



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**¿ES BUENO EL PSICÓLOGO POR
NATURALEZA?
EXPLORANDO LA ÉTICA PSICOLÓGICA**

Autora: Gema Calero Rodríguez

Tutor profesional: Javier Hugo Martín Holgado

Tutora Metodológico: María Cortés Rodríguez

Madrid
Mayo 2017

Gema
Calero
Rodríguez

**¿ES BUENO EL PSICÓLOGO POR NATURALEZA?
EXPLORANDO LA ÉTICA PSICOLÓGICA**



¿Es bueno el psicólogo por naturaleza?

Explorando la Ética Psicológica

Gema Calero Rodríguez

RESUMEN

La praxis del psicólogo clínico y sanitario ha de guiarse por una serie de principios éticos y normas deontológicas. Sin embargo, existen varias investigaciones que muestran cómo estos profesionales cometen diversas Transgresiones Éticas. Por ello, el objetivo de este estudio es observar la prevalencia de estas transgresiones en una muestra de psicólogos que estén o hayan ejercido en el ámbito clínico/sanitario. Adicionalmente, se estudió si existían diferencias significativas en la comisión de Transgresiones Éticas en función del sexo, la corriente teórica, la formación en Ética recibida y los años de experiencia. La muestra, que constaba de 195 sujetos (81% mujeres y 19% hombres) con edades comprendidas entre los 23 y mayores de 45 años, fue evaluada con el Cuestionario de Pope, Tabachnick y Keith-Spiegel (1987) y el test de Deseabilidad Social de Marlowe-Crowne (Reynolds, 1992). Los resultados mostraron una fiabilidad alta ($\alpha=0.69$) en el Cuestionario de Pope, Tabachnick y Keith-Spiegel (1987) y una Deseabilidad Social alta ($M= 9.75$) en la muestra de participantes. A su vez, existieron diferencias significativas en la declaración de cometer transgresiones de tipo Explotar al paciente según el orden en que se presentaban ambos cuestionarios. También existieron diferencias estadísticamente significativas en la comisión de transgresiones éticas de tipo Igualdad y Justicia y en las de tipo Consentimiento Informado entre los profesionales de distintas corrientes teóricas.

ABSTRACT

Every clinical and health psychologist's praxis must be guided by a series of ethical principles and deontological rules. Nevertheless/however, several studies have shown that these professionals sometimes make Ethical Transgressions. Therefore, the main aim of this study is to analyze the prevalence of these types of transgressions in a sample of psychologists who have practiced or are now practicing their profession in the clinical/health area. Additionally, we have studied the existence of significant differences in the commission of Ethical Transgressions according to sex, theoretical approach/movement, academic training given/received, and years of professional experience. The sample, composed of 195 subjects (81% women and 19% men), aged from 23 to over 45, was evaluated with the Pope, Tabachnick and Keith-Spiegel Questionnaire (1987) and the Marlowe-Crone Social Desirability Scale (Reynolds, 1992). The results showed a high reliability ($\alpha=0.69$) in Pope, Tabachnick and Keith-Spiegel Questionnaire (1987) and a high Social Desirability in the sample of participants. We also found significant differences in the statement of making transgressions from the Exploit the patient type according to the order the two questionnaires were given to the participants. We found statistically significant differences in the commission of ethical transgressions from the Equality and Justice type and from the Informed Consent type between the professionals of the different theoretical approaches/movements.

Introducción

La profesión de psicólogo

Un psicólogo clínico (PIR) y un psicólogo sanitario es un profesional que cuenta con una serie de destrezas y técnicas con las cuales pretenden ayudar a los/las pacientes a enfrentar con efectividad los problemas cotidianos de su salud mental. (APA, 2008)

En la regulación vigente en España existen dos tipos de psicólogos tienen funciones muy similares dentro del campo de la salud mental, lo que les diferencia es principalmente su formación y ámbito de actuación. Mientras que los psicólogos PIR se formarán de forma práctica durante 4 años de residencia en hospitales públicos españoles, los psicólogos generales sanitarios lo harán mediante un máster habilitante. A su vez, los psicólogos PIR podrán ejercer la psicología en el ámbito público y privado, mientras que los psicólogos generales sanitarios sólo podrán hacerlo en el ámbito privado-concertado. (Carrobles, 2012)

Por otro lado, en la práctica clínica/sanitaria de la psicología existen diversas corrientes teóricas que guían los tratamientos aplicados a los pacientes. Se pueden encontrar la cognitivo-conductual, la orientación sistémica/familiar, la psicodinámica y la humanista.

Actualmente, en nuestro país existen 12.404 psicólogos sanitarios colegiados (INE,2013) y predomina la corriente cognitivo-conductual en el ejercicio de la profesión. Concretamente, en Madrid hay 806 colegiados inscritos en el Registro de Profesionales Sanitarios, siendo éstos sólo los Especialistas en Psicología Clínica.

La Psicología impone a sus profesionales unas obligaciones concretas que van encaminadas a que quien demanda sus servicios los perciban como dignos de confianza y competentes. (COP, 2011). Es por ello, que todo psicólogo clínico/sanitario debe tener muy en cuenta la ética y la deontología en su praxis.

Ética y deontología

La praxis de los profesionales clínicos y sanitarios de la Psicología ha de estar guiada por la Ética y Deontología.

La palabra Ética (del lat. *ethicus*, y este del gr. ἠθικός *ēthikós*; la forma f., del lat. tardío *ethica*, y este del gr. ἠθική *ēthikḗ*) se refiere a la rama de la filosofía que estudia la moral y forma de juzgar el comportamiento humano. Esta disciplina se empieza a tener en cuenta en el ámbito de la Psicología tras los juicios de Núremberg entre 1945 y 1946, la Declaración de los Derechos Humanos en 1946 (2008) y la Declaración de Helsinki de Asociación Médica Mundial (1964). Estos tres acontecimientos son puntos de inflexión donde se pone de manifiesto qué derechos tiene todo ser humano y cómo se ha de intervenir/investigar con éstos.

Actualmente existen diversas formas de evaluar la Ética como la ética consecuencialista, la ética utilitarista, ética cristiana o la ética estoica. Sin embargo, en los ámbitos de la medicina y psicología se ha optado por la Ética de corte bioético, posiblemente debido al carácter humano que incluyen estas disciplinas.

La regulación de la práctica ética en Psicología comenzó con la creación de un comité ético en la Asociación Americana de Psicología en 1938 (Pope & Vetter, 1992) y en 1953 surge el primer código ético de esta sociedad, producto de una investigación que tenía como objetivo principal identificar los dilemas éticos a los que se enfrentaban los psicólogos. Este código fue modificado en 1981 para incluir nuevos principios éticos, así como implementar directrices distintas en función del ámbito de actuación del profesional (counseling, organizacional y escolar). Posteriormente se modificó en 2002 y se consideró como una regulación ética más abarcativa y de gran impacto en el campo de la Psicología (American Psychological Association, 2002), sirviendo de referencia para las regulaciones éticas y deontológicas de la Psicología en diversos países europeos y latinoamericanos. (Ferrero, 2005)

La última modificación se ha realizado en 2010, en la que se explicitan los principios éticos generales, las normas éticas, la competencia y sus límites, así como las especificaciones para los distintos ámbitos de actuación del psicólogo.

La ética y la deontología son áreas importantes en la práctica profesional de un psicólogo. Es decir, el psicólogo (se utilizará a partir de ahora para referirse a psicólogos y psicólogas) ha de tener muy en cuenta una serie de principios y normas cuando atiende a un/a paciente en su consulta.

Las normas deontológicas que han de guiar la praxis del psicólogo son (APA, 2010):

- **Fidelidad al cliente y lealtad a la profesión.** Por una parte, la fidelidad se basará en una relación fiduciaria donde el profesional velará por los mejores intereses del cliente y, por otra, ser leal a la buena imagen de la profesión (respeto hacia otras orientaciones teóricas y custodia de material psicométrico)
- **Veracidad y Honestidad.** Es decir, el psicólogo será veraz en la definición de identidades, así como en la información aportada y no intentará sacar partido ventajoso de su posición de poder.
- **Confidencialidad.** No violar el secreto profesional.

De igual forma, el psicólogo tendrá que tener en cuenta los siguientes principios éticos (APA, 2010; del Río, 2014):

- **Principio de no maleficencia.** Los psicólogos deben procurar no hacer daño (físico o psicológico) a los pacientes ni exponerlos a riesgos innecesarios.
- **Principio de beneficencia.** Los psicólogos han de esforzarse por beneficiar y cuidar a sus pacientes. Anteriormente no era independiente del principio de no maleficencia (ética hipocrática) pero actualmente, en la ética bioética, donde el cliente se concibe en el centro, estos principios son independientes. Es decir, el profesional debe tener el consentimiento del paciente (principio de autonomía) para hacer lo que él/ella considera un bien.
- **Principio de autonomía.** El profesional debe respetar las opciones personales y los valores de cada sujeto en las decisiones básicas que le atañen personalmente. Para este fin, el psicólogo debe preguntarse si sus pacientes son capaces de tomar decisiones sobre su tratamiento y, de ser así, pedir el consentimiento informado. Si el profesional antepone el principio de beneficencia al de autonomía cuando la persona es capaz, estará actuando con un paternalismo fuerte. Si, por el contrario, la persona no es capaz en ciertas áreas de su autogobierno y el psicólogo antepone el principio de beneficencia, estaría actuando con un paternalismo débil.
- **Principio de justicia.** El profesional no debe discriminar por sexo, raza, religión, etc. y debe utilizar los recursos de los que dispone de igual modo con todos sus pacientes.

Dichos principios y normas en nuestro país se traducen en los artículos del Código Deontológico. Este código fue publicado en 1993 y en él se abordan varias temáticas relacionadas con el ejercicio de la profesión. (COP, 1993).

Este código está destinado a servir como regla de conducta profesional en el ejercicio de la psicología en cualquiera de sus modalidades (COP, 2010). Por tanto, todo psicólogo, independientemente del ámbito en el que intervenga, debe ser consciente y adecuar su praxis profesional a los artículos de este texto.

A pesar de ello, existen numerosas situaciones donde ni el Código Deontológico ni las normas deontológicas especifican cómo actuar y ello depende de los conocimientos y ética/moral del profesional.

Además del Código, a nivel europeo es necesario señalar la creación de la Federación Europea de Asociaciones de Profesionales de la Psicología (EFPPA), más tarde convertida en la Federación de Asociaciones de Psicólogos (EFPA). Esta federación consensuó las normas éticas y deontológicas que han de cumplir los psicólogos de las asociaciones miembro, las cuales se basan en: la responsabilidad, el respeto por los derechos y dignidad de las personas, la competencia y la integridad. (EFPA, 1995; EFPA, 2005)

Si bien el Código Deontológico en España es confuso y tiene diversas limitaciones, en otros países como Estados Unidos existen normas, principios y códigos deontológicos más detallados y especificando las directrices de actuación ética para situaciones específicas. Así, se puede observar cómo en el código español se explicita de manera ambigua la prohibición de mantener relaciones duales con un cliente (Artículo 29), mientras que en el código de la Asociación Americana de Psicología (2010) se explica qué es una relación dual, las posibles formas en las que puede darse y cómo ha de actuar el psicólogo si se estuviese produciendo tal relación (Artículo 3.05).

Así mismo, los psicólogos norteamericanos tienen otro tipo de regulaciones en lo que respecta a su ejercicio profesional. De este modo, para poder ejercer en se les exige un documento acreditativo (*licensure*) que se obtiene en la correspondiente oficina de alcance únicamente estatal (Association of State and Provincial Psychology Boards, citado en Ferrero 2005). Esta licencia debe ser renovada cada dos años a través de la aprobación de un examen específico (Ferrero, 2005).

A su vez, en Estados Unidos existen guías donde se promueve que los profesionales reflexionen sobre su práctica y sean responsables en relación a cómo tratan a sus pacientes. Un ejemplo de esto último se puede observar en Pope y Vásquez (2015), cuando afirman que los psicólogos tienen que tener presente en su práctica profesional que:

-La conciencia ética es un proceso continuo y activo que implica el cuestionamiento constante y la responsabilidad personal.

- El conocimiento de los códigos éticos y normas legales es importante, pero los códigos y normas formales no pueden reemplazar un enfoque reflexivo de nuestras responsabilidades éticas.

- Estar actualizado/a en la investigación y la literatura científica es otro aspecto importante de la competencia ética, pero se han de reflexionar las conclusiones y resultados ya que no pueden ser aceptados pasivamente o aplicarlos como acto reflejo.

- También como psicólogos tenemos que tener presente que, a menudo, nos encontraremos con dilemas éticos sin respuestas claras y sencillas.

Incumplimiento del Código Deontológico

El incumplimiento de las directrices éticas y deontológicas que presentan los distintos organismos profesionales (COP, APA, EFA, etc.) conlleva una serie de consecuencias. Concretamente, en nuestro país, si se incurre en una mala praxis éticamente y el paciente/cliente emite una denuncia al psicólogo/a, esto supondrá en primer lugar una evaluación por la Comisión Ética y, si corresponde, la apertura de un expediente disciplinario o la inhabilitación del colegiado/a.

Las primeras denuncias/quejas éticas emitidas sobre psicólogos datan del año 1954 en Estados Unidos, tras la publicación del primer Código ético por la Asociación de Psicología Americana. Posteriormente, en 1970, el número de denuncias aumentó a más del doble. Este hecho puede que se deba a la mayor visibilidad pública de la figura del psicólogo y su proliferación. La probabilidad de ser denunciado/a estaba entre el 0,5% y el 2%.

A su vez, también se hicieron diversas investigaciones explorando las principales causas de las quejas éticas, entre las cuales predominaban la inadecuada conducta sexual, la violación de la confidencialidad, los errores en la evaluación y diagnóstico, la no obtención del consentimiento informado, actividades forenses y la toma de decisiones en custodia de menores. (Arch et al., 2013)

En España, concretamente en Cataluña, Arch et al., (2013) realizaron un estudio con el objetivo de constatar, a través de las denuncias revisadas por la Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña entre 1998 y 2011, los artículos vulnerados y los motivos de denuncia. Tras la revisión de 324 denuncias, se encontró que la mayoría de los denunciados tenían una experiencia profesional de entre 11 y 15 años (29%) y que los motivos principales de denuncia eran la parcialidad, realizar valoraciones sin exploración previa, el uso de etiquetas diagnósticas de forma indiscriminada y la vulneración de la confidencialidad.

De dichas denuncias, sólo el 20% conllevó una apertura de expediente disciplinario y se debieron a vulnerar los artículos 28 (11%), artículo 11 (20%) y artículo 6 (26%) del Código Deontológico.

Formación ética en las universidades españolas

A modo de que los psicólogos clínicos y sanitarios no incumplan las directrices éticas deben formarse en esta materia. La principal vía de formación es durante su carrera universitaria.

Si bien el Código Deontológico señala que el Colegio Oficial de Psicólogos, en el artículo 53, que “[...] El Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos asegurará la difusión de este Código entre todos los profesionales y el conjunto de instituciones sociales. Procurarán asimismo que los principios aquí expuestos sean objeto de estudio por todos los estudiantes de Psicología en las Universidades” (COP, 2010), la realidad no es así.

Es decir, no en todas las universidades españolas se imparte la asignatura de Ética profesional y tampoco se imparte de igual forma.

En las universidades de Almería, Autónoma de Madrid, Autónoma de Barcelona, de Barcelona, Complutense de Madrid, Euskal Herriko Unibertsitatea, de Girona, de las Islas Baleares, de Málaga, UNED, de Oviedo, Rovira y Virgili de Tarragona, de Salamanca, de Santiago, SEK de Segovia, de la Laguna-Tenerife, no se incluye la Ética ni la Deontología en sus planes de estudio de Grado en Psicología.(*)

La Ética Profesional sí es impartida en: La Universidad Pontificia Comillas de Madrid, la Universidad de Deusto, la Universidad de Murcia, la Universidad Oberta de Cataluña, la Universidad Pontificia de Salamanca, la Universidad Ramón Llull, la I.E. School of Psychology - IE Universidad - Madrid, la Universidad de Sevilla y en la Universidad de Valencia

En conclusión, la formación en Ética en nuestro país posee en algunas universidades objetivos similares, mientras que en otros centros no se imparte. Este último hecho podría estar relacionado con el inadecuado manejo de los dilemas éticos que se presentan en la práctica clínica/sanitaria, así como la comisión de transgresiones éticas por desconocimiento.

Investigaciones recientes sobre Ética psicológica

Si bien es cierto que existen una serie de normas, principios y artículos que detallan qué es una buena praxis en la profesión de psicólogo, actualmente existen varios estudios que muestran cómo los psicólogos se enfrentan a numerosos y diversos dilemas éticos a lo largo de su trayectoria profesional, como se explicita en el último punto de recomendaciones realizadas por Pope y Vásquez (2015).

Pope y Vetter (1992) hicieron un estudio con 679 psicólogos de la Asociación Americana de Psiquiatría con el objetivo de observar cuáles eran los principales dilemas éticos a los que se habían enfrentado en su vida laboral. Los resultados mostraron un total de 703 situaciones problemáticas, las cuales fueron agrupadas en 23 categorías. La categoría más frecuente fue la de problemas con la confidencialidad (18%), seguida de la categoría de relaciones duales, conflictivas o confusas (17%). Tras estas categorías, se reflejaban la de recursos para pagar, planes y métodos (14%) y dilemas y problemas en la enseñanza/entrenamiento (8%).

Por otro lado, Lindsay y Clarkson (1999) observaron que de los 213 psicoterapeutas ingleses miembros de la UK Council for Psychotherapy, un 31% había tenido dilemas en cuanto a la confidencialidad, un 12% dilemas con relaciones duales, un 9% había tenido dilemas en cuanto a la praxis de sus compañeros y 8% dilemas en situaciones eróticas/sexuales.

Otro estudio que refleja algunos de los diversos dilemas que puede encontrarse un psicólogo es el de Urra (1987, 2007). En dicha investigación se realizó un cuestionario el cual cumplimentaron 723 psicólogos españoles de diversas áreas de intervención (educativa, clínica, trabajo, forense, etc.) para comprobar la ocurrencia de 117 posibles dilemas éticos en su praxis. Los resultados revelan datos interesantes, como que el 60,7% de los psicólogos clínicos encuestados tiene un dilema a la hora de informar al paciente, al comienzo de la terapia, de otras alternativas terapéuticas y otros profesionales a los que podría acudir, además de indicarle la naturaleza y características de su enfoque teórico. A su vez, un 59,9% de los encuestados ha tenido un dilema en cuanto a trabajar cuando uno se encuentra demasiado estresado para ser efectivo. Un 23,7% de los psicólogos clínicos también informaron que se habían visto expuestos al dilema de Romper la confidencialidad para informar sobre un abuso infantil.

El estudio de Medau, Jox y Reiter-Theil (2013) con el objetivo de profundizar más, investigó, a través de entrevistas semi-estructuradas, cómo 30 psicoterapeutas alemanes manejan errores cometidos (por ellos mismos o por compañeros) en el tratamiento de pacientes. Los participantes del estudio tenían diferentes orientaciones teóricas (psicoanalítica, centrada en la persona y cognitivo-conductual), así como distintas profesiones (psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales). Los errores se clasifican en técnicos (diagnóstico, y procedimiento), juicio clínico (elección de método terapéutico), normativos (confidencialidad) y de sistema (fallos organizativos). La mayoría de los psicoterapeutas informaron que preferían revelar un error al paciente. Éstos justifican dichas revelaciones por valores comunes cuando se ejerce esta profesión o por intuición espontánea, rara vez se utiliza el razonamiento ético explícito. Por otra parte, los psicoterapeutas reflejan que la razón principal para no revelar sus errores a los pacientes sería el miedo al abandono de la terapia, que esto produjese algún daño o la disminución en la probabilidad de curación de una enfermedad mental.

Una vez los investigadores categorizaron las respuestas con los principios éticos de Beauchamp and Childress y Linsay et al. se observaron los motivos (respeto a la autonomía, principio de beneficencia, etc.) para revelar o no un error:

Beauchamp and Childress	Linsay, Koens, Ovreeide and Lang
Respeto a la Autonomía 83% (25)	Respeto 83% (25)
No Maleficencia 60% (18)	Responsabilidad 53% (16)
Beneficencia 10% (3)	Integridad 53% (16)
Justicia 0% (0)	Competencia 37% (11)

Del Río et al. (2003) también realizaron un estudio acerca de los dilemas éticos, pero con una muestra distinta compuesta por 200 alumnos de 4º y 5º de la licenciatura de Psicología, que cursaban o ya habían cursado la asignatura de Modificación de Conducta. En esta investigación, los autores se centraron en dilemas referidos a las relaciones duales entre paciente y terapeuta. Para ello, se diseñó un cuestionario donde se reflejaba el

establecimiento de alguna relación dual de menor a mayor conflictividad ética, el cual fue cumplimentado por un grupo de estudiantes (96) que podían consultar el Código Deontológico antes y en el transcurso de la cumplimentación del cuestionario y otro grupo (104) al que no le fue facilitado el código deontológico hasta que no cumplimentaron el cuestionario. Los resultados mostraron que un 64,5% y un 65% de los estudiantes accederían a mantener relaciones de amistad o pareja con antiguos pacientes. Un 32,5% mantendrían una relación sentimental con pacientes actuales, abandonando para este fin la relación terapéutica. Por otra parte, 38% de los encuestados accedería a mantener relaciones sexuales sin finalizar la relación terapéutica, pero viéndose fuera de la terapia. Por último, un 12,5 % mantendrían relaciones sexuales en la consulta durante el tiempo de psicoterapia.

Además, se observa que, de las seis situaciones planteadas, las que supusieron un mayor nivel de dificultad para ser descritas como no éticas fueron las que planteaban mantener relaciones duales con antiguos pacientes.

Por tanto, se llega a la conclusión de que los psicoterapeutas necesitan una formación ética y un entrenamiento específico para complementar y articular sus intuiciones morales como fundamento para la revelación de sus errores a los pacientes. Enfoques basados en los principios éticos parecen ser útiles para aclarar las razones de dichas revelaciones.

En los anteriores estudios, puede observarse que un gran porcentaje de psicólogos se enfrenta a dilemas éticos en su práctica profesional y le es difícil resolver alguno de ellos dado que no tienen suficientes conocimientos deontológicos o que la forma de actuar ante un caso parecido no está adecuadamente definida en las guías de buena praxis correspondientes. Esto puede reflejar que los códigos y directrices éticas y deontológicas no están bien definidas o que la formación de dichos profesionales en esta área es insuficiente.

La incorrecta resolución de estos dilemas puede conllevar a cometer una serie de transgresiones éticas, tal y como demuestran los datos aportados por varios estudios en los que psicoterapeutas de diversas orientaciones teóricas admiten haber cometido determinadas transgresiones.

Esto puede observarse en la investigación realizada por Pope, Tabachnik y Keith-Spiegel (1987) donde aplicaron un cuestionario de creencias y conductas éticas a 1000 psicólogos de la división 29 de la APA. En este estudio, los profesionales contestaban si ciertas conductas no éticas se habían dado en su práctica profesional (nunca, rara vez, algunas veces, con bastante frecuencia, con mucha frecuencia) y también valoraban si dichos comportamientos se consideraban éticos. Los resultados mostraron datos interesantes, como que un 36,8% de los psicólogos admitía haber dicho a un cliente que estaban enfadados con él/ella algunas veces, un 20% había finalizado una terapia porque el paciente no podía pagar algunas veces, un 13,8% limitaba las anotaciones del tratamiento al nombre, datos y cuota del paciente algunas veces, un 25% nunca había roto la confidencialidad para informar de un abuso infantil y un 22,4% habían debatido casos con amigos sin dar los nombres de los pacientes (ruptura de la confidencialidad).

Esta investigación fue replicada por Del Río, Borda y Torres (2003) con una muestra de 191 estudiantes de Psicología que aún no habían realizado su Practicum profesional y se les pidió que respondieran a la versión española del cuestionario de Pope, Tabachnick y Keith-Spiegel (1987) con 83 situaciones y conductas del terapeuta. Los alumnos debían responder hasta qué punto consideraban éticas (“Indiscutiblemente no”, “Ética en raras circunstancias”, “No sé /no estoy seguro”, “En algunas circunstancias” e “Indiscutiblemente sí”. Los resultados muestran que 23 de las conductas/comportamientos del cuestionario implicaron dificultad en su valoración ética (20% de los participantes señalaron “No sé /no estoy seguro”) frente a las 12 del estudio original. Las autoras afirman que estos resultados pudieron deberse a cierta ambigüedad en algunos ítems como “Realizar un trabajo forense por honorarios contingentes”, en el cual hubiera sido conveniente añadir “a los resultados de un juicio”. Este hecho se tuvo en cuenta en el presente estudio.

Burnout en los/as psicólogos/as

La comisión de diversas comisiones éticas tal y como se refleja en el apartado anterior puede estar influido por el estrés al que se enfrentan los profesionales en su práctica diaria.

En el artículo 66 de la nueva propuesta del Código Deontológico (2004) se señala que: “el psicólogo debe responsabilizarse de que su equilibrio y estado mental, actitudinal, emocional y comportamental sean los adecuados para prestar sus servicios. Asimismo, debe evitar ser autor de acciones profesionales que generen perjuicios a sus pacientes. Cuando se vea incapacitado para ejercer sus funciones profesionales, sea por su salud mental o por cualquier otra causa, debe interrumpir de inmediato su actividad y solicitar asesoramiento profesional” (pp. 146). Pero, ¿qué ocurre si el profesional está sobrecargado/saturado y esto influye en cómo atiende a sus pacientes?

El *burnout* (síndrome del quemado/ síndrome de desgaste profesional) se define como un trastorno psicológico que se manifiesta cuando ante una o varias situaciones de estrés mantenido, los mecanismos de adaptación fracasan (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga, 2009). En el estadio inicial, este síndrome funciona como herramienta de afrontamiento que hace que la persona pare, descanse y se recupere. Sin embargo, si la persona continúa e ignora los síntomas, se convierte en un síndrome. (Otero, García, Bosch, Venegas y Luque, 2013). Otero et al. (2013) señalan que este síndrome se caracteriza por un desgaste emocional (desgaste crónico y falta de energía), falta de realización personal y desinterés o deshumanización hacia los pacientes/clientes. El correlato emocional, psicológico y conductual que acompaña a este síndrome son signos y síntomas de depresión, ansiedad, irritabilidad, falta de concentración y atención e insomnio, entre otros. Estos síntomas son considerados como un riesgo psicosocial y físico para los profesionales que lo padecen.

Según la investigación de Cañadas de la Fuente et al. (2014), la prevalencia de este síndrome en profesionales sanitarios es de un 25,8%. Por tanto, es importante preguntarse qué porcentaje de psicólogos clínicos o sanitarios presentarían este síndrome. Esto es, aunque los psicólogos poseen factores protectores como realización personal, la capacidad de auto-reflexión e introspección (Benevides et al. 2002), es cierto que están expuestos a situaciones difíciles y de soporte de sufrimiento humano.

La investigación realizada por Ortiz y Ortega (2009) señala que, de una muestra de 126 psicólogos, el 8% presentó niveles altos de síndrome de desgaste profesional y el 40% niveles medios.

Por otro lado, el estudio de Benevides et al. (2002), el cual cuenta con una muestra de 203 psicólogos (98 de lengua española y 105 portuguesa), pretendía elaborar un instrumento específico para la evaluación del *síndrome de burnout* en los psicólogos que englobaba tres dimensiones: agotamiento emocional, realización personal y despersonalización. Se observó que la sintomatología psicológica tenía una correlación estadísticamente significativa con las dimensiones del Inventario de *Burnout* en los Psicólogos (IBP), seguido por la sintomatología sociopsicológica y a continuación por los síntomas físicos.

Las conductas de autocuidado podrían ser un factor protector ante la posibilidad de desarrollar el síndrome de burnout. Guerra et. al (2008) describen diversas conductas de autocuidado tales como: supervisar casos clínicos, utilizar del sentido del humor en el ambiente de trabajo, realizar actividades variadas, dialogar con otros psicólogos sobre las experiencias personales en el trabajo clínico/sanitario, realizar actividades de ocio con los compañeros/as y con las redes sociales extralaborales, realizar actividad física y deportiva, entre otras.

La literatura existente sobre esta temática afirma que existe una correlación estadísticamente significativa inversa entre el desgaste profesional y las conductas de autocuidados. Los datos muestran que el aumento de las prácticas de autocuidado, se relaciona con la disminución de los índices de síndrome de desgaste profesional/ *burnout* (como se citó en Muñoz, 2016)

Los datos anteriormente citados llevan a preguntarse si los años de experiencia profesional en el ámbito clínico/sanitario influyen en el desarrollo del síndrome de *burnout*, teniendo como posible consecuencia el peor manejo de los dilemas éticos que acontecen en consulta y su posterior resolución deficiente/incorrecta. Además, se debe tener en cuenta que los dilemas éticos pueden ser fuentes de estrés para los psicoterapeutas.

Objetivos e hipótesis del presente estudio

Dada la información anteriormente mencionada, el objetivo principal de esta investigación será observar la prevalencia de las transgresiones éticas en las que inciden los psicólogos en su práctica clínica/sanitaria. Esta variable se relacionará mediante análisis paramétricos con variables sociodemográficas (sexo, edad, años de práctica clínica), con la corriente teórica de los profesionales y con la variable de si han recibido formación en ética y deontología en su carrera académica. Teniendo en cuenta estas variables, los objetivos secundarios serán:

- Comprobar si los psicólogos con menor experiencia profesional cometen un mayor número de transgresiones éticas. Se hipotetiza que los psicólogos con menos años de experiencia profesional cometerán más transgresiones éticas por desconocimiento y los del intervalo de mayor edad por el síndrome de *burnout*.
- Observar si los psicólogos de determinadas corrientes teóricas cometen más transgresiones que los que pertenecen a otras corrientes. Se cree que existirán diferencias estadísticamente significativas entre el número de transgresiones teóricas dependiendo de la corriente teórica que se posea.
- Observar si existen diferencias estadísticamente significativas en relación al sexo y el número de transgresiones éticas cometidas.
- Observar si existe relación entre el tipo de transgresiones éticas cometidas y los años de experiencia clínica/sanitaria. Se hipotetiza que los psicólogos con una experiencia intermedia cometerán menos transgresiones éticas.
- Observar si los/as psicólogos/as que no han tenido formación en ética durante su carrera académica cometen un mayor número de transgresiones ética. Se cree que existirán diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Se considera necesario este tipo de estudio para que tanto profesionales y formadores tomen conciencia de la importancia de la ética en la psicoterapia, así como para realizar un análisis del número de transgresiones éticas en nuestro país. Esto último se apoya en que no existe literatura científica en nuestro país de esta temática exceptuando la tesis de Urra (1987) que expone un estudio de los dilemas éticos y algunas transgresiones en las que se ven inmersos profesionales de la psicología. Además, este estudio puede resultar de gran relevancia para que los psicólogos tomen conciencia de los derechos de los pacientes y el respeto y cuidado que nosotros como profesionales hemos de mostrarles.

Método

Participantes

La muestra se compuso por un total de 195 psicólogos/as españoles/as con especialidad clínica o sanitaria que actualmente trabajan/han trabajado en el ámbito sanitario público y/o privado. Esta muestra estuvo conformada por 158 mujeres (81%) y 37 hombres (19%). El principal criterio de inclusión para este estudio fue que tuvieran la especialidad clínica o sanitaria

La distribución de los/as participantes según su edad fue la siguiente: Menores de 25 años (18.5%), Entre los 25-35 años (47.7%), Entre los 35-45 años (20.5%) y Mayores de 45 años (13.3%).

Atendiendo a la corriente teórica que guiaba su práctica profesional actual, 94 psicólogos/as pertenecían a la corriente Cognitivo-Conductual (48.9%), 25 psicólogos/as pertenecían a la orientación Sistémica (12.8%), 30 psicólogos/as pertenecían a la orientación Humanista (15.6%), 23 psicólogos/as pertenecían a la orientación Psicodinámica y 23 psicólogos/as se incluían en Otra corriente teórica no mencionada anteriormente (11.8%). Respecto a la experiencia laboral, 23 psicólogos/as tenían experiencia de Menos de 1 año (11.8%), 95 psicólogos/as tenían experiencia de Entre 1-5 años (48.7%), 27 psicólogos/as tenían experiencia de Entre 5-10 años (13.8%) y 50 psicólogos/as tenían experiencia de Más de 10 años (25.6%).

Finalmente, en cuanto a la formación en Ética Profesional, 154 sujetos afirmaron haber tenido esta formación en su carrera académica (79%) frente a 41 sujetos que afirmaban lo contrario (21%),

Instrumento

Se utilizó el cuestionario realizado por Pope, Tabachnick y Keith-Spiegel (1987) traducido por Del río, Borda y Torres (2003), excluyendo el apartado de calificar si la conducta era ética o no con el objetivo de disminuir la deseabilidad social. A su vez, fueron excluidos los ítems 9,20,21,34,52,53,59,63,76 y 77 dado que su práctica o su omisión no derivaban en transgresiones éticas actualmente. También se realizó una adaptación en los modos de responder los ítems 18,27 y 32 (añadiendo la opción de respuesta “*Nunca me he encontrado en tal situación*”) ya que tenían una menor probabilidad de darse tales situaciones en la práctica clínica/sanitaria. También se añadió información en los ítem 19,31 y 36 a modo de que fueran más comprensibles siguiendo las apreciaciones del director profesional de este trabajo y de Del río, Borda y Torres (2003).

El Cuestionario de Pope, Tabachnick y Keith-Spiegel (1987) obtuvo una consistencia interna alta para la muestra de este estudio ($\alpha = 0.69$).

Así mismo, se valoró el grado de deseabilidad social por medio de la versión resumida del test de Marlowe-Crowne (Reynolds, 1992).

Procedimiento

Ambos cuestionarios se transformaron a una versión ofimática (Google Forms) que fue distribuida a compañeros/as psicólogos/as, a los que a su vez se pidió que lo difundieran. Por tanto, se utilizó una metodología de bola de nieve para la obtención de la muestra. A los sujetos se les informó del uso de sus datos únicamente con fines académicos/investigación, asegurando su anonimato y confidencialidad por la Ley de Protección de Datos 15/1999 así como que únicamente se les informaba que se estaban estudiando diversos aspectos en el ejercicio de la psicología clínica/sanitaria (a modo de intentar disminuir la deseabilidad social) y que sus respuestas no tendrían repercusiones en su praxis (aperturas de expedientes disciplinarios o inhabilitación).

Por otro lado, se hicieron dos versiones de cuestionario: una en la que el cuestionario de Deseabilidad social se respondía en primer lugar para, a continuación, responder al Cuestionario de Pope, Tabachnick y Keith-Spiegel (1987). En la otra versión, cuestionario de Pope, Tabachnick y Keith-Spiegel (1987) se respondía en primer lugar.

Además, los ítems fueron agrupados mediante un procedimiento interjueces donde se administraba a cada juez experto el Código Deontológico, una plantilla donde constaban los diferentes grupos donde podrían clasificarse los ítems según las categorías establecidas por Pope, Tabachnick y Keith-Spiegel (1987) y una breve explicación de cada categoría. Las categorías fueron: proteger la confidencialidad (ítems 15,37,57 y 59), promover la igualdad y la justicia (ítems 8,20,42 y 48), actuar solo con el consentimiento informado (ítems 10,21 y 34), respetar los derechos humanos de las personas (ítems 7 y 36), no explotar/beneficiarse de la posición profesional (ítems 9,17,18,2,25,28,30,31,46,47,49,50,51,52,54 y 68), ejercer con competencia (ítems 5,11,12,14,24,43,2,32,33,35,38,39,44,45,60,61,63,64 y 65), no hacer daño/no maleficencia (ítems 3,13,19,53,58 y 62) y no se considera una transgresión ética (ítems 1,2,4,6,16,23,2,29,40,41,55,56,66 y 67). El Comité interjueces estuvo compuesto por 4 jueces psicólogos/as y para los ítems en los que no existía acuerdo al 50-75% o los jueces mostraban la opción de Duda frente al ítem, se solicitó el juicio de una psicóloga experta con amplios conocimientos en la materia y miembro de un Comité de Ética.

Diseño utilizado

El diseño de estudio fue, por un lado, de carácter exploratorio dado que se pretendía observar el porcentaje de transgresiones éticas que cometían los psicólogos y, por otro, de carácter relacional dado que se quería explorar si las variables sexo, corriente teórica y formación en Ética mediaban en los tipos de transgresiones cometidas, así como en el número total de éstas.

El tipo de muestreo que se utilizó fue de carácter no probabilístico ya que la asignación de los sujetos no fue aleatorio. Es decir, se vio afectada por el grado de accesibilidad que la investigadora tenía a los participantes.

Resultados

Análisis

Se realizó un análisis de la Deseabilidad Social y se comparó con la media establecida para la versión de 13 ítems del Cuestionario de Deseabilidad Social de Marlowe-Crowne (Reynolds, 1992). La media en Deseabilidad Social de los participantes obtuvo un valor estimado como alto ($M= 9.75$; $DT= 1.76$) comparado con el valor medio propuesto en el Cuestionario de Marlowe-Crowne ($M= 5.67$; $DT=1.76$).

En lo referente al análisis exploratorio, se observó que los participantes del estudio habían cometido 6.94 transgresiones de media siendo las transgresiones de Competencia (30.77%) y de Confidencialidad (20.59%) (*Tabla 1*).

Tabla 1
Frecuencias de Transgresiones Éticas

TIPO DE TRANSGRESIÓN	M	DT	Porcentajes
Maleficencia	1.04	0.62	14.98%
Competencia	2.13	1.84	30.77%
Confidencialidad	1.43	0.82	20.59%
DDHH	0.54	0.70	7.82%
Consentimiento informado	0.32	0.59	4.65%
Explotar al paciente	0.93	1.78	13.51%
Igualdad y Justicia	0.53	0.70	7.68%
Transgresiones Totales	6.94	4.81	100%

Posteriormente, con el fin de observar si existían diferencias significativas en el número total de transgresiones éticas cometidas entre mujeres y hombres, se realizó una prueba t de Student para muestras independientes. Los resultados del análisis no mostraron diferencias significativas en transgresiones totales cometidas entre mujeres y hombres.

Además, para analizar si existían diferencias significativas en las transgresiones totales cometidas entre los/as psicólogos/as de las diferentes corrientes teóricas, se realizó una prueba ANOVA para muestras independientes comparando las medias obtenidas por los cinco grupos, determinados por la corriente teórica a la que pertenecían, en las transgresiones totales cometidas. Los resultados del análisis no mostraron diferencias significativas en transgresiones totales cometidas entre los/as psicólogos/as de las diferentes corrientes teóricas ($F(4,193) = 1.65$; $p= 0.163$).

Por otra parte, se comprobó si existían diferencias significativas en la comisión de los distintos tipos de transgresiones éticas (ítems agrupados según el procedimiento interjueces) entre los psicólogos pertenecientes a las cinco corrientes teóricas mediante MANOVA. Los resultados indicaron diferencias estadísticamente significativas en la comisión de transgresiones éticas del tipo Igualdad y Justicia entre los psicólogos pertenecientes a las cinco corrientes teóricas ($F(4,190) = 2.43; p=0.05$). Específicamente, a través de prueba a posteriori Bonferroni, se observó que los psicólogos pertenecientes a la corriente teórica “Otra” cometían un mayor número de transgresiones éticas del tipo Igualdad y Justicia que los psicólogos Humanistas. También se observaron diferencias significativas en la comisión de transgresiones éticas del tipo Consentimiento Informado entre los psicólogos pertenecientes a las cinco corrientes teóricas ($F(4, 190) = 3.52; p=0.008$). Tras la realización de pruebas a posteriori Bonferroni, se vio que los psicólogos Sistémicos cometían mayor número de transgresiones de este tipo que los pertenecientes a la corriente “Otra”.

Con el fin de observar si existían diferencias significativas en la comisión de transgresiones éticas y sus tipos entre los psicólogos que habían recibido o no formación en esta materia durante su carrera académica, se realizó MANOVA. Los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los psicólogos que habían recibido formación en Ética y los que no la habían recibido.

El mismo análisis estadístico se realizó para explorar si existían diferencias significativas en la comisión de transgresiones éticas y sus tipos entre los psicólogos que tenían mayor o menor experiencia laboral. Los resultados no indicaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de psicólogos con mayor y menor experiencia.

Por último, para analizar si existían diferencias significativas en responder al Cuestionario de Transgresiones Éticas en función de si el test de Deseabilidad Social se presentaba antes o después de éste, se hizo la prueba MANOVA. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en la comisión de transgresiones de tipo Explotar al paciente en función de la presentación del test de Deseabilidad Social ($F(1,193) = 5; p=0.026$). Los psicólogos que realizaban el test de Deseabilidad Social después del Cuestionario de Pope Tabachnick y Keith-Spiegel admitían cometer un mayor número de transgresiones de tipo Explotar al paciente que los psicólogos que respondían los test en orden inverso.

Discusión

Como ya se expuso al inicio de este trabajo, la variable Deseabilidad Social era un factor que podía influir de manera significativa en la admisión por parte de los profesionales de que habían cometido algunas de las Transgresiones Éticas del Cuestionario de Pope, Tabachnick y Keith-Spiegel. A pesar de que las respuestas al cuestionario eran anónimas y se subrayó a los profesionales que dichas respuestas no tendrían repercusiones negativas en su praxis profesional, la Deseabilidad Social ha resultado alta en esta muestra.

Este hecho puede deberse a tres motivos. El primero es que a pesar de que se garantizase el anonimato en la realización del cuestionario, la moral de distinguir qué es una buena praxis y qué no sigue estando presente en la mente y valores del participante. También podría explicarse por la mayor persecución y señalización de transgresiones como “Mantener relaciones eróticas con un paciente” por parte del Colegio Oficial de Psicólogos y las autoridades pertinentes como también refieren Pope y Vetter (1992). Por último, este resultado podría explicarse por un desvanecimiento estimular de las comisiones realizadas. Es decir, como no existe una medida temporal de si esas comisiones se han producido recientemente o hace bastante tiempo, puede que, si ha pasado un periodo extenso desde la comisión de la transgresión, el profesional conciba que actuó adecuadamente frente al dilema o que ya no recuerde que haya cometido dicha transgresión.

El resultado obtenido en Deseabilidad Social debe ser tenido en cuenta por el lector/a de esta investigación para no interpretar como totalmente válidos los resultados observados en el cuestionario de Transgresiones Éticas.

Por otra parte, en cuanto a comisión de Transgresiones Éticas por parte de los psicólogos pertenecientes a distintas corrientes teóricas se observó que existen diferencias significativas en las transgresiones de tipo Igualdad y Justicia y de tipo Consentimiento Informado. Este resultado hace que se confirme una de las hipótesis planteadas, la cual es congruente con el estudio de Arch et al. (2013) donde las quejas éticas están relacionadas con la violación de la confidencialidad, la no obtención del consentimiento informado, actividades forenses, la conducta sexual inapropiada del terapeuta, la toma de decisiones en custodia de menores y los errores en la evaluación y diagnóstico.

Este resultado también concuerda con el de Pope donde un 36.8% de los psicólogos admitía haber dicho a un cliente que estaban enfadados con él/ella algunas veces (Transgresión de tipo Competencia), un 20% había finalizado una terapia porque el paciente no podía pagar algunas veces (Transgresión de tipo Competencia), un 13,8% limitaba las anotaciones del tratamiento al nombre, datos y cuota del paciente algunas veces (Transgresión de tipo Competencia), un 25% nunca había roto la confidencialidad para informar de un abuso infantil (Transgresión de tipo Competencia), y un 22,4% habían debatido casos con amigos sin dar los nombres de los pacientes (Transgresión de tipo Confidencialidad).

Las diferencias en las transgresiones de tipo Igualdad y Justicia podrían deberse a las formas de entender la relación psicoterapéutica desde las diferentes corrientes (Otra y Humanista), y de ello se desprendería el trato

igualitario o no con los/as pacientes. Además, la mayor comisión de este tipo de comisiones por los psicólogos de corriente escéptica podría explicarse por el hecho de no saber diferenciar qué es y qué no es una transgresión ética dado que tampoco eligen completamente (no ponen límites) una corriente teórica y sus respectivas técnicas.

Sin embargo, las diferencias significativas en cuanto a las transgresiones de tipo Consentimiento Informado según la corriente teórica no tienen explicación posible dado que la praxis profesional ha de guiarse por el Código Deontológico y todos los psicólogos han de pedir dicho consentimiento para intervenir (COP,2010).

Es importante considerar estos resultados, así como los expuestos por Del Río, Borda y Torres (2003) donde 23 de las conductas/comportamientos del Cuestionario de Pope, Tabachnick y Keith-Spiegel (1987) implicaron dificultad en su valoración ética (20% de los participantes señalaron “No sé /no estoy seguro”) para tener en cuenta la importancia de la formación de los profesionales en Ética y Deontología profesional, a modo de que resuelvan estos dilemas lo más adecuadamente posible.

A su vez, son muy relevantes los resultados obtenidos en el análisis exploratorio de que las transgresiones con mayor porcentaje son las de Confidencialidad y Competencia. Las transgresiones de Confidencialidad pueden deberse al profundo estrés al que está expuesto el profesional cuando sostiene en su escucha situaciones difíciles de los pacientes, así como el Distrés Moral que menciona Howe (2017) producido al enfrentarse a dilemas éticos y no saber cómo resolverlos, y de ahí que necesite desahogarse compartiendo esta información en otros espacios no adecuados (como podría ser una supervisión clínica) con el único objetivo de liberar tensión.

Las transgresiones en la Competencia podrían explicarse por el alto nivel de *burnout* que sufren algunos profesionales o por no seguir la Ética Profesional, sino seguir la Norma de Fidelidad respecto a la institución en la que ejerce como psicólogo, aunque ello ponga en peligro su praxis competente.

Las frecuencias obtenidas en cuanto a los tipos de transgresiones éticas se correlacionan con las transgresiones cometidas por los psicólogos colegiados en Madrid en 2016. El artículo más infringido del Código Deontológico fue el 25, el cual muestra una transgresión de tipo Competencia y Consentimiento Informado.

Es también importante mencionar que desde el año 2009 hasta el 2016 se ha producido un incremento en las denuncias recibidas por transgresiones éticas, así como un aumento de 67% en las resoluciones sancionadoras (COP, 2016)

Respecto a las hipótesis de existencia de diferencias significativas en la experiencia y formación de los psicólogos y su relación con la comisión de Transgresiones Éticas, ambas quedan descartadas. Es importante señalar la limitación de que no se especificó en la cuestión de formación en Ética qué significaba/implicaba dicha formación. Es decir, la investigadora concibió que formación en Ética era sinónimo a haber cursado una asignatura completa en la carrera universitaria, sin embargo, existen otras vías para obtener formación en este ámbito. Cabe señalar que sería importante especificar este aspecto para futuras investigaciones dado que 79% de los participantes señaló tener formación en Ética y sería interesante comprobar las diferencias en la comisión de Transgresiones Éticas y el tipo de formación recibida.

El resultado no significativo en la comisión de Transgresiones Éticas y la experiencia profesional puede deberse a que un 48.7% de la muestra tenía una experiencia de 1-5 años y los grupos de edad no eran equivalentes. Para futuras investigaciones sería interesante que los grupos de edad fueran equivalentes para así contrastar este resultado así como el de la investigación de Arch et al. (2013) en el cual, tras la revisión de 324 denuncias, se encontró que la mayoría de los denunciados tenían una experiencia profesional de entre 11 y 15 años (29%) y que los motivos principales de denuncia eran la parcialidad, realizar valoraciones sin exploración previa, el uso de etiquetas diagnósticas de forma indiscriminada y la vulneración de la confidencialidad.

Por último, otra limitación de este estudio ha sido no medir el nivel de síndrome de *burnout* entre los participantes. La investigación realizada por Ortiz y Ortega (2009) señala que, de una muestra de 126 psicólogos, el 8% presentó niveles altos de síndrome de desgaste profesional y el 40% niveles medios.

Dados estos datos, se podría haber explorado acerca de si existían diferencias significativas en la comisión de transgresiones en función del nivel de síndrome de *burnout* de los psicólogos. Sería interesante comprobar dicha hipótesis debido a que este síndrome afecta a la adecuada resolución de los dilemas éticos y, según los resultados, podría insistirse a los profesionales (tal y como se hace en la nueva propuesta del Código Deontológico. (COP, 2011) a que no ejerzan si se sienten demasiado estresados o su salud mental no es buena.

Es importante tener en cuenta tanto los resultados significativos, así como las limitaciones de este estudio para futuras investigaciones y para que los profesionales tomen conciencia del panorama actual en lo referente a la comisión de Transgresiones Éticas.

Agradecimientos

Este trabajo no hubiera sido posible sin la colaboración y apoyo incondicional de Cristina Atahonero, Ramón Baylos, Adrián de Frutos y Samanta Sánchez quienes han sido los jueces expertos en esta investigación.

También me gustaría destacar a María Prieto, quien me ha ayudado a reflexionar sobre este trabajo, se ha mostrado siempre accesible para colaborar en varios aspectos de éste (específicamente en qué decisión tomar cuando no existía acuerdo entre los jueces) y por el magnífico trato personal que ha tenido en todo momento.

El asesoramiento y directrices en el plano metodológico también son de agradecer a María Cortés.

Por último, me es imposible no mencionar a Javier Hugo Martín quien, aunque él nunca lo reconozca, ha inspirado este trabajo y ha hecho que mi conciencia ética siempre esté presente en mi práctica profesional.

Bibliografía

American Psychological Association. (2010). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. Recuperado de: <https://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf>

American Psychological Association. (2008). Los psicólogos: qué hacen y cómo nos ayudan. Recuperado de: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/ayudan.aspx>

American Psychological Association. (2002). American Psychological Association ethical principles of psychologists and code of conduct. Recuperado de: <http://www.apa.org/ethics/code2002.html>

American Psychological Association (1981). *Specialty guidelines for the delivery of services by clinical psychologists. American Psychologist*, 36 (6), 640-651.

American Psychological Association (1953) *Ethical standards of psychologists*. Washington, D.C: Author

Arch, M., Cartil, C., Solé, P., Lerroux, V., Calderer, N. y Pérez-González, A. (2013). Deontología profesional en psicología: Estudio descriptivo de las denuncias atendidas por la Comisión Deontológica del COPC. *Papeles del Psicólogo*, 34, 182-189.

Benevides, A.M.T., Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E. y González, J.L. (2002). La evaluación específica del síndrome de Burnout en psicólogos: el inventario de Burnout de psicólogos. *Clínica y Salud*, 13 (3), 257-583. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180618090002>

Cañadas de la Fuente, G., San Luis, C., Lozano, L.M., Vargas, C., García, I., y De la Fuente, E. (2014). Evidencia de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(1), 44-52. Recuperado de: <http://thirdworld.nl/evidencia-de-validez-factorial-del-maslach-burnout-inventory-y-estudio-de-los-niveles-de-burnout-en-profesionales-sanitarios>

Carrobbles, J. (2012). Psicólogo clínico y/o psicólogo general sanitario. *Psicología Conductual*, 20, (2), 449-470. Recuperado de: [http://sapc.es/sites/default/files/Carrobbles\(1\).pdf](http://sapc.es/sites/default/files/Carrobbles(1).pdf)

Colegio Oficial de Psicólogos. (2016). Memoria 2016. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

Colegio Oficial de Psicólogos. (2011). *Ética y deontología en la práctica psicológica*. Recuperado de: http://www.copmadrid.org/web/img_db/publicaciones/etica-y-deontologia-en-la-practica-psicologica.pdf

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. (2010). Código Deontológico del Psicólogo. Recuperado de: <http://www.cop.es/pdf/CodigoDeontologicoPsicologo-Modif-AprobadaJGral13-12-14.pdf>

Colegio Oficial de Psicólogos. (1993). Código Deontológico del Psicólogo. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

Comisión deontológica estatal. (2004). *Ética y deontología para psicólogos*. Colegio Oficial de Psicólogos de España.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1964). Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Recuperado de: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>

Del Río, C. (2014). *Guía de ética profesional en psicología clínica*. Madrid: Pirámides

- Del Río, C. (2009). La docencia de la ética profesional en los estudios de psicología en España. *Papeles del Psicólogo*, 30 (3), 210-219.
- Del Río, C., 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
- Del Río, C., Borda, M., Pérez, M., Martín, A. y Torres., I. (2003). Ética de las relaciones duales en psicoterapia. *Psychothema*, 15 (1), 58-64.
- European Federation of Psychologists Associations (2005). Metacódigo de ética. Bruselas: EFPA. Recuperado de: www.efpa.eu
- European Federation of Professional Psychologists Associations (1995). *Charter of Professional ethics for Psychologists*. Recuperado en: <http://www.efppa.org>
- European Federation of Psychologists Associations (1995). Metacódigo de ética. Bruselas: EFPA.
- Ferrero, A. (2005). El surgimiento de la deontología profesional en el campo de la psicología. *Fundamentos en Humanidades*, 6 (10,11), 169-177.
- Grau, J., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y Español. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 215-230. Recuperado de: <http://m.dugidoc.udg.edu/bitstream/handle/10256/12271/InfluenciaFactores.pdf?sequence=1>
- Guerra, C., Rodríguez, K., Morales, G. y Betta, R. (2008). Validación preliminar de la escala de conductas de autocuidado para psicólogos clínicos. *Psyche*, 17 (2), 67-78.
- Howe, E.(2017). Fourteen Important Concepts Regarding Moral Distress. *The Journal of Clinical Ethics* 28 (1), 3-14.
- Instituto Nacional de Estadística. (2013). Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados. Recuperado de: <http://www.ine.es/prensa/np843.pdf>
- Lindsay, G. y Clarkson, P. (1999). Ethical dilemmas of psychotherapists. *Psychologist*, 29, 438-503.
- Medau, I., Jox, R.J. y Reiter-Theil, S. (2013). How psychotherapist handle treatment errors – an ethical analysis. *BMC Medical Ethics*, 14 (50).
- Muñoz Otero, E. (2016). Influencia del autocuidado en la aparición del desgaste profesional en psicólogos clínicos y sanitarios. Recuperado de: <https://repositorio.comillas.edu/jspui/bitstream/11531/13036/1/TFM000416.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (2008). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, Naciones Unidas. Recuperado de: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- Ortiz, G.R., y Ortega, M.E. (2009). El síndrome de burnout en psicólogos y su relación con la sintomatología asociada al estrés. *Psicología y Salud*, 19 (2), 207-214. Recuperado de: <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-19-2/19-2/godeleva-rosa-ortiz-viveros.pdf>
- Otero, B. G. I., Grajeda, G. G., Canto, V. B., Venegas, J. M., & Luque, C. M. (2013). Burnout en psicólogos de la salud: características laborales relacionadas. *Psicología y Salud*, 23 (2), 217-226. Recuperado de: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/503/833>
- Pope, K. y Vasquez, M. (2015). Ethics for Psychologists: 7 Essentials. Recuperado de: <http://kspope.com/kpope/ethics.php#copy>

Pope, K. & Vetter, V. (1992). Ethical dilemmas encountered. *American Psychological Association. American Psychologist*, 47 (3), 397-411.

Pope, K.S. y Vetter, V.A. (1992). Ethical Dilemmas Encountered by Members of the American Psychological Association: A National Survey. *American Psychologist*, 47, 397-411.

Pope, Tabanick y Spiegel. (1987). Ethics of Practice: The Beliefs and Behaviors of Psychologists as Therapists. *American Psychologist*, 42 (11),993-1006.

Reynolds, W. M. (1982). Development of reliable and valid short forms of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 38, 119-125.

Urra, J. (2007). Ética y deontología: estudio empírico basado en dilemas éticos. Recuperado de: http://www.copmelilla.es/Downloads/pdf/guiaeticaydeontologia_copm.pdf

Urra, J. (1987). *Psicología y Deontología: Estudio empírico basado en dilemas éticos*. Doctorado. Universidad A Coruña.