

LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO

Dr. Fabián Vítole
NOBLE S. A. ®

Introducción

La práctica de la psicología se ha visto convulsionada en los últimos tiempos en la Argentina a partir de casos de gran repercusión mediática en los cuales se puso en duda el accionar profesional. Hay también sentencias a partir de presuntos abusos en el proceso de transferencia. Pese a que se considera a la psicología una especialidad de bajo riesgo médico-legal, los psicoterapeutas son los profesionales que más utilizan el servicio de asesoramiento médico-legal de NOBLE planteando incidentes y situaciones potencialmente conflictivas. Es precisamente a partir de esa inquietud que consideramos oportuno abordar el tema.

En diciembre de 2003 la Cámara Civil de la Capital Federal condenó a una psicóloga a pagar 28.000 pesos un paciente con quien entabló una relación amorosa. El joven de 19 años había recurrido a ella a través de la cartilla de una prepaga para tratar su adicción a las drogas. La demandada, pese a la existencia de tal relación, continuó asistiendo profesionalmente al paciente e interrumpía la terapia cuando surgían problemas en el orden afectivo. Finalmente el vínculo se disolvió de manera tortuosa y el joven reclamó el pago de una indemnización por daño psicológico y moral. Si bien en primera instancia la demanda fue rechazada, la Cámara hizo lugar a la pretensión esgrimida por el actor a partir de la existencia de pruebas que demostraron el vínculo afectivo y la relación íntima habitual entre las partes, vedada por el Código de Ética de la Asociación de Psicología de Buenos Aires. Del monto total condenado, 20.000 pesos correspondieron a la indemnización del daño moral y 8.000 pesos fueron destinados a solventar un tratamiento psicológico que recuperara al actor del síndrome depresivo reactivo en el que lo había sumido la confusa vinculación mantenida con la psicoterapeuta.

Más recientemente, en agosto de 2006, otra sala de la misma cámara civil condenó al psicoanalista demandado a restituir a su paciente la suma de 75.000 dólares que el profesional sostuvo haber recibido en concepto de "adelanto de honorarios". La cámara también aplicó una condena por daño moral de 20.000 pesos.

Ocurrió en este caso que al cabo de un extenso tratamiento de 28 años, el profesional obtuvo un préstamo efectuado por la paciente por la suma indicada y cuando la paciente le reclamó el pago de dicho monto sostuvo que la suma recibida no había sido otorgada al título indicado sino como adelanto de honorarios. Ante tal argumento, el Tribunal sostuvo que el invocado adelanto de honorarios había constituido "una verdadera privación ilegítima de la libertad en el ámbito de los derechos personalísimos, en tanto se priva concretamente al enfermo de su inalienable derecho de interrumpir o abandonar el tratamiento o de acudir a otro profesional".

Estos casos son ilustrativos de las particularidades que tiene la responsabilidad profesional del psicólogo. Probablemente en pocos ámbitos como en el de la psicoterapia sea tan difícil establecer los límites entre la deontología y la responsabilidad profesional. Las diferenciaciones entre la imprudencia, la impericia y la negligencia, elementos distintivos de la culpa y el dolo pueden ser sutiles y abiertas a múltiples interpretaciones. Desde el ámbito asegurador esta distinción no es menor, ya que el dolo está excluido de todas las coberturas de responsabilidad civil. Por otra parte, para que haya responsabilidad profesional debe poder probarse un daño a la víctima pero, a diferencia de otras especialidades, en la psicología la valoración del mismo es más difícil y subjetiva que en el daño corporal. Esto complica la prueba tanto para quien demanda como para quien defiende.

La mayoría de los problemas legales que enfrentan los psicólogos no se originan en situaciones impredecibles. Más bien sobrevienen de situaciones que pudieron ser evitadas y sobre las que el terapeuta debiera tener excelente control.

Los terapeutas suelen encontrarse con abogados en las siguientes situaciones:

- Relaciones no profesionales con sus pacientes, incluyendo las sexuales.
- Ruptura de la confidencialidad
- Conflictos matrimoniales donde se disputa la tenencia de los hijos
- Suicidios de pacientes

- Daños producidos por sus pacientes a terceras partes
- Conflictos por honorarios
- Error de diagnóstico
- Error de tratamiento. Falta de derivación o utilización de técnicas para las cuales el psicólogo no está debidamente capacitado

En nuestro país carecemos de datos exactos acerca de la cantidad de psicólogos que han sido demandados. Sólo se conocen algunas sentencias aisladas. En los Estados Unidos, de acuerdo al informe anual 2003 del organismo oficial al cual se debe denunciar cualquier reclamo de este tipo (Nacional Practitioner Data Bank), más de 1500 psicólogos sufrieron reclamos en la última década. Aproximadamente el 1% de los pagos resarcitorios en concepto de mala praxis en ese país se originarían en casos que involucran a psicólogos.

Relaciones no profesionales

Este tipo de relaciones se dan cuando el terapeuta interactúa con un paciente excediendo su rol profesional, involucrándose por ejemplo como socio comercial o como pareja sexual. Debe tenerse en cuenta que el vínculo que se establece entre el profesional y paciente es de franca asimetría. La posición de este último en la consulta suele ser de fragilidad, vulnerabilidad y dependencia debido a la patología, sumado a las consecuencias frecuentes, en los cuadros graves de enfermedad mental, de marginación social, laboral o automarginación personal. En estos casos la dependencia al terapeuta es tan importante que el paciente llega a delegar decisiones personales en forma irracional y subjetiva. Esta posibilidad lo hace francamente influyente, pudiendo esta situación conllevar a "situaciones de abuso". Esto trae aparejada la necesidad y obligación de actuar con prudencia y máxima diligencia.

El avasallamiento de la libertad del paciente puede ser considerado un elemento de demanda punible, a considerar en los planos extracontractuales del derecho (como actos dolosos y penalmente punibles) y en el plano contractual (como actos culposos y civilmente responsable) por imprudencia.

Las relaciones no profesionales suelen tener un comienzo sutil, gradual y aparentemente inocuo que puede ser la consecuencia de la falta de atención del terapeuta a la dinámica de la relación o bien pueden tener su raíz en un genuino deseo de brindar ayuda adicional al paciente. También pueden originarse en manipulaciones del paciente facilitadas por el proceso de transferencia o por su propia patología.

Algunos ejemplos de relaciones no profesionales:

- Aceptar como pacientes a familiares, amigos o contactos sociales y laborales
- Aceptar como pacientes a personas con las que ha mantenido vínculos sexuales
- Aceptar cualquier tipo de negocio o sociedad con pacientes actuales o pasados
- Aceptar gratificaciones valiosas que van más allá de sus honorarios
- Invitar a un paciente a un evento social
- Aceptar favores personales por parte de los pacientes
- Compartir sus problemas personales o revelando intimidades con los pacientes

Brandt Caudill, un abogado de California especializado en defender a psicólogos en Estados Unidos y coautor del libro "La ley y el Profesional de Salud Mental", publicado por la American Psychological Association comenta que muchos profesionales acusados civilmente o ante tribunales de conducta por relaciones sexuales con pacientes invocan la excepción del "verdadero amor" como defensa. Lo concreto es que, a su criterio, "esta excepción no existe, nunca existió y no existirá jamás". Las relaciones sexuales con pacientes actuales o pasados son antiéticas para la mayoría de los códigos de las distintas asociaciones profesionales y pueden tener efectos devastadores en las carreras de los psicólogos. Bajo ninguna circunstancia debería un terapeuta considerar seriamente una relación sexual más allá del tiempo que haya transcurrido entre la terminación del tratamiento y el inicio de la misma.

Como regla general los pacientes deberían ser vistos en el consultorio del profesional. Si bien puede ser apropiado por motivos terapéuticos ver al paciente en otro ámbito, estas circunstancias deberían ser extremadamente raras. Deberá documentarse en la historia clínica el propósito y lo que espera obtenerse de la consulta fuera del consultorio.

En comunidades pequeñas o áreas rurales con muy pocos psicólogos es prácticamente imposible limitar la relación a la consulta profesional. En estos casos el psicólogo deberá extremar su diligencia para reducir su intervención a lo mínimo necesario y sólo hasta poder efectuar la derivación correspondiente. Esto también aplica a urgencias.

Si no obstante los recaudos tomados surgiera una relación afectiva importante entre el consultante y el psicólogo que obstaculizara el alcance de las metas profesionales, pueden tenerse en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Actúe inmediatamente. No espere a que sea el paciente el que saque a la luz el problema que ha surgido en la relación
- Derive al consultante a otros profesionales. En este proceso de derivación puede ser útil para el profesional la consulta con un colega que le ayude a comprender la dinámica de la relación y que le ayude a finalizar su actuación profesional con el menor daño posible para el paciente. Se deberá evitar en esta instancia la figura de abandono involucrando al paciente en el diseño de la alternativa más conveniente analizando su receptividad hacia un cambio de terapeuta.

Confidencialidad

Los psicólogos tienen el deber de guardar secreto de todo conocimiento obtenido en el ejercicio de su profesión. Desde la perspectiva legal, lo que se intenta proteger con el deber de confidencialidad es el derecho a la intimidad, en relación con la información privada que un sujeto recibe de otro en función del ejercicio de su profesión. La confidencialidad alude a una relación establecida sobre la fe o confianza que está ya expresada en el propio término. En efecto "con" designa la conexión con otro, en tanto que "fidelidad" remite al concepto de "fe" y de "fidelidad".

Al hablar de confidencialidad y secreto profesional hay situaciones especiales que merecen ser consideradas ya que plantean desafíos éticos y legales para el psicólogo ya que el deber de confidencialidad no es absoluto

a) Riesgos actuales y potenciales para terceras partes

Los terapeutas tienen el deber ético y legal de prevenir que los pacientes se dañen a sí mismos o a terceros. Si usted considera que un paciente es peligroso, deberá tomar acciones que razonablemente protejan y adviertan a la posible víctima. La base de la doctrina actual en casi todo el mundo la sentó el caso que dio origen en el año 1969 a la "Doctrina Tarasoff: El señor Poddar reveló al terapeuta que lo atendía la intención de matar a una joven. Aunque no dio su nombre, el terapeuta se dio cuenta de que se trataba de la novia de su paciente, Tatiana Tarasoff. Ordenó la internación del paciente en un instituto psiquiátrico, pero los médicos forenses determinaron que el estado de Poddar no requería internación y bajo la promesa de que no se acercaría a la muchacha, no lo retuvieron.

Dos meses más tarde, Poddar mató a Tatiana. Los debates suscitados por este caso dieron origen a la doctrina actual que sostiene que es un deber del psicólogo o psiquiatra romper el secreto profesional cuando la no revelación implique riesgos de daños para terceras personas. El secreto médico terminaría entonces donde empieza el peligro para la comunidad. Una revisión reciente de juicios contra psicólogos en los Estados Unidos indica que, si bien la ruptura de la confidencialidad para advertir a posibles víctimas expone a los psicólogos a recibir demandas, deben romper el secreto para evitar responsabilidad en casos de violencia.

Cuando se trata de evaluar la responsabilidad profesional de los psicólogos en casos de violencia a terceros, en general la justicia tiene en cuenta:

- La previsibilidad del daño (ej. amenaza verbal a una víctima identificable)
 - La posibilidad de identificar a la víctima potencial
 - La viabilidad de la intervención del terapeuta
- Para quebrar la confidencialidad y cumplir con este "deber de protección" deberá existir una causa razonable. Dicha razonabilidad podría determinarse por las siguientes características:

- La amenaza debe ser contra un objetivo definido y específico. Puede ser una persona en particular o personas identificadas más que un grupo general o categoría
- La amenaza debe ser creíble. Debe ser explícita, no vaga. Los motivos importan, como así también los antecedentes del paciente en hechos de violencia, particularmente si los mismos han sido recientes, severos o frecuentes.

El psicólogo tiene un deber de medios, y ante un desenlace violento no será responsable si adoptó los recaudos del profesional diligente y prudente. Su documentación deberá poder probar dicha diligencia.

Por último, dentro del riesgo para terceras partes y la comunidad en general el secreto profesional también se ve limitado en el caso de pacientes con graves alteraciones cuyo desempeño laboral implique el tener a su cargo la conducción de otras personas (ej: pilotos de avión o conductores de transportes en general)

b) Riesgo de Suicidio

El deber de protección se extiende a disponer los medios adecuados para preservar la vida del paciente. Ante la tentativa de suicidio o suicidio consumado, surgirán procesalmente diferentes cuestiones a develar (los peritajes en estos casos suelen basarse en estas 4 preguntas):

- 1) Si las ideas de suicidio eran de conocimiento del terapeuta
- 2) Si el profesional evaluó adecuadamente el riesgo suicida
- 3) Si el suicidio o la tentativa pudo haber sido desencadenado o facilitado por una técnica erróneamente aplicada
- 4) Si en conocimiento de las ideas suicidas se tomó alguna medida biológica, psicológica o social para evitar el suicidio dentro de lo razonable

Si bien hay coincidencia generalizada en que la conducta suicida es difícil de predecir, los psicólogos pueden ser considerados responsables ante la falta de evaluación del riesgo suicida.

Dice Kraut : "El psiquiatra no tiene el deber de prever y evitar el suicidio de cualquier paciente bajo tratamiento psiquiátrico, sino tan sólo de realizar un correcto diagnóstico sobre el estado clínico del paciente y una evaluación del riesgo".

Llamas Pombo señala: "Es clara la responsabilidad del psiquiatra que no advierte la tendencia suicida o agresiva de un enfermo mental o que, advirtiéndolas, no toma las medidas de prevención oportunas."

La evaluación individual del riesgo de suicidio resulta fundamental a la hora de defender estos casos. El propósito de dicho análisis es el de identificar rápidamente factores de riesgo tratables y tomar las medidas de seguridad adecuadas. La evaluación del riesgo suicida es un proceso continuo y dinámico que requiere un profundo conocimiento del paciente. Cada caso es único. Sin embargo, cuando trata de determinarse el potencial suicida y el curso de acción preventivo puede ser útil al psicólogo formularse las siguientes preguntas:

- ¿La idea del suicidio es vieja o es de aparición reciente?
- ¿Ha tenido algún intento de suicidio previo?
- ¿Manifiesta algún plan acerca del cómo y el cuándo?
- ¿Tiene los medios disponibles como para llevar a cabo su plan?
- ¿Tiene alguna red de contención y apoyo?
- ¿Tiene síntomas depresivos?
- ¿Tiene algún conflicto o factores de stress (ej: enfermedad seria, divorcio, muerte de un ser querido)?
- ¿Tiene alguna característica como pensamiento rígido o baja autoestima?

Cuando la probabilidad se presume alta, se impone la internación, que es terapéutica en sí misma, además de brindar contención y custodia al tratamiento adecuado a cada caso.

Resulta importante que el psicólogo se encuentre familiarizado con los lugares de derivación o de internación posibles para cada paciente. Tener prevista esta situación puede ayudarlo en las crisis.

c) Abuso de Menores y Violencia Familiar

Si el psicólogo sabe o incluso si sospecha que su paciente es víctima de abuso familiar o de ser un abusador, tiene el deber ético de proteger a las víctimas y, dependiendo de las leyes locales, tiene la obligación legal de denunciar la situación. La Ley Nacional 24.417 de Violencia Familiar fue promulgada en nuestro país en el año 1994 y en su artículo 2º establece:

. "Cuando los damnificados fuesen menores o incapaces, ancianos o discapacitados, los hechos deberán ser denunciados por sus representantes legales y/o el ministerio público. También estarán obligados a efectuar la denuncia los servicios asistenciales sociales o educativos, públicos o privados, los profesionales de la salud y todo funcionario público en razón de su labor. El menor o incapaz puede directamente poner en conocimiento de los hechos al ministerio público."

La ley de protección contra el maltrato establece que la denuncia debe hacerse a los jueces con competencia en asuntos de familia y se establece un plazo máximo de 72 hs salvo que a criterio del denunciante resulte conveniente extender ese plazo.

Ante un caso de estas características, el profesional podrá contar con el asesoramiento del Consejo Nacional del Menor y la Familia y otros centros como hospitales municipales de la Ciudad de Buenos Aires, Consejo Nacional de la Mujer y Distritos Escolares a través del "Equipo de Prevención y Contención de la Violencia Familiar de la Secretaría de Educación de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires", para el ámbito escolar. Los centros están integrados por personal idóneo para cumplir sus funciones y por profesionales con formación especializada en violencia familiar.

Algunos consejos:

- Analice cuidadosamente y documente minuciosamente toda aquella situación que le haya atraído su atención y que pudiera involucrar abuso o maltrato físico o psíquico.
- Manténgase libre de prejuicios y con mente abierta. Hay abusadores y abusados en todos los niveles socioeconómicos, razas y edades.
- Esté particularmente atento a cualquier reacción negativa que genere en usted abusador. Si dichas reacciones negativas interfieren con su objetividad como psicólogo, derive el caso.
- Conozca en detalle las leyes locales y los procedimientos de denuncia.
- Manténgase actualizado acerca de los patrones de abuso y de los rasgos de personalidad del abusador.

Prepare y documente en forma completa y detallada su evaluación, su curso de acción y su denuncia. Muchas veces los abusadores o los miembros de la familia presionan a las víctimas para retractarse o modificar sus dichos. Asegúrese de documentar textualmente la información que le ofrecieran acerca de lo ocurrido y de sus circunstancias.

d) Enfermedades Transmisibles HIV, SIDA, Hepatitis

En el caso del SIDA existe un marco legal constituido básicamente por la Ley 23798/90 y su Decreto Reglamentario 1244/91. Esta legislación especial tiende a resguardar la privacidad de las personas, previéndose en sus estipulados situaciones concretas con la obligación de guardar silencio y, por otro lado, determinan taxativamente otras situaciones representantes de una "justa causa legal" que releva de la obligación de guardar secreto. El mencionado artículo reglamentario en su art. 2º inciso c) enumera las situaciones en las que un médico o cualquier persona que por su empleo u ocupación haya tomado conocimiento que un individuo se encuentra infectado por el HIV o enfermo de SIDA, queda exceptuado de guardar silencio y por lo tanto debe revelarlo, puntos 1 a 6 del inciso (obligación) o puede revelarlo (decisión del profesional) punto 7.

Según este punto, el profesional puede bajo su responsabilidad revelar esta información a quienes considere necesario para evitar un mal mayor. Es el único caso en que el peso de la responsabilidad de la decisión cae sobre el profesional, ya que él debe decidir a quien puede informar. Mientras que en los otros estipulados se enuncia claramente la justa causa legal de la obligación de informar ya quiénes (por ej a otro profesional médico cuando sea necesario para el cuidado o tratamiento de una persona infectada o enferma, a los entes del Sistema Nacional de Sangre, etc), en el punto 7 queda el profesional de la salud librado a una suerte de "desamparo" al tener bajo su responsabilidad la elección de a quién o a quienes informar. Esta situación más que incómoda expone al profesional, en este caso al psicólogo cuyo paciente con HIV o SIDA se niega a decírselo a su pareja, a una posible demanda por violación de secreto, en la que el juez, analizando la situación, argumentos y circunstancias, dictaminará en definitiva si hubo violación o no.

El psicólogo tiene la opción de poder revelar esta información a quien crea conveniente, tendiendo a evitar un mal mayor que el que implica el daño de la propia revelación del secreto.

En el Derecho, el pensamiento de Wierzba es interesante: señala que esa facultad otorgada al profesional genera dudas, ya que no hay una determinación taxativa, como en los otros incisos, de cuáles son las personas que podrían sufrir un mal mayor como consecuencia de la falta de información. Si se detecta una seropositividad HIV en un hombre casado que tiene a su vez cuatro parejas extramatrimoniales, para evitar un mal mayor ¿el médico puede informar sólo a la esposa legítima o a todas?.

Existe consenso acerca de la prioridad del interés de la comunidad por sobre el deber de confidencialidad particular. Volviendo a la Doctrina Tarasoff, el deber de secreto profesional cede frente al interés de la comunidad cuando ésta se encuentre o pueda encontrarse en peligro. Entonces el profesional basará la justificación de su conducta siguiendo esos principios generales adecuados al minucioso análisis del caso particular. Generalmente la persona a informar es el cónyuge, la pareja o compañero sexual, aunque habrá que evaluar si por el tipo de actividad que desarrolla la persona afectada pueda haber otros terceros en peligro.

e) Medicina Gerencial

No resulta fácil muchas veces establecer los límites de la confidencialidad en la actual época de medicina gerenciada, en donde la información acerca del paciente puede pasar por supervisores, consultores, auditores y administrativos.

Los informes escritos o verbales sobre personas o grupos deberán excluir aquellos antecedentes entregados al amparo del secreto profesional. Hay datos que sólo deberían incorporarse cuando a criterio del profesional interviniente constituyan elementos ineludibles para configurar el informe.

Así lo establecen la mayoría de los códigos de ética. En el caso de que puedan trascender a organismos donde no sea posible cautelar la privacidad, deberán adoptarse las precauciones necesarias para no generar perjuicios a las personas involucradas.. Por otra parte, cuando los psicólogos comparten información confidencial como resultado del trabajo en equipo o por las características de la Institución en que se desempeña la obligación de guardar secreto se extiende a todos los profesionales participantes.

■ Informes de parte en conflictos matrimoniales. Implicancias éticas y medico legales

Numerosos incidentes recibidos en nuestra compañía surgen de eventuales reclamos originados en informes psicológicos de parte que se presentan en los Juzgados de Familia y que son objetados por la otra parte acusando al psicólogo por presunta mala praxis aduciendo haber producido daño a quien disputa la tenencia (o a los hijos u otros miembros de la familia).

Se debe tener en cuenta que un informe que se presenta en un Juzgado de Familia, en un conflicto matrimonial, a instancias de una de las partes en litigio será analizado en detalle, primero por el abogado de esa parte quien estimará si el informe favorece a su cliente. En consecuencia, los informes de parte que llegan al Juzgado y que finalmente se intentan aportar como prueba, suelen beneficiar a la parte que los ha propuesto, ya que en caso contrario, bastaría con no presentarlos. Una vez que el informe se ha presentado, el letrado de la otra parte (a quien no suele favorecer el informe), también lo estudia con detalle y obviamente tratará que no surja efecto utilizando todo tipo de argumentos, entre otros contra su autor. En ambos casos, es probable que los aspectos descriptos en el informe se interpreten a conveniencia y se extraigan conclusiones fuera de contexto, según la línea argumental de defensa que haya establecido el asesor jurídico. Desgraciadamente, algunos psicólogos sin experiencia en el ámbito de la psicología jurídica y en la realización de informes periciales, acceden con mayor o menor ingenuidad a los requerimientos que les plantean y realizan informes sin las debidas garantías éticas y científicas.

Carmen del Río Sánchez., miembro de la Comisión Deontológica Estatal del Colegio Oficial de Psicólogos de España ha identificado varias conductas antiprofesionales que se repiten frecuentemente en este tipo de expedientes. La mayoría de sus siguientes apreciaciones son aplicables a la Argentina:

1. Comentar aspectos personales y/o psicológicos, o de su relación con los hijos, de uno de los cónyuges sin haberlo evaluado, utilizando únicamente la información que proporciona el otro cónyuge o allegados.

Quizás sea éste el problema más habitual. Elaborar un informe aportando datos de una persona que no ha sido evaluada a sabiendas de que va a ser presentado como prueba en un proceso de separación o divorcio, supone una conducta profesional incompetente e imprudente.

2. Ser parcial

Un informe que se elabora a partir de los datos de una sola de las dos partes interesadas y en conflicto, corre bastante riesgo de ser parcial, salvo que se limite estrictamente a la descripción de los aspectos psicológicos de la parte evaluada sin extraer conclusiones generales que afecten a la otra parte.

3. Comentar datos de una persona sin que ésta haya dado su autorización

En los informes de parte es poco probable que se plantee este problema ya que la persona solicitante del mismo es libre de no presentarlo en el Juzgado si estima que no le beneficia. En los informes periciales solicitados por la Justicia, en cambio, puede que alguna de las partes (o ambas) no hayan solicitado la prueba e incluso haberse opuesto a la práctica de la misma. Es probable que alguna de ellas pueda sentirse perjudicada por la revelación de algunos datos que considera confidenciales y que se han plasmado en el informe y alegue que el psicólogo firmante ha incumplido el deber de secreto profesional. El Código de Ética de la federación de Psicólogos de la República Argentina al referirse al Secreto Profesional aclara: "Los informes escritos o verbales sobre personas, instituciones o grupos deberán excluir aquellos antecedentes entregados al amparo del secreto profesional y ellos se proporcionarán sólo en los casos necesarios, cuando según estricto criterio del profesional interviniente constituyan elementos ineludibles para configurar el informe; en el caso de que puedan trascender a organismos donde no sea posible cautelar la privacidad, deberán adoptarse las precauciones necesarias para no generar perjuicios a las personas involucradas. Una situación respecto de la confidencialidad que suele plantear conflictos desde el punto de vista deontológico en los informes de parte se refiere a aquellos casos en los que algún sujeto del informe ha sido paciente del psicólogo firmante con anterioridad, o lo es en la actualidad, por ejemplo en el contexto de una terapia de familia o de pareja, pero que no ha dado su consentimiento para que datos pertenecientes a su persona se plasmen en un informe, máxime si ha sido solicitado por la otra parte. Un conocido y prestigioso psiquiatra de Madrid fue condenado a pagar dos millones de indemnización a una paciente suya por violar su derecho a la intimidad, precisamente, por realizar un informe a petición del marido en el que se aportaban datos psicológicos suyos, sin su conocimiento.

Especial cuidado habría que tener con la información suministrada por los niños, debido a las consecuencias que para su futuro podrían tener las indiscreciones o el mal uso de la información que se ha proporcionado.

4. Recabar datos irrelevantes para el objetivo del informe y que atentan contra la intimidad de las personas

5. Evaluar a menores de edad sin el consentimiento de alguno de sus progenitores

Una situación relativamente común y que puede crear problemas éticos y legales es la del progenitor que no tiene la custodia de los niños y que acude al psicólogo en busca de un informe psicológico mediante el cual recurrir la anterior sentencia. Normalmente dicho progenitor acude al psicólogo en los días que tiene asignado los niños, con el desconocimiento del otro progenitor. La conducta del profesional deberá adaptarse a la legislación vigente ya que el productor que tiene la custodia de los hijos podrá demandar al psicólogo al estimar que se ha vulnerado su derecho al evaluar sin su conocimiento y consentimiento a sus hijos.

6. Utilizar etiquetas diagnósticas en forma indiscriminadas

7. Utilizar términos poco científicos y/o devaluadores para referirse a algún sujeto del informe

El empleo de etiquetas diagnósticas innecesarias fuera de un ámbito estrictamente clínico y plasmadas en un informe público que va a ser conocido por un amplio número de personas (jueces, fiscales, letrados de ambas partes, personal del Juzgado, procuradores, etc), puede producir consecuencias negativas y a veces irreversibles para la persona etiquetada, destacando los efectos de la iatrogenización y la estigmatización social. La etiquetación, como han referido Sue, Sue & Sue (1996), puede predisponer a los demás a que distorsiones la percepción de la persona etiquetada. Por ello, el psicólogo podría ser acusado de imprudente cuando utiliza términos con claras connotaciones peyorativas y a partir del llamado juicio clínico (sin que se hayan utilizado instrumentos de psicodiagnóstico contrastados) del tipo subnormal, psicópata, histérica, egoísta, sádico, masoquista, paranoico, alcohólico, toxicómano, etc. Es particularmente grave si dichos términos se utilizan a partir de comentarios de terceras personas y para referirse a personas no evaluadas.

8. No utilizar pruebas diagnósticas contrastadas

9. Elaborar informes carentes de rigor científico

10. Extraer conclusiones a partir de juicios de valor, comentarios de terceras personas, hechos aislados, etc. sin que existan argumentos científicos que las avalen y en consecuencia, sin que se puedan probar

Error de Diagnóstico: Cuando la Psicoterapia no Basta

"Los errores diagnósticos (por no valorar ciertos síntomas que son interpretados exclusivamente como psicológicos, el desconocimiento de síntomas expresivos de patología mental grave, orgánica cerebral o sistémicas, conllevan a errores terapéuticos secundarios y a la no utilización de todos los recursos terapéuticos posibles, por ejemplo posponer una interconsulta o una apoyatura psicofarmacológica en patologías graves sin continencia familiar o social suficiente (privando de una adecuada atención al paciente)" Así se expresan los Dres Miriam A. Velcoff y Juan C. Verducci en su trabajo "Responsabilidad Profesional en la Psicoterapia" (www.aap.org.ar/publicaciones/forense)

Mauricio Espector, médico psiquiatra y legista sostiene a su vez que "pacientes que podrían aliviarse rápidamente de su cuadro ansioso, depresivo, obsesivo-compulsivo, paranoico y hasta psicótico son sometidos a largos tratamientos exclusivamente psicoterapéuticos sin incluir el recurso psicofarmacológico. No medicar a un psicótico, a un depresivo mayor, a un bipolar, a un trastorno obsesivo-compulsivo, a un trastorno de pánico es hoy mala práctica profesional"

Otro factor que expone a los profesionales a enfrentarse a un tribunal es atribuir a ultranza a condiciones psicológicas la sintomatología del paciente, pasando por alto la posibilidad de que esos síntomas sean secundarios a una enfermedad orgánica (Ver Tabla). Los profesionales de la Salud Mental no están obligados a tratar estas patologías médicas, pero sí a investigar y reconocer todas las situaciones que puedan provocar los desórdenes psíquicos del paciente y a realizar la derivación o interconsulta.

Tabla. Patología orgánica que puede presentarse con síntomas que suelen atribuirse a problemas psicológicos/psiquiátricos

Metabólica	Hiponatremia, porfiria, hipercalcemia, hipotiroidismo
Neurológica	Convulsiones complejas parciales; esclerosis múltiple, enf. neurodegenerativas; tumores S.N.C. (primarios o metastáticos); smes. Paraneoplásicos; patología vascular (T.I.A., ACV); hematoma subdural crónico; encefalitis
Nutricional	Déficit vitamínicos
Medicamentosa	Efectos adversos no reconocidos de numerosas medicaciones

El psicólogo deberá estar particularmente atento a dos tipos de pacientes:

- El paciente añoso: La aparición de síntomas clínicos (o cambios en los síntomas psiquiátricos) en personas mayores de 70 años debería alentar la sospecha de patología orgánica subyacente.
- El paciente psiquiátrico crónico: Muchos síntomas orgánicos en pacientes con desórdenes psiquiátricos son atribuidos al mismo desorden. Sin embargo, los pacientes psiquiátricos crónicos pueden desarrollar, como cualquiera, nuevas enfermedades y síntomas que suelen ser descuidados por este motivo. Agrava el riesgo la dificultad que existe muchas veces para realizar un adecuado examen neurológico en un paciente psicótico, lo que lleva a que muchas veces lo único que se registre sea la "ausencia de foco neurológico", lo que puede resultar confuso, ya que en sentido estricto, la presencia de síntomas psiquiátricos puede ser una manifestación focal .

La Historia Clínica Psicológica

Llevar una adecuada documentación tanto en las instituciones como en los consultorios privados no es opcional. La historia clínica es necesaria como instrumento científico y jurídico, además de ser de utilidad en la investigación, la estadística, la docencia y la administración. La historia clínica es la principal herramienta con que cuentan los psicólogos para demostrar su actuar diligente, prudente y perito ante una eventual demanda por mala praxis. Lamentablemente, hemos podido comprobar en varios casos médico-legales que la ausencia o el déficit en la confección de dicho documento dificulta la defensa del profesional.

La historia clínica permite la recolección y valoración de datos que fundamenten el diagnóstico, den una idea de una posible evolución (pronóstico) y orienten a los estudios y terapéutica necesarios. Llegado el caso de un litigio judicial, la ausencia de historia clínica perjudica al profesional al quedar con dificultades probatorias.

Las historias clínicas ambulatorias de salud mental debieran documentar mínimamente:

- Fecha de Admisión
- Datos de identificación del terapeuta y del paciente
- Motivo de consulta
- Antecedentes personales clínicos y psiquiátricos (tratamientos anteriores, medicación)
- Estado actual: breve descripción
- Diagnóstico presuntivo: utilización de criterios diagnósticos unificados desde códigos internacionales CIE 10 o DSM IV

- Indicaciones terapéuticas
 - o Programa de tratamiento
 - o Psicoterapia (individual; grupal, N° de sesiones; frecuencia)
 - o Otras prestaciones (psicodiagnóstico, psicoprofilaxis, orientación vocacional, laborterapia, otros)
 - o Interconsultas médicas
 - o Tiempo probable de tratamiento.
- Evolución: seguimiento de los resultados obtenidos; objetivos terapéuticos logrados; modificaciones al diagnóstico o a la terapéutica
- Alta (finalización del tratamiento, fin de la cobertura, cambio de terapeuta abandono, otros, etc.)
- Firma y aclaración de matrícula del profesional interviniente.

El profesional deberá tener en cuenta que, por resolución de la Secretaría de Salud -Ministerio de Salud y Acción Social de la

El Consentimiento Informado en Psicología

La psicoterapia se enmarca en la relación médico-paciente y ha evolucionado desde el paternalismo hipocrático hacia una relación basada en el respeto de las decisiones e intereses del paciente, es decir, en su autonomía. El modelo actual se caracteriza por la expresión libre o deseo del paciente de someterse o no a un determinado tratamiento o intervención, una vez que se le han expuesto los riesgos, los beneficios y las diferentes posibilidades terapéuticas. Con esta acción se garantiza el derecho a la autonomía y por ende, a la dignidad del sujeto.

En psiquiatría existe cierto consenso sobre la aplicación del consentimiento informado en la investigación , en la terapia electroconvulsiva, en la hospitalización y en la prescripción de antipsicóticos clásicos, por los riesgos que conllevan estos elementos terapéuticos.

Si se considera a la psicoterapia como un tratamiento de alto impacto en la psiquis del paciente, ésta debería estar siempre precedida por el consentimiento informado. Lamentablemente esto no ocurre.

A pesar de la recomendación de la mayoría de los códigos de ética profesional en psicología, observamos la ausencia de dicho documento en numerosos casos médico-legales que involucran la discusión de tratamientos psicoterapéuticos.

La Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R..A) manifiesta en su código de ética:

1.1 Los psicólogos deben obtener consentimiento válido tanto de las personas que participan como sujetos voluntarios en proyectos de investigación como de aquellas con las que trabajan en su práctica profesional. La obligación de obtener el consentimiento da sustento al respeto por la autonomía de las personas, entendiéndose que dicho consentimiento es válido cuando la persona que lo brinda lo hace voluntariamente y con capacidad para comprender los alcances de su acto; lo que implica capacidad legal para consentir, libertad de decisión e información suficiente sobre la práctica de la que participará, incluyendo datos sobre naturaleza, duración, objetivos, métodos, alternativas posibles y riesgos potenciales de tal participación. Se entiende que dicho consentimiento podrá ser retirado si considera que median razones para hacerlo

1.2 La obligación y responsabilidad de evaluar las condiciones en las cuales el sujeto da su consentimiento incumben al psicólogo responsable de la práctica que se trate. Esta obligación y esta responsabilidad no son delegables.

¿Qué debe informarse?

- Una evaluación de la enfermedad
- La naturaleza y la duración del tratamiento propuesto
- Los riesgos probables (los eventuales efectos colaterales e inconvenientes)
- Los beneficios esperados
- Los tratamientos alternativos posibles

Además de estos elementos tradicionales, las tendencias actuales en materia de consentimiento informado incluyen la conformidad respecto de aspectos contractuales tales como honorarios, situaciones de cobertura, límites de la confidencialidad y la participación eventual de terceras partes (por ejemplo el supervisor del terapeuta)

Algunos autores, como Beahrs y Gutheil, han explorado a través de la historia los riesgos y los beneficios de aplicar el consentimiento informado en psicoterapia y han encontrado que entre estos últimos los más importantes serían:

- Refuerza la autonomía del paciente
- Aumenta la responsabilidad del paciente con sus actividades terapéuticas
- Disminuye los riesgos de los efectos regresivos
- Proporciona mayor equilibrio en el juicio del terapeuta
- Aclara los derechos de terminar o interrumpir la psicoterapia

Como toda "intervención" la aplicación del consentimiento informado, a pesar de tener beneficios, también cuenta con algunos riesgos como son:

- Da la posibilidad de reemplazar la esperanza positiva con una sugestión negativa, dada la previsibilidad de un resultado no deseado
- Puede reforzar síntomas o manifestaciones sociopáticas o paranoides, derivados de la psicopatología del paciente.

Una queja casi universal, al juzgar un curso particular de terapia que ha sido problemática, es el accionar negligente del terapeuta, al no informar a la persona acerca de terapéuticas alternativas, y de éstas, su efectividad, el tiempo, los costos los riesgos y el efecto social. En Estados Unidos ha sido especialmente ilustrativo el caso Osheroff contra Chestnut, en el cual, después de un año de tratamiento psicoanalítico para la depresión mayor, sin alivio y con costos excesivos, el demandante (paciente) alegó que respondió bien a medicaciones antidepressivas prescritas por otro médico manifestando que si hubiera estado informado de antemano de esta opción se habría ahorrado un año de miseria personal y habría evitado una importante carga financiera. Seguramente este problema no se hubiera presentado con un consentimiento informado adecuadamente redactado.

■ Conflictos por Honorarios. Cuando los pacientes no pagan

Los aspectos financieros suelen generar conflictos cuando no son abordados apropiadamente desde el inicio de la relación. El profesional deberá establecer cuánto le va a cobrar al paciente, en qué momento discutirá sus honorarios, cómo se va a manejar con los temas de cobertura de obra social o prepagas y qué conducta adoptará en el caso de que no se cumpla lo pactado. Trate de elegir opciones justas, convenientes tanto para usted como para su paciente y que sean factibles. Luego comuníquelas claramente en forma verbal y escrita. Las siguientes consideraciones pueden ayudarlo cuando tome decisiones acerca de su política de honorarios:

- Conozca los honorarios que suelen cobrar los colegas en su zona de trabajo.
- Determine la extensión de las sesiones (Ej: 30, 50 o 90 minutos) y cuánto cobrará cada una.
- Establezca sus honorarios para individuos, parejas, familias o grupos.
- Delimite y clarifique los temas de cobertura médica de la prepaga u obra social (cantidad de sesiones, duración, etc)

- Si el paciente no puede pagar sus honorarios y usted quiere ayudarlo, considere la posibilidad de ofrecerle una escala móvil de acuerdo a su capacidad de pago y determine cual es el mínimo que usted está supuesto a aceptar. Si aún así no puede pagar y usted trabaja en alguna institución pública, considere la posibilidad de atenderlo sin cargo en el hospital.
- Comunique en forma verbal y escrita su política de honorarios en el caso de ausencias.
- Establezca un tiempo límite para cancelaciones. (Ej: "Se deberá cancelar con un mínimo de 48 hs de anticipación. En caso contrario deberá abonar la consulta")
- Comunique al paciente si le cobrará antes o después de la sesión.
- Establezca por escrito en su contrato con el paciente las acciones a tomar en caso de falta de pago. En la mayoría de las situaciones es posible escribir una carta al paciente como advertencia, aclarándole que si la factura no está cancelada en la fecha X, la última vez que lo atenderá será el día Y. Envíe la carta en forma certificada o con acuse de recibo y guarde una copia.
- Esta modalidad puede aplicarse a otras faltas de cumplimiento por parte del paciente (no seguimiento de las indicaciones, ausencias repetidas, etc) o cuando la relación se ha deteriorado de tal manera que le resulta imposible continuar siendo el terapeuta (agresiones físicas o verbales, amenazas). Para evitar en este último caso la figura de abandono asegúrese de brindar opciones de otros profesionales y ofrezca poner a disposición de los mismos la documentación que considere pertinente.

Palabras Finales a los Asegurados de NOBLE Aseguradora de Responsabilidad Profesional

NOBLE cuenta con varios centenares de psicólogos entre sus clientes. Como aseguradores especializados nos hemos visto enriquecidos en los últimos años gracias a la comunicación fluida con los mismos. La alta conciencia preventiva y aseguradora de estos profesionales hizo que nos acercaran sus distintos incidentes, conflictos y dudas médico-legales y de manejo de riesgos. De esa interacción surgió este trabajo inicial que seguramente se verá fortalecido con las experiencias de los nuevos psicólogos que se incorporen a nuestra cartera. Vaya el agradecimiento entonces para todos aquellos que confiaron y confían en la solvencia y asesoramiento de nuestra Compañía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A) Aprobado por Asamblea el 10 de abril de 1999
2. Código de Ética de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires

3. Pope, Kenneth S; Vetter Valerie A.: "Ethical Dilemmas Encountered by Members of the American Psychological Association: A National Survey". American Psychologist, vol 47, N° 3. 397-411. American Psychological Association
4. Folgarait, Alejandra "Polémica por la mala praxis". Revista Noticias. 3 de abril de 2004
5. Espector, Mauricio "Niegan los avances neurobiológicos" Suplemento de Psicología de Página 12. 19 de octubre de 2000
6. 4therapy.com Network. "Record Keeping" www.4therapy.com. Professionals/Law & Ethics
7. 4therapy.com Network "Setting your fee" www.4therapy.com. Professionals/Law & Ethics
8. Kraut, A: Responsabilidad Profesional de los Psiquiatras, Ed. La Roca 1991
9. Franco,A; Mendoza, N; Mireya, M. "Consentimiento Informado en Psicoterapia. Revisión desde la MBE". Revista Colombiana de Psiquiatría, vol XXXIII, N° 2; 2004
10. Beahrs, JO, Gutheil TG. "Informed Consent in Psychotherapy" American Journal of Psychiatry 2001 Jan; 158 (1) :4.
11. Salomone Gabriela Z. "El consentimiento informado y la responsabilidad: un problema ético" Memorias de las X Jornadas de Investigación: Salud, educación, justicia y trabajo. Aportes de la Investigación en Psicología. 14 y 15 de agosto de 2003. Tomo III. Facultad de Psicología. (Universidad de Buenos Aires)
12. Velcoff, Miriam A; Verduci, JC. "Responsabilidad Profesional en la Psicoterapia" www.aap.org.ar/publicaciones/forense
13. Marietan, H. "La historia clínica: conceptos básicos" Alceon 3: 401-47, 1991
14. Sanders, Deborah. "When a client isn't paying your fee" www.4therapy.com. Professionals/Law & Ethics
15. 4therapy.com Network. "Boundary Issues" www.4therapy.com. Professionals/Law & Ethics
16. 4therapy.com Network. "Dual Relationships" www.4therapy.com. Professionals/Law & Ethics

17. Del Río Sánchez, Carmen. "Deontología Profesional. Informes de parte en Conflictos matrimoniales: Implicaciones deontológicas" Pág. Web del Colegio Oficial de Psicólogos de España. www.cop.es

18. Caudill, Brandt. "Malpractice & Licensing Pitfalls for Therapists: A Defense Attorney's List" Innovations in Clinical Practice: A Source Book (Vol 20). Ed. Professional Resource Press.

19. Goldberg, Richard J. "When Psychiatric Symptoms are Not". AHRQ Web Morbidity and Mortality Rounds.

20. Pope, Kenneth S "Developing and Practicing Ethics" The Portable Mentor: Expert Guide to a Successful Career in Psychology" ed. Prinstein & Patterson

21. National Practitioner Data Bank Summary Report 2004.

22. Lossetti Oscar A. Trezza, Fernando C. "Secreto Médico y Sida"
RevistaPersona
www.revistapersona.com.ar/persona27/27Losetti.htm