quién debería proporcionarse esta información. En nuestro estudio (del Río, Borda y Torres, 2003) también los ítems relacionados con los límites de la *confidencialidad* implicaron “juicios difíciles” para los participantes, algo lógico puesto que en nuestro Código no hay ningún artículo que informe claramente de esas cuestiones (aspecto que se ha corregido en el proyecto de nuevo Código, aún en fase de revisión) Por tanto, ante la evidencia de que tales problemas son los que más dudas suelen plantear en los profesionales en la mayoría de los estudios realizados y, por otro lado, la imposibilidad de tratar en este espacio todos los posibles dilemas que pudieran presen-

tarse en nuestro trabajo, hemos optado por centrarnos en dilemas en los que el deber de mantenimiento de la *confidencialidad* entra en colisión con otro.

Dilemas éticos que afectan a la *confidencialidad*

Conceptos de privacidad y *confidencialidad*

El respeto a las personas exige, a su vez, el respeto a la *intimidad*, es decir, a aquella parcela particular vinculada a la propia identidad que a su vez es inherente a la dignidad de la persona. El término *privacidad* puede tomarse como sinónimo de *intimidad* y se refiere al derecho de los ciudadanos a limitar el acceso de otros a ciertos aspectos que pertenecen a la esfera más personal. La *confidencialidad* hace referencia tanto al derecho del paciente a que no sean reveladas las informaciones confiadas a otras personas, como al deber de sigilo que compromete a quien o quienes reciben la *confidencia*.

La *privacidad* y la *confidencialidad* son características esenciales de la relación profesional de los psicólogos. Cuando ésta se inicia, el usuario deja de lado la *privacidad* de sus propios pensamientos, sentimientos, creencias, *etc.*, a cambio de la posibilidad de un entendimiento y ayuda. Una vez que la información privada se ha revelado a los profesionales con la expectativa de que no será transmitida a terceras personas se convierte en *confidencial*. Por tanto, es necesario proporcionar al profesional una información *privada* para que se establezca la relación *confidencial*. El *privilegio* es un concepto legal que se aplica en algunos países (no en el estado español) y que se refiere al derecho que tiene todo psicólogo

o psiquiatra a que no se le sancione si se niega a revelar a la Justicia las *confidencias* que un usuario le haya hecho en el transcurso de una relación profesional. Es el equivalente al llamado “secreto de confesión” de los sacerdotes, al privilegio de los abogados defensores, de los miembros de una pareja cuando uno es obligado a declarar contra otro, *etc.*

Todos los psicólogos independientemente de que trabajemos en ámbitos públicos o privados, debemos saber que tenemos responsabilidad frente a la protección de la información que nos ha sido revelada en el contexto de una relación profesional. Sin embargo, como indica Bersoff (1999-a) no existe un deber ético más malinterpretado o que haya recibido más atención producto de su violación que de su cumplimiento.

Marco jurídico español

Se entiende por *secreto profesional* la obligación por parte de quienes ejercen ciertas profesiones, de no revelar los hechos conocidos en el ejercicio de su profesión. El fundamento ético de esta exigencia se encuentra en la dignidad como valor fundamental e inviolable y en el derecho al honor, a la *intimidad* personal y familiar, y a la propia imagen; sancionados todos ellos en el Título I de nuestra *Constitución* (artículos 10.1 y 18.1) y remitiendo la regulación del *secreto profesional* a una ley específica, todavía no desarrollada, en su artículo 20.1. Por tanto, el derecho a la *intimidad* deriva de la dignidad de la persona e implica la existencia de un ámbito propio y reservado frente a la acción y el conocimiento de los demás. Este derecho está regulado más extensamente en la *Ley Orgánica de Protección Civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar*, que en su artículo 7.4 considera

intromisión ilegítima, catalogada como falta grave, la revelación de datos privados de una persona o familia conocidos a través de la actividad profesional y oficial de quien lo revela, imponiendo la obligación de indemnizar el daño causado. También, la *Ley General de Sanidad* señala en su artículo 10 respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias, que los ciudadanos tienen derecho al ... “*respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical*”.

El *derecho a la intimidad* está también protegido por el vigente *Código Penal*, en su artículo 199.2, que hace referencia a la vulneración del secreto por parte del profesional. Así lo expresa el texto: “*El profesional que, con incumplimiento de sus obligaciones de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años*”.

Más recientemente, la *Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica* (que deroga prácticamente los artículos 10 y 11 de la *Ley General de Sanidad* de 1986 y el conocido artículo 61) en su artículo 7 regula el *derecho a la intimidad* en sus apartados 1 y 2:

1. “*Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.*”
2. *Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los dere-*

chos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes”.

Tienen también importancia, en relación con el tema que nos ocupa, los artículos que regulan el uso y acceso a la historia clínica (artículos 16, 18 y 19)

Por su parte, la *Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal*, califica a los datos relativos a la salud de los ciudadanos como especialmente protegidos, estableciendo un régimen singularmente riguroso para su obtención, custodia y eventual cesión.

A pesar de lo indicado anteriormente, en nuestra legislación existen algunas excepciones al deber de mantenimiento de la *confidencialidad* que son de aplicación en el contexto de la intervención psicológica. Por ejemplo ¿qué debemos hacer si en el curso de una actuación profesional nos enteramos de que un usuario ha cometido o va a cometer un delito contra terceras personas o un daño contra sí mismo?

La *Ley de Enjuiciamiento Criminal*, en su artículo 262 establece: “*Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente. Si la omisión en dar parte fuere de un Profesor en Medicina, Cirugía o Farmacia y tuviese relación con el ejercicio de sus actividades profesionales, la multa*” ... Por tanto los psicólogos estamos obligados a denunciar los hechos ya que nuestra legislación expresamente sólo exime a los abogados y procuradores “*respecto de las instrucciones o explicaciones que reciben de sus clientes*” y a los eclesiásticos y

ministros de culto “*respecto de las noticias que le hubieren revelado en el ejercicio de las funciones de su ministerio*”.

En el mismo sentido este “deber de denunciar”, queda recogido, para ciertas circunstancias, en el artículo 450 del vigente Código Penal: “*El que, pudiendo hacerlo con su intervención inmediata y sin riesgo propio o ajeno, no impidiere la comisión de un delito que afecte a las personas en su vida, integridad o salud, libertad o libertad sexual, será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años si el delito fuera contra la vida, y la de multa de seis a veinticuatro meses en los demás casos... En las mismas penas incurrirá quien, pudiendo hacerlo, no acuda a la autoridad o a sus agentes para que impidan un delito de los previstos en el apartado anterior y de cuya próxima o actual comisión tenga noticias*”.

Por otro lado, cualquier ciudadano (especialmente si se trata de un profesional en el ejercicio de su profesión) que tenga conocimiento de algún tipo de abuso sexual o cualquier otro tipo de maltrato en un menor, tiene obligación clara de denunciar. La Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor (LO 1/96), concretamente en su artículo 13.1, establece claramente: “*que toda persona tiene obligación de notificar a la autoridad la comisión de un delito contra un menor, especialmente si se trata de un profesional que mantiene una relación directa con ese niño*”.

Marco ético y deontológico

Nuestro Código, en el artículo 39, se refiere al concepto de *intimidad* (o *privacidad*), indicando: “*En el ejercicio de su profesión, el/la Psicólogo/a mostrará un respeto escrupuloso del derecho de su cliente a la*

propia intimidad. Únicamente recabará la información estrictamente necesaria para el desempeño de las tareas para las que ha sido requerido, y siempre con la autorización del cliente” (En el código de la EFPA (2005) también se regula este aspecto: “*Los psicólogos restringirán la búsqueda y difusión de información a aquella que sea estrictamente necesaria para el propósito profesional*”).

En cuanto a la *confidencialidad*, en el artículo 40 de nuestro Código se dispone: “*Toda la información que el/la Psicólogo/a recoge en el ejercicio de su profesión, sea en manifestaciones verbales expresas de sus clientes, sea en datos psicotécnicos o en otras observaciones profesionales practicadas, está sujeta a un deber y a un derecho de secreto profesional, del que, sólo podría ser eximido por el consentimiento expreso del cliente. El/la Psicólogo/a velará porque sus eventuales colaboradores se atengan a este secreto profesional*”.

Consecuentemente, es meridianamente claro que no podemos recabar más información de la estrictamente necesaria para el propósito profesional y que ésta no podemos revelarla a terceros sin la expresa autorización del usuario, salvo que sea por imperativo legal. No obstante, existen algunas otras circunstancias en las que romper la *confidencialidad* no es contrario a la ética. Según el criterio de Holmes (2001) hay dos situaciones, la primera hace referencia a la necesidad “científica” de los profesionales de comunicarnos con nuestros colegas para mejorar el conocimiento y las técnicas, quiza en beneficio de futuros pacientes y la segunda, cuando el mantenimiento de la *confidencialidad* pudiera comprometer el bienestar de una persona, o incluso su vida. En el Código de la APA (2002) se añaden

otras situaciones tales como aquellas en las que la revelación sea precisa para proporcionar los servicios psicológicos necesarios, proteger al cliente, al psicólogo o a otros de algún daño, obtener el pago de los servicios proporcionados o bien, por una orden judicial, indicando que, en todos esos casos, los psicólogos sólo podremos revelar la información que sea imprescindible para satisfacer tales objetivos.

En cuanto a la primera situación de las descritas por Holmes, nuestro Código, en su artículo 45, dispone que: *“La exposición oral, impresa, audiovisual u otra, de casos clínicos o ilustrativos con fines didácticos o de comunicación o divulgación científica, debe hacerse de modo que no sea posible la identificación de la persona, grupo o institución de que se trata. En el caso de que el medio usado para tales exposiciones conlleve la posibilidad de identificación del sujeto, será necesario su consentimiento previo explícito”*.

Sin embargo respecto a la segunda situación, nuestro Código actual no es claro ya que no existe un artículo que aborde los límites de la *confidencialidad* en aquellos casos en los que los profesionales, en el ejercicio de nuestra profesión, pudiéramos tener conocimiento de situaciones que pudieran poner en riesgo al mismo usuario (e.g. por una amenaza de suicidio) a terceras personas (e.g. por amenazas de agresión u homicidio, estar sometiendo a menores a situaciones de abusos sexual o físicos, etc.) o al propio profesional (e.g. si hemos recibido amenazas por parte del cliente) Estas cuestiones suelen plantearnos importantes dudas y en ocasiones no sabemos cómo abordar la situación. De hecho, la mayor frecuencia de consultas que se reciben por parte de los profesionales en el seno de

las Comisiones Deontológicas colegiales, se refieren a situaciones de ese tipo. En el citado artículo 40 de nuestro Código la única excepción para la ruptura de la *confidencialidad* hemos visto que es el “consentimiento expreso del cliente” aunque, por otro lado, en el artículo 8 se establece: *“Todo/a Psicólogo/a debe informar, al menos a los organismos colegiales, acerca de violaciones de los derechos humanos, malos tratos o condiciones de reclusión crueles, inhumanas o degradantes de que sea víctima cualquier persona y de los que tuviere conocimiento en el ejercicio de su profesión”*, por tanto, en estos casos especiales, estamos obligados a informar. Este artículo es el único que se refiere en cierto modo a posibles límites de la *confidencialidad*, aunque está claro que nuestro ordenamiento jurídico, como hemos indicado anteriormente, establece otros y que en caso de conflicto entre normas deontológicas y legales, prevalecen estas últimas.

A la hora de justificar la revelación de una información conocida bajo *secreto profesional* para evitar un daño a terceras personas, al usuario o a nosotros mismos, tendríamos que valorar las circunstancias haciendo, con prudencia, un balance de la magnitud del daño y la probabilidad de que se produzca. En principio, la posibilidad bien fundada de que pudiera perjudicarse seriamente a una tercera o terceras personas concretas constituiría la justificación ética más importante para divulgar información confidencial. Beauchamp y Childress (1999) indican que, independientemente de las razones esgrimidas para fundamentar el deber de secreto, las reglas de la *confidencialidad* se consideran “*prima facie*”, esto es, no absolutas, tanto para la ética como para la ley, ya que son de obli-

gado cumplimiento siempre y cuando no entren en conflicto con otros principios y normas también de obligado cumplimiento. Para evaluar si determinados riesgos para terceros están por encima del deber de secreto y del derecho del paciente a la *confidencialidad*, tendríamos que ponderar la probabilidad de que el daño se materialice y la magnitud de ese daño, por lo que Beauchamp y Childress proponen utilizar una tabla de contingencia 2x2 entre la probabilidad del daño (alta o baja) y la magnitud del daño (mayor o menor). Así, cuando el profesional considera que es altamente probable que se produzca una situación muy dañina, el peso de la obligación de no mantener la *confidencialidad* es máximo. Cuando la magnitud del daño es pequeña y la probabilidad de que se produzca también, obviamente, no habría justificación alguna para no respetar el deber de secreto. Los problemas surgen cuando estamos ante situaciones intermedias, es decir, cuando la magnitud estimada del daño se considera menos grave, aunque sea muy probable que se produzca o cuando el riesgo se considere muy grave, pero la probabilidad de que se produzca sea baja. En estos casos, Beauchamp y Childress consideran que el análisis de las circunstancias o particularidades del caso serán las determinantes de la decisión de mantener o no la *confidencialidad*.

Por tanto, los dilemas éticos relacionados con la *confidencialidad* no se traducen normalmente en obligaciones que no admiten excepciones, sino que las decisiones van a estar orientadas según los principios de *autonomía*, de *beneficencia* y de *justicia*, predominando más unos u otros dependiendo del caso en concreto. Estos principios, como sabemos, obligan siempre, pero en caso de conflicto, se jerarquizan a la vista de la situación concreta; no hay re-

glas que den prioridad a un principio sobre otro. Además, desde el punto de vista legal, según el artículo 20.5 del *Código Penal*, cuando entran en conflicto dos deberes, y la única manera de resolverlo es infringir uno de los dos (conflicto absoluto), en virtud del principio del interés preponderante (mal menor), el deber de rango inferior tiene que retroceder ante el de mayor valor. Por tanto, como ya hemos indicado anteriormente, el conflicto deberá resolverse por la vía de la interpretación y de la prudencia. Según expone Echeburúa (2002, citando a Subijana), en general, debe prevalecer el *secreto profesional* (derecho a la *intimidad* del ciudadano), puesto que el deber de denuncia es un deber genérico, salvo que entre en conflicto con bienes superiores (la vida o derechos fundamentales de otra persona)

Un tema polémico, al menos en EEUU, es el derivado del “*caso Tarasoff*”¹, es decir, la posible responsabilidad de los profesionales frente a terceras personas que no son nuestros usuarios y a quienes quizás ni siquiera conocemos en aquellos casos en los que un usuario nos revela una información creíble respecto a amenazas serias de daño a tales personas. Por el momento nuestro ordenamiento jurídico nos obliga a denunciar en los supuestos que hemos indicado anteriormente, pero no a advertir a las terceras personas que podrían ser potencialmente perjudicadas. Evidentemente, si esta situación acabara planteándose en nuestro entorno, es seguro que generaría posiciones encontradas, ya que nos otorgaría a los profesionales nuevos y discutibles roles: el de protectores o el de “policías”, como ha sugerido Bersoff (1999-b)

¹ Véase Beauchamp y Childress (1999), del Río (2005), o Everstine, Sullivan, Heiyman, True, Frey, Jonson y Seiden (1999)

Algunos profesionales discrepan de esa opinión mayoritaria respecto a que el carácter confidencial de las comunicaciones con sus usuarios deba ceder en la medida de que la revelación sea esencial para evitar el daño al propio usuario o a otros y, consecuentemente, son reacios a violar ese deber. Fundamentan su opinión en que la *confidencialidad* es esencial para tratar con eficacia a sus usuarios y que, en el caso de violarla, se podría perjudicar gravemente el tratamiento. Entre otros aspectos, siguiendo la exposición de Beauchamp y Childress (1999) sobre estas opiniones discrepantes, porque muchas personas, potencialmente violentas, pero susceptibles de tratamiento, se negarían a buscarlo; otros se sentirían inhibidos para realizar las revelaciones necesarias para un tratamiento efectivo y, además, porque forzar al profesional a violar la confianza del paciente destruiría la relación interpersonal mediante la cual el tratamiento se realiza.

Ante la duda de si denunciar o no, salvo que sea un caso de extrema urgencia, una medida de precaución, como hemos indicado anteriormente, sería la consulta con otros colegas o con la Comisión Deontológica del colegio profesional valorando en cualquier caso todas las circunstancias, la legislación y toda la documentación deontológica aplicable². En estos casos, podríamos acogernos al artículo 65: “*Cuando un Psicólogo se vea en el conflicto de normas adversas, incompatibles, ya legales, ya de este Código Deontológico, que entran en colisión para un caso concreto, resolverá en conciencia, informando a las distintas partes interesadas y a la Comisión Deontológica Colegial.*” No obstante, acogernos a este artículo no nos eximirá de la posi-

ble responsabilidad legal en la que, en un caso determinado, pudiéramos incurrir. De cualquier forma, nuestra decisión probablemente será valorada y tenida en cuenta por el tribunal si somos capaces de argumentar sólidamente las razones que nos llevaron a tomarla.

Obviamente, la justificación del establecimiento de límites para la *confidencialidad* es uno de los temas que precisaba urgente modificación en nuestro Código, ya que, en este tema, necesita ser puesto en consonancia con la actual legislación y con las normas éticas establecidas para el marco europeo (Meta-Código de la EFPA, 2005) En el Meta-Código sí se contempla la obligación de revelar información cuando así lo exija la Ley y para proteger al cliente o a terceras personas, aunque hace referencia a la obligación de proporcionar sólo aquella información que sea relevante para el asunto en cuestión, manteniendo la *confidencialidad* de cualquier otra información. En esa misma línea se encuentra lo hasta ahora dispuesto en el Proyecto de nuevo Código.

Información a los usuarios sobre los límites de la Confidencialidad

Ya hemos expuesto que no podemos garantizar la *confidencialidad* absoluta a los que son usuarios de nuestros servicios. Obviamente, esta circunstancia debe ser comunicada a éstos al inicio de la relación. Como indican Joseph y Onek (2001) es comprensible que los profesionales sean reacios a comenzar una consulta con una conversación sobre los límites de la *confidencialidad*, pero si se retrasa esa conversación aunque sólo sea por un breve periodo de tiempo, puede ocurrir que se nos confíe una información que, posteriormente, nos veamos obligados a revelar y que resulte perjudicial

² Véase Bermejo, del Río, Díaz et al. (2004)

para el usuario. Evidentemente, una vez que éste conoce los límites de la *confidencialidad* según la Ley, es libre de proporcionar o no determinadas informaciones pero, en el caso de que se decida a contarnos algún hecho o situación de ese tipo (v.g., que está abusando sexualmente de un menor, está haciendo planes para asesinar a su pareja, *etc.*), tendrá conocimiento de antemano de que estaremos obligados a notificarlo ante las instancias legales oportunas. Por tanto, es conveniente que informemos a los usuarios en el proceso de *consentimiento informado*. Hare-Mustin *et al.* (1999), sugieren que el momento óptimo para proporcionar esa información es al final de la primera entrevista, salvo que éstos hayan acudido en una situación de crisis o estén profundamente alterados. En estos casos, debemos sopesar la necesidad de apoyo inmediato y alivio. Sin embargo, aunque la información se posponga por varias sesiones, en cuanto el usuario esté condiciones de recibirla, se deberá proporcionar.

Algunos dilemas

Dilema 1

Una alumna de 16 años entra en el despacho del psicólogo de su instituto con una enorme angustia, se pone a llorar, y lo primero que dice es que *"no quiero que nadie se entere de lo que me pasa, y menos en mi casa"*. Después de un período de tanteo se decide a hablar y comenta que tiene miedo de estar embarazada pues tiene un retraso de diez días en su menstruación y *"si estoy embarazada voy a abortar como sea"*. A lo largo de la entrevista se conoce que mantiene relaciones sexuales de riesgo, pues ni ella ni su pareja usan ningún método anticonceptivo, aunque tampoco mantienen relaciones sexuales con otras personas.

Adaptado de Lozano (2002)

Obviamente, con el objeto de animar una comunicación abierta y fomentar la confianza durante la intervención, los psicólogos solemos asegurar a nuestros usuarios adolescentes que mantendremos la *confidencialidad*. No obstante debemos informarles también de los límites a pesar del temor de que, a partir de ese momento, el adolescente no revele u oculte información durante la intervención, incluso que la abandone o que ésta situación sea causa de un posterior rechazo a buscar cualquier otro tipo de ayuda psicológica. Por otro lado, al mismo tiempo que nos debatimos entre la necesidad de mantener la relación terapéutica (respetando los deseos de *confidencialidad* del menor) o de informar de una situación de riesgo de la que pudiéramos haber tenido conocimiento, podemos estar siendo presionados por parte de los padres para que les revelemos todo lo que su hijo/a nos ha manifestado. Estos problemas nos conducen a que debemos plantear una discusión franca y completa sobre los *límites de la confidencialidad* al inicio de la relación profesional, durante el proceso de *consentimiento informado* (Melton, Ehrenreich y Lyons, 2001; França-

Tarragó, 2001; Sullivan *et al.*, 2002) Los psicólogos debemos establecer previamente qué conductas específicas garantizarían la ruptura de la *confidencialidad* en un proceso de discusión en el que estuviesen involucrados el usuario adolescente y sus padres (si es menor de 16 años) debiendo asegurarnos de que todos hayan comprendido los *límites de la confidencialidad*. Incluir esta información en el formulario de *consentimiento informado* que será firmado por los padres y el adolescente puede servir también para evitar malos entendidos posteriores (Rae, 2001)

En el caso expuesto, el primer paso es identificar el dilema que se nos plantea, en este caso, la colisión del deber de mantenimiento de la *confidencialidad* con una menor "madura" de 16 años cumplidos frente a la obligación de evitar situaciones que puedan suponer un riesgo para la menor (aborto clandestino)

Para poder resolver este dilema es necesario que conozcamos, además de la legislación general expuesta anteriormente, algunos aspectos específicos. La *Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, en su artículo 9 sobre los límites del *consentimiento informado* y el *consentimiento por representación*, en su apartado 3, es rotunda al afirmar que "*Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente*". Además en su

apartado 4, indica que "*La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación*". Consecuentemente, esta Ley otorga a los menores a partir de los 16 años capacidad plena para consentir, excepto en los tres supuestos indicados, entre ellos, el tema que nos ocupa: la interrupción voluntaria del embarazo. Esto es de vital importancia ya que en el caso de esta chica, si se confirma el embarazo y mantiene su empeño en abortar sin comunicárselo a sus padres, tendría que ser necesariamente un aborto clandestino, ya que un aborto legal sólo sería posible a partir de los 18 años cumplidos o con la autorización de sus padres o representantes legales. El aborto clandestino, obviamente, supone un riesgo para la salud por lo que nos coloca en una complicada situación ante el deber ético y legal de mantenimiento de la *confidencialidad* (más aún cuando, en este caso, la chica ha expresado de forma explícita su deseo de no informar a los padres)

¿Qué deberíamos hacer?³ En primer lugar, parece prudente que no realicemos acciones encaminadas a resolver el problema principal hasta que no se confirme el embarazo, pero mientras tanto, y aún en el caso de que éste no se confirmara, podremos ejercitar algunas actividades compatibles con la situación conocida, es decir, con las relaciones sexuales de riesgo que mantiene

³ Para este caso exponemos las conclusiones definitivas a las que llegaron los alumnos tras seguir el proceso completo de toma de decisiones éticas en un Curso sobre ética profesional impartido en la Universidad de Sevilla (por motivos de espacio, no exponemos los cursos de acción que se desecharon por considerarse inadecuados en el análisis de los posibles riesgos tanto a corto como a largo plazo).

la chica con su pareja, todo ello teniendo en cuenta que en el artículo 162.1 del Código Civil, se limita la representación legal de los padres en “*Los actos relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las Leyes y con sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo*”. Es decir, los derechos de personalidad (entre ellos el derecho a la salud, el derecho al ejercicio y el uso de la sexualidad) tratándose de un menor maduro, no pueden ser objeto de patria potestad. Consecuentemente, no estamos obligados a informar a los padres sobre las relaciones sexuales de la hija pero sí podemos -y debemos-, trabajar con ella sobre las relaciones de riesgo bien nosotros mismos, si tenemos la competencia suficiente para ello, o bien derivándola a un Centro de Planificación Familiar donde podríamos informarles (a la chica y su pareja) sobre prácticas sexuales seguras, su situación legal y los riesgos de

un aborto clandestino. Los demás cursos de acción seleccionados, una vez confirmado el embarazo, van encaminados a conseguir que sea la propia menor quien informe a los padres o nos autorice para que podamos hacerlo nosotros (en ese caso no tendríamos que violar nuestro deber de mantenimiento de la *confidencialidad*) Las alternativas de comunicación viables pueden ser variadas, dependiendo del caso, por ejemplo, utilizar alguna persona de confianza de la menor que actuase como mediadora entre ella y los padres, informar en primer lugar a la madre o a una hermana, etc. y luego con ella abordar la comunicación al padre, hacerlo en una situación entrenada previamente en nuestra consulta, etc. Únicamente, en el caso de que la chica no aceptara ninguna de las alternativas propuestas y estuviera considerando seriamente la alternativa del aborto clandestino, y en orden de evitar un previsible riesgo para su salud, tendríamos que informar a los padres.

Dilema 2

El señor A pidió ver a un terapeuta en una Clínica de Enfermedades de Transmisión Sexual después de recibir resultados positivos en la prueba de VIH. No presenta síntomas.

El terapeuta informó al señor A sobre la probabilidad de desarrollar la enfermedad en los siguientes 5 años, el curso típico de la enfermedad, y su probable resultado. Posteriormente le explicó que él podía contagiar a otros a través del contacto sexual, compartiendo agujas, o donando sangre. El terapeuta le informó al señor A sobre el “sexo seguro” y sobre lo que podía hacer para proteger a sus compañeros sexuales frente a un posible contagio.

En ese punto el señor A le confesó al terapeuta que era bisexual y que creía que había contraído el virus durante uno de sus contactos homosexuales. Prosiguió diciendo que había tomado la decisión de discontinuar sus actividades homosexuales y que recientemente se había comprometido. El terapeuta le aconsejó al señor A. que informara a su prometida sobre su diagnóstico y nuevamente le advirtió sobre el riesgo de transmitir el virus. El señor A se negó a hacerlo, diciendo que esto destrozaría sus planes de matrimonio.

Adaptado de Morrison (1999)

En este caso proporcionado por Morrison (1999), el terapeuta también se encuentra ante un dilema ético ya que su responsabilidad de mantener la *confidencialidad* está poniendo en un grave riesgo a una tercera persona, la novia del paciente. Este problema, al igual que otros de índole parecida, no tiene una solución fácil. Según sugiere Morrison (1999): *“La situación ideal sería que el terapeuta fuera capaz, en un corto tiempo, de persuadir al señor A para que informe a su novia sobre los resultados de sus pruebas. Al fallar este intento, el terapeuta debería convencer a su cliente de practicar “sexo seguro” mientras considera la posibilidad de revelar su estado de VIH a su novia. Finalmente, debería consultar el tema con colegas, con médicos y con consejeros legales antes de tomar cualquier medida”* (pp. 210-211)

Al hilo de este caso, comentaremos otra situación que puede plantear conflictos. Se trata de cuando se produce el fallecimiento de un paciente y el profesional es conocedor de alguna información que podría suponer un posible riesgo para sus familiares o allegados. Por ejemplo, consideremos que el señor A (del caso referido anteriormente), fallece repentinamente a consecuencia de un accidente, ¿estaríamos obligados a advertir a la novia de la condición de seropositivo del fallecido? Nuestra legislación, concretamente, en el apartado 4 del artículo 18 de la Ley 41/2002, *Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica* establece: *“Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el*

fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. En cualquier caso el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros”.

Teniendo en cuenta lo establecido en el artículo mencionado, la necesidad de incluir en el proceso de *consentimiento informado* la cuestión de si el cliente desea, en el hipotético caso de que se produzca su fallecimiento, que sus familiares tengan acceso a su Historia Clínica (y su respuesta quede debidamente acreditada), parece que tendrá que convertirse en una realidad. Lo dispuesto en nuestro Código, en su artículo 49: *“El fallecimiento del cliente, o su desaparición –en el caso de instituciones públicas o privadas- no libera al psicólogo de las obligaciones del secreto profesional”* tendrá que ser ajustado, aunque el comentado artículo 18.4, prescribe claramente que *“En cualquier caso el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes”*.

Finalmente comentaremos otro de los dilemas éticos cuya resolución requiere extrema prudencia y delicadeza. Se trata de determinar una respuesta apropiada frente al conocimiento de la intención de suicidarse de un usuario. Como indica Morrison (1999), los profesionales de la salud mental tradicionalmente han aceptado la responsabilidad ética y legal frente a la prevención de un suicidio. Generalmente se utilizan medidas preventivas que van desde la persuasión hasta la hospitalización involuntaria del paciente en un centro psiquiátrico,

poniendo sobre aviso a los familiares para tomen las medidas oportunas en orden a proteger su vida. Sobre este tema se ha originado una fuerte controversia, fundamentalmente en torno a lo que Szasz (1986) ha llamado "intervenciones coercitivas", en las que no se obtiene el consentimiento del paciente para revelar esa información y, por tanto, el terapeuta rompe la *confidencialidad* unilateralmente. La cuestión central en este tema está en la consideración de la capacidad del individuo para tomar una decisión "racional y competente" frente a suicidarse, actitud defendida por algunos profesionales.

No obstante, los psicólogos debemos considerar las obligaciones legales respecto a la necesidad de impedir daños contra las personas aunque, en este caso, el daño sea autoinfringido. Por otro lado, aunque un profesional vea el suicidio como una elección "racional" del cliente, ayudarle a morir (aunque esté en una situación de enfermedad terminal), no está permitido por nuestro ordenamiento jurídico y habría poca discusión respecto a las responsabilidades legales que este hecho implicaría para el profesional.

Bibliografía

- American Psychological Association (APA) (2002) Ethical principles of psychologists and code of conduct. <http://www.apa.org/ethics>
- Associação dos Psicólogos portugueses (APPORT) (1995) Principios Éticos. http://www.snp.pt/osindicato/documentos_files/030301principdeont.htm
- Beauchamp, T. L. y Childress, J. F. (1999) Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson.
- Bermejo, V., del Río, C., Díaz, R. et al. (2004) Ética y deontología para psicólogos. Madrid: COP
- Bersoff, D. N. (1999-a) Confidenciality, privilege, and privacy (pp. 149-150) En D. Bersoff (Ed.) Ethical conflicts in Psychology. Washington: APA.
- Bersoff, D. N. (1999-b) Therapists as protectors and policemen: New roles as a result of Tarasoff (pp. 165-167) En D. Bersoff (Ed.) Ethical conflicts in Psychology. Washington: APA.
- Bloch, S., Chodoff, P. y Green, S. (2001) La ética en psiquiatría. Madrid: Triacastela.
- Canadian Psychological Association (2000) Canadian Code of Ethics for Psychologists. <http://www.cpa.ca/code2.html#conflits>
- Código Penal (LO 10/1995 de 23 de noviembre)
- Colegio Oficial de Psicólogos (COP) (1987) Código Deontológico del Psicólogo. <http://www.cop.es>
- Constitución Española de 27 Diciembre 1978 (B.O.E. nº 311, de 29 diciembre, 1978)
- Del Río, C. (2005) Guía de ética profesional en psicología clínica. Madrid: Pirámide.
- Del Río, C., Borda, M. y Torres, I. (2003) Valoración de los estudiantes de Psicología sobre la ética de algunas prácticas de los terapeutas. *Psicología Conductual*, 11, 261-281.
- Echeburúa, E. (2002) El secreto profesional en la práctica de la Psicología clínica y forense: alcance y límites de la confidencialidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 498-504.
- European Federation of Psychologists Associations - EFPA- (1995) Metha Code of Ethics. <http://www.efpa.be> (versión en castellano en: Alcalde, M. J. y del Río, C. (2001). "Metacódigo de ética de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA): Traducción y adaptación al castellano". *Infocop*, 80, 36-39) y en Bermejo, V., del Río, C., Díaz, R. et al. (2004) Ética y deontología para psicólogos. Madrid: COP)
- European Federation of Psychologists Associations - EFPA- (2005) Metha Code of Ethics. <http://www.efpa.be>
- Everstine, L., Everstine, D. S., Heiyman, G.M., True, R.H., Frey, D.H., Jonson, H.G. y Seiden, R.H. (1999) Privacy and confidentiality in psychotherapy (pp. 162- 164) En D. Bersoff (Ed.) Ethical conflicts in Psychology. Washington: APA.
- França-Tarragó, O. (2001) Ética para psicólogos (3ª ed) Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gustafson, K. E. y McNamara, R. (1999) Confidentiality with minor clients: Issues and guidelines for therapists (pp. 200-204) En D.M., Bersoff: Ethical conflicts in psychology. (2nd Ed.; pp. 521-524) Washington, D.C: APA.
- Haas, Malouf y Mayerson (1999) Ethical dilemmas in psychological practice: results of a national survey. En

- D.M., Bersoff: Ethical conflicts in psychology. Washington, D.C: APA.
- Hadjistavropoulos, T. y Malloy, D. C. (2000) Making Ethical Choices: A Comprehensive Decision-Making Model for Canadian Psychologists. *Canadian Psychology*, 41, 104-115.
- Hare-Mustin, R. T., Maracek, J., Kaplan, A.G. y Liss Levinson, N. (1999) Rights of clients, responsibilities of therapists (pp. 341-345) En D.N. Bersoff (Ed) Ethical conflicts in Psychology. Washington: APA.
- Holmes (2001) Aspectos éticos de las Psicoterapias. En S. Bloch, P. Chodoff y S.A. Green (Ed.) La ética en psiquiatría. Madrid: Triascatela.
- Joseph, D.I. y Onek, J. (2001) La confidencialidad en Psiquiatría. En S. Bloch, P. Chodoff y S.A.Green (Eds.) La ética en Psiquiatría. Madrid: Triascatela.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, modificada en lo que al tema que nos ocupa por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley Orgánica (LO) 1/1982 de Protección Civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen de 2 de mayo 1982.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- Ley Orgánica 1/1996, de Protección Jurídica del Menor.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.
- Ley de Enjuiciamiento Criminal.
- 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.
- Lozano, L. (2002) Dilemas éticos en el trabajo con menores. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*, 24, 41-57.
- Melton, G. B., Ehrenreich, N. S. y Lyons, P. M. (2001) Ethical and legal issues in mental health services for children. En C. E. Walker y M. C. Roberts (Eds.) Handbook of clinical child psychology (3rd ed., pp. 1074—1093) New York: Wiley.
- Morrison, C.F. (1999) AIDS: Ethical implications for psychological intervention (pp. 209-212) En D. Bersoff (Ed.) Ethical conflicts in Psychology. Washington: APA.
- Pope, K. D., 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 Vetter, V. A. (1992) Ethical Dilemas encountered by members of the American Psychological Association: A National Survey. *American Psychologist*, 47, 397-411.
- Rae, W. A. (2001) Common teen-parent problems. En C. E. Walker y M. C. Roberts (Eds.) Handbook of clinical child psychology (3rd ed., pp. 621—637) New York: Wiley.
- Sullivan, T., Martín, W. L. y Handelsman, M. (1993) Practical benefits of an informed-consent procedure: An empirical investigation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 160-164.
- Sullivan, J. R., Ramirez, E., Rae, W. A., Peña, N. y George, C. A. (2002) Factors Contributing to Breaking Confidentiality With Adolescent Clients. A Survey of Pediatric Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 396-401.
- Szasz, T. (1986) The case against suicide prevention. *American Psychologist*, 41, 806-812.

Fecha de recepció: 29/07/2007
 Fecha de aceptació: 30/08/2007