

EL SECRETO PROFESIONAL EN LA PRÁCTICA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y FORENSE: ALCANCE Y LÍMITES DE LA CONFIDENCIALIDAD¹

Enrique Echeburúa

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
Facultad de Psicología. UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO



RESUMEN

En este artículo se analizan los límites de la confidencialidad en la práctica de la psicología clínica y forense. Se abordan algunos de los temas más significativos: las limitaciones de la confidencialidad cuando hay un mandato judicial, la revelación de información confidencial sin el consentimiento del sujeto en algunas circunstancias y la propiedad de las historias clínicas. Se comentan asimismo algunas sugerencias para las investigaciones futuras en este campo.

Palabras clave: *LIMITACIONES DE LA CONFIDENCIALIDAD. SECRETO PROFESIONAL. PSICOLOGÍA CLÍNICA. PSICOLOGÍA FORENSE.*

Correspondencia: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. Avda. de Tolosa, 70. 20018 San Sebastián

1 El autor agradece las sugerencias recibidas a un primer borrador de este manuscrito de José Luis de la Cuesta, catedrático de Derecho Penal y director del Instituto Vasco de Criminología de la Universidad del País Vasco, de Álvaro Iruín, director de Salud Mental del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza), de Iñaki Subijana, magistrado y profesor del Instituto Vasco de Criminología, y de Francisco Etxebarria, profesor titular de Medicina Legal y Forense.

SUMMARY

In this paper the limits of confidentiality in the practice of clinical and forensic psychology are discussed. Some relevant topics are dealt with: the limitations on confidentiality when mandated by law, the disclosure of confidential information without the consent of the individual in several circumstances and the ownership of psychological records and data. Suggestions for future research in this field are commented upon.

Key words: LIMITS OF CONFIDENTIALITY. PRIVACY. CLINICAL PSYCHOLOGY. FORENSIC PSYCHOLOGY.

INTRODUCCIÓN

El derecho a la intimidad está muy ligado a la dignidad del ser humano. En concreto, la esfera individual de la persona se puede dividir en tres esferas más particulares: a) la *esfera privada*, que se refiere a los comportamientos que la persona desea proteger de los demás en general; b) la *esfera confidencial*, que abarca lo que la persona transmite a sólo determinadas personas de su confianza; y c) la *esfera del secreto*, que el sujeto mantiene inaccesible a cualquier persona. Estas tres esferas pueden considerarse como tres círculos concéntricos de radio progresivamente menor (Morales, 1984). En este sentido, el quebrantamiento del secreto profesional puede desencadenar la aparición de una intromisión ilegítima en el ámbito de protección de la intimidad personal o familiar del paciente.

La práctica de la psicología clínica está sustentada en la confianza del paciente respecto a la discreción del terapeuta. No puede haber una buena práctica profesional, por efectivas que sean las técnicas utilizadas, sin una relación empática adecuada entre el psicólogo

clínico y el paciente. Y ésta no se puede conseguir si el paciente no cuenta explícita o implícitamente con el secreto profesional del terapeuta. Son más los requisitos exigidos para una buena alianza terapéutica, pero la confidencialidad es una condición previa necesaria para el establecimiento de la misma (Echeburúa y Corral, 2001).

El terapeuta no podría encontrarse cómodo en la relación con el paciente si no se amparase en el secreto profesional y tuviese que ceder a la presión de otras personas (familiares, profesores, jefes de personal, etc.) para revelar la información obtenida. De este modo, el secreto profesional se configura para el terapeuta como una *segunda naturaleza* (Sánchez-Caro y Sánchez-Caro, 2001).

Más allá de un requisito imprescindible en la relación terapéutica, la confidencialidad es inherente a la responsabilidad profesional del psicólogo clínico. No se trata sólo de una *responsabilidad legal o jurídica*, que es más restrictiva y se relaciona con el cumplimiento de las normas legales, sino también de una *responsabilidad deontológica*, que es mucho más amplia y está estrechamente vinculada con una práctica adecuada de la profesión, es decir, con el cumplimiento de las normas deontológicas, lo que constituye la ética profesional (Polaino-Lorente, 2001).

Sin embargo, en este ámbito la realidad está llena de matices. Todo acto humano es un acto moral y, por tanto, todo acto humano puede plantear conflictos morales (Gracia, 2001). Los conflictos éticos, que pueden generar una enorme angustia en los seres humanos, pueden surgir en situaciones muy diversas. En realidad, los límites de la confidencialidad en el ámbito de la práctica clínica y forense constituyen un tema espinoso porque, en último término, se puede llegar a plantear el debate entre los derechos de la persona y los derechos de la sociedad (*cf.* Aranguren, 1997; Savater, Valverde y Camps, 1997).

Más en concreto, por lo que se refiere a los confines de la confidencialidad, puede surgir el conflicto entre el secreto profesional, como deber de sigilo del psicólogo clínico o forense respecto a las confidencias habidas en la relación profesional con el paciente, y el deber de colaborar con la sociedad para esclarecer ciertos delitos o para evitar males mayores (Subijana, 1997a).

NATURALEZA DEL SECRETO PROFESIONAL

El concepto de confidencialidad está recogido en el juramento hipocrático (*cfr.* Código de Ética y Deontología Médica, 1999). La confidencialidad es un derecho del ciudadano, que lleva aparejado el deber del terapeuta de respetarlo (secreto profesional).

Compartir información por parte de los psicólogos con los padres, la pareja, el jefe de personal de la empresa, etc., sólo se puede hacer con la autorización del paciente.

En la práctica clínica con adultos

Desde una perspectiva legal, la Constitución Española (art. 18.1) ampara el derecho a la intimidad. De este modo, según el artículo 199.2 del Código Penal, la vulneración del secreto profesional² es un delito, excepto en los casos del deber de denuncia de hechos delictivos y en la declaración como testigo o perito en un procedimiento judicial. Pero incluso en estos casos, según el artículo 24.2 de la Constitución, *"la ley regulará los casos en que, por razón de parentesco o de secreto profesional, no se estará obligado a declarar sobre hechos presuntamente delictivos"*. Por desgracia, con posterioridad a la Constitución no ha sido aprobada una regulación legal específica en esta línea.

Asimismo la nueva Ley de Enjuiciamiento Civil regula el secreto profesional en el ámbito del proceso civil. En concreto, según el artículo 371.1, los testigos que tengan el deber de guardar secreto deberán manifestarlo razonadamente para que el tribunal actúe en consecuencia. La Ley de Enjuiciamiento Criminal también se ocupa de este tema. Si bien, según el artículo 262, las personas que por razón de su profesión o de su cargo tengan noticia de delitos públicos tienen la obligación de denunciarlos (pudiendo ser sancionados con

2 "El profesional que, con incumplimiento de su obligación 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".

multa en el caso de no hacerlo), hay, según el artículo 263, profesionales (*confidentes necesarios*) que tienen la obligación de guardar secreto profesional y que quedan excluidos de dicha obligatoriedad. Es el caso de los abogados (respecto de los hechos que el procesado le hubiese confiado en su calidad de defensor) y de los sacerdotes (cuando media el secreto de confesión) (Beristáin, 1994). Los terapeutas, sin embargo, no están incluidos en este apartado.

Por último, en la Ley Orgánica de Protección Civil del Honor, la Intimidación Personal y Familiar y la Propia Imagen (LO 1/1982) se considera una intromisión ilegítima en el ámbito de protección la revelación de datos privados de una persona conocidos a través de la actividad profesional de quien los revela (art. 7.4).

Desde una perspectiva deontológica, según el artículo 40 del Código Deontológico del Psicólogo (1987), el terapeuta cuenta con el derecho y el deber del secreto profesional, del que sólo puede ser eximido por el consentimiento expreso del paciente³. De este modo, sólo se puede transmitir información confidencial a terceras personas con expresa autorización del interesado (art. 41). Y según el artículo 42, *“cuando una evaluación o intervención haya sido solicitada por otra persona (un juez o un profesor, por ejemplo), el sujeto (o sus padres o tutores si es menor) tendrá derecho a ser informado del contenido de la evaluación y del destinatario del informe psicológico ... siempre que de ello no se derive un grave perjuicio para el sujeto o para el psicólogo”*.

Asimismo los códigos deontológicos de otras profesiones asistenciales insisten en esta misma línea. En concreto, en el Código de Ética y Deontología Médica (1999) se considera el secreto médico como algo inherente al ejercicio de la profesión y como un derecho del paciente, aun fallecido, para su seguridad (arts. 14.1 y 14.4). También la Ley General de Sanidad (LO 14/1986) garantiza el derecho del paciente a la confidencialidad de toda la información relacionada con su enfermedad (art. 10.3).

3 Es el caso, por ejemplo, de un joven estudiante de 20 años al que llevan sus padres a la consulta privada de un psicólogo clínico por problemas de conducta y fracaso escolar continuado. Al margen de que sean los padres quienes abonen los honorarios del tratamiento, el psicólogo sólo puede revelarles las confidencias obtenidas en la medida en que sea autorizado a hacerlo por el paciente.

Lo mismo ocurre en el Código Deontológico de los Trabajadores Sociales (1999). Según se establece en el artículo 36, constituye una obligación “... *guardar secreto de todo lo que los usuarios/clientes le transmitan y confíen, así como de lo que conozca en su ejercicio profesional*”.

Cuando la práctica profesional se lleva a cabo en equipo, cada terapeuta, tal como figura en el artículo 15.2 del Código de Ética y Deontología Médica o en el artículo 40 (apartados a y b) del Código Deontológico de los Trabajadores Sociales, es responsable de la totalidad del secreto. Es decir, los terapeutas pueden compartir la información con los miembros del equipo profesional, sin requerir un permiso especial del paciente, pero todos ellos están igualmente implicados por el secreto profesional (Kaplan, Sadock y Grebb, 1996).

En la práctica clínica con menores

Los padres, sobre los que recae el deber de educar a los hijos menores (de hecho, existe una responsabilidad civil por los daños a terceros ocasionados por los menores sujetos a patria potestad), pueden tener derecho a conocer datos privados relacionados con sus hijos, así como los tutores en los casos de incapacitación civil. Sin embargo, la relación entre el secreto profesional del terapeuta con los niños y adolescentes y la información dada a los padres es un punto complejo.

Según el artículo 4 de la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor (LO 1/96), los menores son titulares del derecho a la intimidad. El trasfondo jurídico es que los menores tienen una capacidad progresiva, en función de su edad y madurez, en el ejercicio de sus derechos (art. 2 de la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor y art. 162, regla segunda, del Código Civil).

Por ello, los padres no siempre pueden acceder a la información que afecta a la intimidad de los hijos, sin el consentimiento de estos últimos, especialmente en los tramos altos de la minoría de edad (14-16, 16-18 años) (De la Cuesta, 2002; Subijana, 2002).

En la práctica forense

Los psicólogos forenses están al servicio directo de la justicia y, por ello, están eximidos parcialmente del secreto profesional (Maza, 2001). Sin embargo, esta exención no tiene un carácter absoluto y se refiere exclusivamente a unos contenidos (la información que resulta relevante para el delito cometido) y a unas personas (los jueces) (*cf.* Bowden y Bluglass, 1990; Gunn y Taylor, 2000). Desbordar estos ámbitos supondría un quebrantamiento de la obligación impuesta por la confidencialidad de la información recibida. Por otra parte, y a pesar de la exención del secreto profesional, resulta éticamente exigible que el psicólogo forense informe al paciente del tipo de relación existente entre ambos y del destinatario de los resultados de la exploración psicológica, así como que obtenga un consentimiento informado (Rego, 2001; Romeo, 2002).

Como consecuencia de lo anterior, debe tenerse en cuenta que la intervención clínica con un paciente es incompatible con la actuación como forense o perito en el ámbito judicial. A diferencia de los psicólogos clínicos, los psicólogos forenses no están sujetos al secreto profesional. Por ello, según el Código de Ética y Deontología Médica (art. 41.3), el terapeuta que lleva a cabo *actividades asistenciales* no puede realizar *informes periciales* de sus pacientes. En todo caso, bajo requerimiento judicial -y previa autorización por parte del paciente-, el psicólogo clínico puede realizar un *informe técnico* (pero no un *informe pericial*, que requiere una descripción y valoración de los hechos) e incluso intervenir en la vista oral como *testigo-perito* (pero no propiamente como *perito*), según el artículo 370 de la nueva Ley de Enjuiciamiento Civil, para informar exclusivamente de los hechos conocidos en el transcurso de la asistencia terapéutica que sean relevantes para el procedimiento judicial⁴. A su vez, los psi-

4 Un terapeuta únicamente puede actuar como testigo. El perito tiene conocimiento del objeto de la pericia en el marco del proceso y en su condición de experto transmite al juzgador conocimientos especializados sobre ese tema. El terapeuta es también un experto, pero el conocimiento que transmite al juzgador tiene su antecedente fuera del proceso. En otras palabras, se limita a transmitir un conocimiento adquirido fuera del proceso y proveniente de su actuación como terapeuta en el ámbito de un tratamiento (Subijana, 2002).

ólogos forenses o los psicólogos que, sin serlo, intervienen como peritos en un caso (a petición de parte, por ejemplo) no pueden realizar intervenciones terapéuticas en ese mismo caso (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

Historia clínica y confidencialidad

Según Laín Entralgo (1978), la historia clínica es el documento fundamental del saber médico. La historia clínica es imprescindible para prestar una asistencia de calidad, especialmente en el ámbito de los Centros de Salud públicos (Criado del Río, 1999). De hecho, es una obligación impuesta por el artículo 13.1 del Código de Ética y Deontología Médica.

En relación con las historias clínicas (diagnósticos clínicos, informes psicométricos, fechas de altas y bajas, etc.), éstas son propiedad del sistema público de salud o de los terapeutas (en el caso de la asistencia privada), pero el paciente puede tener acceso a una copia de su historia (excepto las impresiones u opiniones subjetivas del terapeuta o las informaciones aportadas por terceras personas) en virtud del derecho del paciente a la información, según se establece en el artículo 10.1 del Código de Ética y Deontología Médica y en el Real Decreto 63/95 de Ordenación de las Prestaciones Sanitarias (art. 5 del anexo).

La historia clínica, especialmente en los centros públicos, puede ser una de las causas más frecuentes de vulneración del secreto profesional por la cantidad de personas que pueden acceder a ella (Criado del Río, 1999). Según una sentencia del Tribunal Constitucional del 30 de noviembre de 2000, la protección de los datos personales es un derecho fundamental de todos los españoles. Más en concreto, según la Ley General de Sanidad (art. 61), se establece el deber de guardar el secreto por quien, en virtud de sus competencias, tenga acceso a la historia clínica. Asimismo en el artículo 17.1 del Código de Ética y Deontología Médica se determina que los sistemas de informatización médica no comprometerán el derecho del paciente a la intimidad.

LÍMITES DEL SECRETO PROFESIONAL

Del *deber* de la discreción se deriva consecuentemente el *derecho* al secreto profesional. Éste no puede considerarse, sin embargo, como un valor absoluto. Así, por ejemplo, en el Código Penal (art. 450) se considera delito cuando una persona no pone en conocimiento de la autoridad la comisión de un delito actual o próximo contra la vida, la integridad, la salud, la libertad o la libertad sexual. Por otra parte, según el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, ya mencionado, los que por razón de su cargo o profesión tengan noticia de algún delito público, están obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Juez o a la policía.

Los médicos pueden verse obligados a revelar el secreto por imperativo legal, según el artículo 16.1a del Código de Ética y Deontología Médica, pero sólo en el ámbito de unos límites restringidos, o para evitar un perjuicio para el propio paciente o para otras personas (art. 16.1d). Asimismo, según el Código Deontológico del Psicólogo (art. 8), *“todo psicólogo debe informar, cuando 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 de la que tuviera conocimiento en el ejercicio de su profesión»*. Por último, según el artículo 40 (apartado d) del Código Deontológico de los Trabajadores Sociales, *“no se vulnera el secreto profesional si se trata de evitar una lesión notoriamente injusta y grave que la guarda del secreto profesional pudiera causar al profesional o a un tercero”*.

Como medida razonable, de lo que se trata, en estas circunstancias, es de obtener el consentimiento del paciente para revelar una información confidencial. Sólo si no se obtiene éste y el asunto es grave se puede, como *ultima ratio*, vulnerar el secreto profesional. En estos casos extremos una negativa del terapeuta a la colaboración con la Justicia podría hacerle incurrir en un delito de desobediencia a la autoridad judicial (art. 556 del Código Penal) y en un delito de denegación de auxilio a la justicia (art. 412.1 del Código Penal).

En adultos

Un terapeuta puede verse obligado a quebrantar la obligación de confidencialidad por una citación judicial o para evitar males mayores. El secreto profesional puede ser roto, con prudencia, cuando un paciente tiene una probabilidad alta de cometer un asesinato o un delito grave⁵, de poner en peligro la vida de otras personas⁶ o de suicidarse⁷. La existencia de una alteración psicopatológica profunda en este contexto (trastorno delirante, ideación suicida grave, impulsos homicidas, etc.) puede justificar el quebrantamiento de la confidencialidad, al amparo del artículo 16.1d del Código de Ética y Deontología Médica o del artículo 5.05 de los Principios Éticos y Código de Conducta (Asociación Americana de Psicología, 1992), así como la notificación del riesgo, según los casos, a la víctima potencial, a los familiares o a las autoridades policiales o judiciales, basada en el deber de protección de la víctima (Barlow y Durand, 2001).

En menores

Por lo que a menores se refiere, según el artículo 13.1 de la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor (LO 1/96), toda persona tiene la 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.

5 Por ejemplo, la existencia de unos celos patológicos en un paciente alcohólico, siempre que puedan poner en peligro la vida de su pareja y que el paciente se niegue a adoptar las medidas terapéuticas adecuadas, justifica la notificación del riesgo a la víctima potencial y, en su caso, a las autoridades judiciales.

6 Es el caso, por ejemplo, de un conductor de autobús que presenta una esquizofrenia con alucinaciones e ideas delirantes de persecución. Si se niega a coger la baja o a seguir las indicaciones terapéuticas, el terapeuta puede verse obligado a romper la confidencialidad e informar a la empresa del riesgo existente.

7 Si un paciente depresivo con ideas persistentes de suicidio, y con intentos autolíticos previos, se niega a comentar lo que le sucede a su entorno familiar inmediato, el terapeuta puede sentirse en la necesidad de avisar del riesgo a la familia próxima o de adoptar otras medidas extremas, según los casos, como el internamiento involuntario.

Sin embargo, la *notificación* (no la *denuncia*, que debe realizarla el fiscal o el representante legal del menor) del conocimiento de sospecha se puede realizar ante la instancia judicial o bien ante los servicios sociales responsables de la infancia. Esta última opción actualmente es la preferible ya que los servicios sociales van a ocuparse de investigar la sospecha y de ofrecer un programa de tratamiento para el menor y/o su familia según proceda, así como de prestar las ayudas necesarias y de acudir a los tribunales en los casos oportunos.

RESOLUCIÓN DEL CONFLICTO DE DEBERES

A veces hay un conflicto entre el *secreto profesional* y el *deber de denunciar a la justicia* la comisión de un delito. De hecho, según el artículo 417 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, y a diferencia de la situación habida con los abogados y los confesores, no se autoriza a los terapeutas al "*ius tacendi*" (el secreto profesional absoluto), lo que suscita problemas con el contenido del artículo 199.2 del Código Penal (ya comentado), referido a la obligatoriedad del secreto profesional.

La forma de resolver este conflicto jurídicamente es considerarlo como un conflicto entre deberes propio del *estado de necesidad* (Subijana, 1997a). En concreto, 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. Al no haber habitualmente una disposición normativa al efecto, el conflicto debe entonces resolverse por la vía de la interpretación y de la prudencia. En general, debe prevalecer el secreto profesional⁸ (derecho a la intimidad del ciudadano), puesto que el deber de denuncia es un

8 Si un paciente acude a la consulta de un psicólogo clínico por un problema de pareja y en el transcurso del tratamiento revela al terapeuta la comisión de una agresión sexual aislada hace 3 años, sin que se haya vuelto a repetir y de la que el paciente se siente profundamente culpable, el psicólogo debe hacer prevalecer en este caso el secreto profesional.

deber genérico y sin verdadera sanción, salvo que entre en conflicto con bienes superiores (la vida o los derechos fundamentales de otra persona, en especial los recogidos en el artículo 450 del Código Penal, ya mencionado)⁹.

En cuanto a menores, incluso la obligatoriedad legal de notificar a la autoridad los casos conocidos de niños en situaciones de desprotección (maltrato, abuso sexual, etc.) es polémica y debe ser flexible, sobre todo cuando hay razones para considerar que ello va en contra de los intereses del menor¹⁰ (Subijana, 1997b).

Desde una perspectiva deontológica, según el artículo 65 del Código Deontológico del Psicólogo, *"cuando un psicólogo se vea en un conflicto de normas que entran en colisión para un caso concreto, resolverá en conciencia, informando a las distintas partes interesadas y a la Comisión Deontológica Colegial"*. Este criterio de discrecionalidad trata de resolver la contradicción existente entre los artículos 8 y 40, ya comentados.

Es decir, la resolución del conflicto de deberes, más allá de la normativa jurídica, apela a la prudencia del profesional en un contexto concreto. Revelar las confidencias del paciente (o mantenerse en el respeto estricto del secreto profesional) supone en cada caso considerar que el deber de secreto es menos (o más) importante que el deber de colaborar con la justicia o de evitar otros males.

Una relación de las normas jurídicas y deontológicas más significativas en relación con la confidencialidad y el secreto profesional figura esquematizada en la *tabla 1*.

9 La presencia en la consulta de un pedófilo por un problema de depresión, que tiene un largo historial de agresiones a menores, que se masturba reiteradamente con fantasías sexuales relacionadas con niños y que, en función de las distorsiones cognitivas experimentadas y de la nula motivación para el cambio, va probablemente a proseguir con estas conductas, justifica la ruptura del secreto profesional.

10 Si un agresor sexual intrafamiliar acude a la consulta porque se siente arrepentido de lo ocurrido (que ha sucedido por vez primera), reconoce su responsabilidad y está motivado para el tratamiento, al mismo tiempo que la mujer muestra habilidades para proteger a la víctima y ésta sabe cómo protegerse ante una eventual agresión futura, el psicólogo clínico puede hacer prevalecer el secreto profesional. Una ruptura del secreto en este caso podría acarrear males mayores: el encarcelamiento del agresor, con el consecuente empeoramiento de la situación económica, la vergüenza social de toda la familia, la pérdida del contacto de la niña con su padre, una cierta culpabilidad por parte de la víctima, etc.

Tabla 1.- Normas jurídicas y deontológicas más significativas en relación con la confidencialidad y el secreto profesional

NORMAS	ARTÍCULOS IMPLICADOS
Legislación básica	
Constitución Española (1978)	18.1
Código Penal (1995)	20.5, 199.2, 450
Código Civil	162 (regla segunda)
Ley de Enjuiciamiento Criminal	262, 263, 417
Ley de Enjuiciamiento Civil (2000)	370, 371.1
Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor (1996)	2, 4, 13.1
Ley Orgánica de Protección Civil del Honor, la Intimidad Personal y Familiar y la Propia Imagen (1982)	7.4
Ley General de Sanidad (1986)	10.3, 61
Códigos deontológico	
Código Deontológico del Psicólogo (1987)	8, 40, 42, 65
Código de Ética y Deontología Médica (1999)	14.1, 14.4, 15.2, 16.1a, 16.1d, 41.3
Código Deontológico de la Profesión de Diplomado en Trabajo Social (1999)	36, 40

CONCLUSIONES

El principio básico de la ética es la dignidad del ser humano. No está de más recordar lo que el viejo principio hipocrático recomendaba: *"lo primero es no causar daño alguno"*. Sin embargo, en la ética no se puede aplicar una lógica apodíctica o demostrativa, según la cual todo problema tiene una solución y sólo una (o está bien o está mal). La lógica, en el caso de la ética, es más relativa. Se trata de una *lógica débil* o de una *lógica borrosa o difusa*, basada en las opiniones y en los matices y no en las verdades absolutas. Y ello es así porque la mente humana no es capaz de resolver los problemas con la misma precisión en todas las situaciones. No se puede pedir a la ética lo que ésta no puede dar de sí. Plantear la ética como las matemáticas, en un intento de establecer una especie de *geometría moral* al estilo de Espinoza (*"Etica more geometrico demonstrata"*), es sencillamente imposible.

Por ello, el principio ético fundamental es la prudencia, que consiste en tomar decisiones razonables en situaciones de incertidumbre. Ante una misma situación se pueden adoptar diversas decisiones prudentes por parte de diferentes personas y, en tanto que decisiones prudentes, deben ser respetables (Gracia, 2001; Ibarzábal, 2000; Polaino-Lorente, 2000).

La intimidad es, sin duda, uno de los valores que el ser humano de hoy aprecia en mayor grado. Si no está protegida la vida privada de cada persona, según la decisión libremente adoptada al efecto, la libertad no es más que una libertad vigilada. Sólo a través de la protección de la intimidad se puede llegar a la dignidad del ser humano (Puente, 1980).

De este modo, el secreto profesional es la columna vertebral de la relación terapeuta-paciente. Por ello, sólo se debe quebrantarlo por parte de un profesional en el caso de un peligro inminente previsible para el paciente y en el caso de amenazas específicas o delitos graves contra personas concretas, referidos al presente (no al pasado) o que puedan cometerse en un futuro próximo¹¹. Sólo

11 Otra cosa es que, más allá de los principios legales y deontológicos, un psicólogo pueda experimentar una cierta repugnancia ante un delito cometido por el paciente y que eso impida el establecimiento o el mantenimiento de una alianza terapéutica adecuada. En ese caso, el terapeuta no debe iniciar (o debe interrumpir, según los casos) el tratamiento y derivar al paciente, con una explicación adecuada, pero no hiriente, a otros colegas.

en estos casos el derecho al secreto debe ceder ante el deber de denunciar delitos que atenten o pongan en peligro la vida, la salud, la integridad, la libertad o la libertad sexual de las personas (Subijana, 1997a).

El psicólogo clínico o forense nunca puede olvidar que su ejercicio profesional siempre está ligado a un conjunto de preceptos legales que lo regulan, así como a unas normas deontológicas que deben regir su conducta profesional (Criado del Río, 1999). En último término, los terapeutas tienen una obligación legal y ética con sus pacientes, pero sin desdeñar los deberes legales con la sociedad, cuando el propio paciente u otras personas corren un serio peligro (Muñoz Conde, 1996; Sue, Sue y Sue, 1995).

Las normas legales y los preceptos deontológicos analizados en este trabajo ofrecen una guía de actuación, pero, como se ha puesto de relieve, no están exentos de contradicciones y lagunas que sólo la prudencia y el buen criterio del psicólogo clínico o forense en la práctica profesional cotidiana pueden resolver.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychological Association** (1992). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. *American Psychologist*, 47, 1597-1611.
- Aranguren, J.L.L.** (1997). *Ética*. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Barlow, D.H. y Durand, V.M.** (2001). *Psicología anormal. Un enfoque integral* (2ª ed.). México. Thomson.
- Beristáin, A.** (1994). El secreto profesional del sacerdote (sin olvidar a Antígona y Sadam Husein). En *Nueva criminología desde el derecho penal y la victimología*. Valencia. Tirant lo Blanch.
- Bowden, P. y Bluglass, R.** (1990). *Principles and practice of forensic psychiatry*. Edinburgh. Churchill Livingston.
- Colegio Oficial de Psicólogos** (1987). *Código Deontológico del Psicólogo*. Madrid. Servicio de Publicaciones.
- Criado del Río, M.T.** (1999). Aspectos médico-legales de la historia clínica. *Medicina Clínica*, 112, 24-28.

- De la Cuesta, J.L.** (2002). Comunicación personal.
- Echeburúa, E. y Corral, P.** (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 181-204.
- Echeburúa, E. y Guerricaecheverría, C.** (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Barcelona. Ariel.
- Gracia, D.** (2001). Ética en los confines de la vida. *Boletín de la Real Sociedad Bascongada de Amigos del País*, 3, 13-36.
- Gunn, J. y Taylor, P.** (2000). *Forensic psychiatry*. London. Edward-Arnold.
- Ibarzábal, X.** (2000). Problemas éticos al final de la vida. *Boletín de la Real Sociedad Bascongada de Amigos del País*, 2, 11-33.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J. y Grebb, J.A.** (1996). *Sinopsis de psiquiatría (7ª ed.)*. Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.
- Laín Entralgo, P.** (1978). La historia clínica. En *Patología General*. Barcelona. Toray.
- Maza, J.M.** (2001). Responsabilidad del médico forense. En J.L. Rego (2001). *Deontología del médico forense*. Madrid. Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de la Justicia.
- Morales, F.** (1984). *La tutela penal de la intimidad: "privacy" e informática*. Barcelona. Destino.
- Muñoz Conde, F.** (1996). *Derecho Penal. Parte Especial (11ª ed.)*. Valencia. Tirant lo Blanch.
- Organización Médica Colegial** (1999). *Código de Ética y Deontología Médica y Compendio de Doctrinas Internacionales*. Madrid. Consejo General de Colegios de Médicos de España.
- Polaino-Lorente, A.** (2000). *Manual de bioética general (4ª ed.)*. Madrid. Rialp.
- Polaino-Lorente, A.** (2001). Principios deontológicos en la práctica de la medicina forense. En J.L. Rego (2001). *Deontología del médico forense*. Madrid. Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de la Justicia.
- Puente, T.** (1980). Derecho a la intimidad en el art. 18 de la Constitución. En *Estudios sobre la Constitución Española de 1978*. Valencia. Universidad de Valencia (Facultad de Derecho).
- Rego, J.L.** (2001). Aspectos deontológicos y su aplicación en el ejercicio del médico forense. En J.L. Rego (2001). *Deontología del médico forense*. Madrid. Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de la Justicia.
- Romeo, C.M.** (2002). El consentimiento informado en la relación entre el médico y el paciente: aspectos jurídicos. En Varios. *Problemas prácticos del consentimiento informado*. Barcelona. Fundación Víctor Grífols.

- Sánchez-Caro, J. y Sánchez-Caro, J.** (2001). *El médico y la intimidad*. Madrid. Díaz de Santos.
- Savater, F., Valverde, C. y Camps, V.** (1997). *Ética y sociedad*. Almería, Centro de Profesores. Comisión de Publicaciones.
- Subijana, I.** (1997a). El informe criminológico en el ámbito judicial. *Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología*, 11, 141-156.
- Subijana, I.** (1997b). Policía judicial y derecho a la intimidad en el seno de la investigación criminal. *Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología*, 10, 121-160.
- Subijana, I.** (2002). Comunicación personal.
- Sue, D., Sue, D. y Sue, S.** (1995). *Comportamiento anormal (4ª ed.)*. México. McGraw-Hill.