

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/316951408>

# Malpractice in clinical and forensic psychology in spanish courts: An exploratory analysis

Article in Behavioral Psychology/Psicología Conductual · January 2016

---

CITATION

1

READS

3,538

2 authors, including:



Enrique Echeburúa

Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea

397 PUBLICATIONS 12,033 CITATIONS

SEE PROFILE

## **MALA PRAXIS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y FORENSE A LA LUZ DE LOS TRIBUNALES DE JUSTICIA ESPAÑOLES: UN ANÁLISIS EXPLORATORIO**

Enrique Esbec<sup>1</sup> y Enrique Echeburúa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Universidad Complutense de Madrid;* <sup>2</sup>*Universidad del País Vasco (España)*

### **Resumen**

En este artículo se analizan los problemas más significativos en la práctica de la Psicología Clínica y Forense que han llegado a los tribunales de justicia españoles en los últimos años. Entre estos problemas de mala praxis se incluyen: a) ausencia de consentimiento informado en relación con el diagnóstico y el tratamiento psicológico, b) errores en el diagnóstico debidos a una negligencia profesional, c) transgresión del secreto profesional y revelación de información confidencial del paciente en determinadas circunstancias, d) negligencia para prevenir el daño para el propio paciente u otras personas (suicidio u homicidio), e) conflictos relacionados con la protección o conservación de la historia clínica, f) problemas relacionados con la hospitalización psiquiátrica involuntaria y con el manejo del riesgo en pacientes suicidas o violentos y g) peritajes contradictorios en los tribunales. Se comentan asimismo algunas sugerencias para las investigaciones futuras en este campo.

**PALABRAS CLAVE:** *mala praxis, Psicología Clínica, Psicología Forense, tribunales de justicia españoles.*

### **Abstract**

This paper reviews the most relevant ethical and malpractice issues in Clinical and Forensic Psychology arising in Spanish courts of justice. The main issues related to malpractice include: a) lack of informed consent regarding diagnosis and psychological treatment, b) mistakes in diagnosis because of professional negligence, c) violation of the professional secrecy and disclosure of confidential information without the consent of the individual in various circumstances, d) clinical negligence in preventing harm to patients or other people (suicide or homicide), e) negligence in protecting clinical records regarding the ownership of psychological records and data, f) involuntary psychiatric hospitalization and risk management with suicidal or violent patients and g) contradictory expert reports in courts. Suggestions for good practice in this field are considered.

**KEY WORDS:** *malpractice, Clinical Psychology, Forensic Psychology, Spanish courts.*

## Introducción

Si se compara con otras especialidades sanitarias, la litigiosidad en el ámbito de la salud mental es escasa. La mala praxis en la Psicología Clínica y Forense ha sido objeto de pocos estudios hasta la fecha. Sin embargo, hay una jurisprudencia creciente en la última década en los tribunales de justicia españoles que merece la pena analizar a nivel descriptivo y preventivo.

Se entiende por *mala praxis* una actuación profesional (por acción u omisión) del psicólogo clínico o forense que genera en el paciente un determinado daño o perjuicio (Echeburúa, Corral y Amor, 2002), siempre que haya una relación de causalidad entre la práctica profesional descuidada o negligente y el mal sobrevenido. Es decir, el malestar sufrido por el paciente no es atribuible a su patología, sino al acto profesional en sí (Del Río, 2005). La mala praxis puede deberse a los siguientes motivos: 1) imprudencia (acción positiva en la que se asumen riesgos innecesarios); 2) negligencia (acción negativa en la cual no se actúa adecuadamente); 3) impericia (error cometido por falta de capacitación o de experiencia); y 4) inobservancia de reglamentos, tales como el código deontológico u otras normas de rango superior (Constitución, Código Penal, etc.)

Hay hechos que pueden ser éticamente reprobables, pero quedar a extramuros del Código Penal. La relación entre la ética y el derecho no es de simetría, sino de círculos concéntricos: solo aquellos comportamientos más intolerables socialmente entran dentro del ámbito de los delitos (Echeburúa, 2002).

Este artículo tiene como objetivo analizar las malas prácticas más habituales en el ejercicio de la Psicología Clínica y Forense tal como han llegado a los tribunales de justicia. Es decir, se estudia la *responsabilidad legal* del psicólogo clínico, no la *responsabilidad deontológica*, que es más amplia, es objeto de tratamiento por parte de la Comisión Deontológica de los Colegios de Psicólogos y ha sido descrita en otros textos (Del Río, 2005). Se analiza la legislación más importante y se mencionan las sentencias más relevantes y recientes del Tribunal Supremo (STS), los autos del Tribunal Supremo (ATS), las sentencias del Tribunal Constitucional (STC), las sentencias de los Tribunales Superiores de Justicia (STSJ) y, finalmente, las sentencias (SAP) y autos (AAP) de las Audiencias Provinciales. A *contrario sensu*, se trata de sentar las bases para establecer una guía de buena práctica en el ejercicio profesional de la Psicología Clínica y Forense.

### Ausencia de consentimiento informado

Según la Ley de Autonomía del Paciente (Ley 41/2002, de 14 de noviembre), este *"tiene derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma..."*, lo que está en relación directa con el principio de autodeterminación y la libertad personal del sujeto. El derecho al consentimiento informado obliga a poner en conocimiento del paciente todo aquello que pueda serle relevante en su proceso de toma de decisiones. Es una norma ética y jurídica de obligado cumplimiento. Ello implica que

el paciente debe ser informado y prestar su consentimiento, al menos verbal, respecto a la naturaleza y finalidad de cada intervención clínica, así como tener información sobre sus riesgos y consecuencias y sobre las alternativas terapéuticas existentes. De este consentimiento debe quedar constancia en la historia clínica. Una excepción a este principio es la incapacidad del paciente, por ejemplo por minoría de edad o por una demencia, cuando el sujeto carece de una capacidad cognitiva y volitiva en grado suficiente para la toma de decisiones. En este caso hay que solicitar el consentimiento a los familiares, al tutor o al representante legal (Sancho, 2004).

La buena práctica clínica exige establecer un plan terapéutico para cada persona e informarle de dicho plan. Así, el Tribunal Supremo (STS de 02/10/2012) (Martínez-Vares García, 2012) ha declarado que la vulneración del derecho a un consentimiento informado constituye en sí misma o por sí sola una infracción de la *lex artis ad hoc*, que lesiona el derecho de autodeterminación del paciente al impedirle elegir con conocimiento, y de acuerdo con sus propios intereses y preferencias, entre las diversas opciones que se le presentan (Del Río, 2005).

El consentimiento informado implica información al paciente sobre la naturaleza de su cuadro clínico y del diagnóstico sugerido, del tratamiento psicológico propuesto (enfoque teórico, precio, duración, etc.) y del pronóstico, así como de las alternativas psicológicas o médicas posibles. Esta información debe ser dada de una manera adecuada y el paciente debe tener la posibilidad de elegir entre los diferentes modos de tratamiento susceptibles de serle aplicados. Así lo entienden el manual de ética de la Asociación Estadounidense de Psicología (*American Psychological Association*, 1992), la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (*American Psychiatric Association*, 1996), el código deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos (1987), el código ético de la Asociación Europea de Psicoterapia (*European Association for Psychotherapy*, 1995) y la declaración de Hawai (Asociación Mundial de Psiquiatría, 1977).

A este respecto, los psiquiatras han sido acusados por práctica inadecuada principalmente por causa de los efectos dañinos de la terapia electroconvulsiva y de los psicofármacos (p. ej., por desarrollo de discinesia tardía con los antipsicóticos) (Reich y Schatzberg, 2014). La psicoterapia no es un tratamiento de especial riesgo, pero se pueden inducir efectos potencialmente peligrosos con la dependencia patológica del terapeuta (especialmente en tratamientos psicoanalíticos prolongados), con la regresión hipnótica o con la exposición brusca a los estímulos en la terapia de inundación (Linden, 2013).

Asimismo se puede demandar a un profesional (psiquiatra o psicólogo clínico) por tratar solo con psicoterapia una depresión mayor o un trastorno bipolar. El caso más conocido a nivel internacional es el litigio planteado en EE. UU. con el «Caso Osheroff» contra el Chestnut Lodge Hospital. En 1982, Osheroff, médico de profesión, sin mejoría después de varios meses de psicoterapia psicoanalítica por una depresión mayor asociada a un trastorno narcisista de la personalidad, fue transferido a otro hospital en el que, en algunas semanas, mejoró gracias a los fármacos antidepressivos. El paciente demandó entonces al Chestnut Lodge Hospital por falta de información sobre las alternativas al tratamiento psicoterapéutico propuesto y alegó, entre otras cosas, que debería habersele

informado de que la medicación era una alternativa terapéutica, especialmente al no haber habido respuesta adecuada a la psicoterapia (Castilla y Castilla, 2001).

En España la ocurrencia de transgresiones al consentimiento informado dentro del área clínica alcanza al 70,1% de los terapeutas cuando se refiere a que al comienzo de la terapia no se ofrece al paciente información detallada de otras alternativas terapéuticas, además de no indicarle la naturaleza de la terapia y las características de su propio estilo o enfoque de intervención (Urra, 2008).

Por último, cabe decir que la existencia de consentimiento informado no dispensa al terapeuta de la obligación de llevar a cabo el tratamiento con las debidas precauciones (SAP de Valencia, sec. 3ª, de 13/06/2014) (Rodríguez Martínez, 2014), lo que puede suponer su interrupción si no se obtienen los resultados esperados o si surgen efectos indeseados.

### **Error culposo en el diagnóstico**

El papel del psicólogo clínico en el diagnóstico de los trastornos mentales aparece reconocido por la ley (Carrobes, 2012, 2013). Así, en la referencia U.70 del Anexo II del Real Decreto 1277/2003 de Autorización de Apertura de Centros Sanitarios, modificado posteriormente por la orden SCO/1741/2006, de 29 de mayo (BOE de 6 de junio de 2006), se define al psicólogo clínico como al especialista "... responsable de realizar el diagnóstico, evaluación, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, emocionales, relacionales y del comportamiento" (Echeburúa, Salaberría, Corral y Cruz-Sáez, 2012).

El error culposo en el diagnóstico se determina según los siguientes criterios: a) cuando el profesional actúa sin tener la capacidad técnica suficiente; b) cuando emite un diagnóstico sin haber examinado previamente al paciente; c) cuando para emitir un diagnóstico no se ha valido de todos los instrumentos y medios recomendables disponibles (es el caso de la mayoría de sentencias condenatorias); d) cuando los resultados de las pruebas de todo tipo no son tenidos en cuenta o no son adecuadamente valorados de forma inexcusable; e) cuando no se toman en consideración eventualidades remotas pero clínicamente posibles; y f) cuando existe un retraso injustificado en la emisión del diagnóstico (Suárez-Quiñones, 1998).

La rigidez en el diagnóstico inicial puede denotar negligencia si, a pesar de la evolución del trastorno y de la respuesta negativa al tratamiento instaurado, no se revisa críticamente el diagnóstico ni se remite, llegado el caso, a otros especialistas. En cualquier caso, *«solo el diagnóstico que presente un error de notoria gravedad o unas conclusiones absolutamente erróneas puede servir de base para declarar su responsabilidad, al igual que en el supuesto de que no se hubieran practicado todas las comprobaciones o exámenes exigidos o exigibles. En segundo lugar, que no se pueda cuestionar el diagnóstico inicial por la evolución posterior dada la dificultad que entraña acertar con el correcto, a pesar de haber puesto para su consecución todos los medios disponibles, pues en todo paciente existe un margen de error independientemente de las pruebas que se le realicen»* (STS de 18/02/2015) (Seijas Quintana, 2015).

Así, se ha condenado a los profesionales clínicos cuando se trata de un error inexcusable. La primera obligación de un psicólogo clínico a la hora de efectuar un diagnóstico clínico es descartar patología orgánica en un paciente. Hay varias sentencias condenatorias a profesionales clínicos (médicos, psicólogos o psiquiatras), con importante responsabilidad civil, por confundir, por ejemplo, un cuadro de ansiedad con un infarto agudo de miocardio.

Salvo estos casos graves, los errores diagnósticos de los psicólogos (especialmente cuando actúan como peritos) han sido tratados con benevolencia en la jurisprudencia, incluso aunque el método haya sido muy deficiente (SAP de La Rioja, sec. 1ª, de 30/05/2008) (Santisteban Ruiz, 2008). Las razones de esta benevolencia con los dictámenes psicológicos son que se trata de una «*pericia humanística en la que concurren dotes de subjetividad*» (SAP de Lugo, sec. 1ª, de 03/09/2010) (Varela Agrelo, 2010) o que «*el psicólogo puede equivocarse, como el médico y el jurista, incluidos los miembros del Tribunal*» (SAP de Madrid, sec. 5ª, de 17/11/2004) (Beltrán Núñez, 2014).

Respecto a la mala praxis, un error diagnóstico en psicopatología puede estigmatizar a una persona, provocar un riesgo para el paciente o los demás y prolongar un sufrimiento de forma innecesaria, así como condicionar un defectuoso consentimiento informado. Esto es distinto del caso de un diagnóstico clínico correcto que puede ser considerado por la persona como una etiqueta devaluadora y que, sin embargo, no constituye una mala praxis por parte del profesional. Así, por ejemplo, la SAP de Granada, sec. 3ª, de 20/06/2014 (Requena Paredes, 2014), se ocupa de un diagnóstico de «*celotipia paranoide delirante*», atribuyendo al examinado un trastorno mental que, acertada o desacertadamente, se diagnostica sin intención ultrajante y no puede, por ello, ser considerado injurioso.

### **Transgresión del secreto profesional**

El concepto de confidencialidad está recogido en el juramento hipocrático. La confidencialidad es un derecho del ciudadano, que lleva aparejado el deber del terapeuta de respetarlo (secreto profesional). Asimismo la Constitución Española (art. 18.1) ampara el derecho a la intimidad. En concreto, según la Ley de Autonomía del Paciente (art. 7), toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la ley. Ni siquiera se puede compartir información por parte de los psicólogos con los padres o la pareja del paciente, excepto que se cuente con su permiso. De hecho, la vulneración del secreto profesional es un delito, excepto en los casos del deber de denuncia de hechos delictivos y en la declaración como testigo o perito en un procedimiento judicial (art. 199.2 del Código Penal) (Sánchez-Caro y Sánchez-Caro, 2001).

Sin embargo, el derecho a la intimidad del paciente sufrió un duro revés y planteó una nueva perspectiva como consecuencia del conocido caso de Tatiana Tarasoff en la Universidad de California. Tatiana en 1968 rompió con su pareja, Prosenjit Poddar, que padecía un cuadro psicótico. El paciente informó a los terapeutas de Stanford de su intención de matar a Tatiana y finalmente lo hizo.

Fue condenado por asesinato en segundo grado, pero los padres de Tatiana demandaron a la Universidad de California por no haber revelado los terapeutas las intenciones del paciente y tomado las medidas de precaución oportunas. En 1974 la Corte Suprema de California consideró que, a pesar del deber de confidencialidad, un terapeuta tiene la obligación de advertir a la potencial víctima si se trata de evitar un daño grave causado por un trastorno mental de un paciente (Salinas, 2007).

En el Código Penal (art. 450) se considera una infracción cuando una persona no pone en conocimiento de la autoridad la comisión de un delito actual o próximo contra la vida, la integridad física o psicológica, la salud, la libertad o la libertad sexual. Según el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, quienes por razón de su profesión tengan noticia de algún delito público están obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Juez o a la policía. No se exige al personal sanitario de la obligación de denunciar los hechos delictivos que conozca por razón de su oficio, como sí se hace, en cambio, con sacerdotes y abogados (art. 263). Asimismo, según la reforma de la Ley de Protección Jurídica del Menor (2014), cualquier profesional que conozca en el ejercicio de sus funciones cualquier delito contra un menor estará obligado a informar al fiscal o incurrirá en un delito de omisión.

De este modo, se puede plantear un conflicto al terapeuta entre la obligación del secreto profesional y el deber de denunciar a la justicia la comisión de un delito. Este conflicto debe resolverse acudiendo al conflicto entre deberes propio del *estado de necesidad* (art. 20.5 del Código Penal): *“cuando entran en conflicto dos deberes, y la única manera de resolverlo es infringir uno de los dos (conflicto absoluto), en virtud del principio del interés preponderante (mal menor) el deber de rango inferior tiene que retroceder ante el de mayor valor”*. En consecuencia, debe prevalecer el deber del sigilo o secreto profesional (derecho a la intimidad del ciudadano), salvo que entre en conflicto con bienes superiores. Así, en general, se debe violar el secreto profesional (solo en lo estrictamente necesario) cuando el peligro estimado es *grave, concreto e inminente* para el paciente (riesgo alto de suicidio) o para otra(s) persona(s) (riesgo de homicidio o de agresión sexual), siempre con los límites del sentido común y del buen hacer profesional. En estos casos el derecho al secreto debe ceder ante el deber de denunciar delitos que atenten o pongan en peligro la vida, la salud o la libertad sexual de las personas (Echeburúa, 2002).

A este respecto, el Código Deontológico del psicólogo, en su artículo 65, advierte que *«cuando un psicólogo se vea en el conflicto de normas adversas, incompatibles, ya legales, ya de este código, que entran en colisión para un caso concreto, actuará en conciencia, informando a las partes interesadas y a la Comisión Deontológica»*.

Si el psicólogo clínico es llamado a declarar ante un juez o tribunal como testigo, deberá hacerlo. En este caso deberá referirse a cuestiones generales sobre la patología del paciente, sin estar obligado a revelar datos confidenciales no autorizados por el sujeto. Puede expresarse en términos de diagnóstico y de tratamiento, pero no puede abordar asuntos que impliquen nexo causal o discusión forense sobre imputabilidad, idoneidad u otras competencias legales que

corresponden a un perito. En caso de duda, cuando el psicólogo no puede discernir qué es prioritario (el secreto profesional o el interés público), debe pedir a la autoridad judicial que le dispense del deber del secreto.

### **Negligencia en la prevención de daños. El suicidio del paciente por vigilancia defectuosa (responsabilidad *in vigilando*) o por no atender a los factores de riesgo.**

La responsabilidad *in vigilando* conduce a la mayor parte de denuncias contra profesionales de la salud mental y especialmente en pacientes ingresados hospitalariamente o en centros penitenciarios contra su voluntad. Estos casos se producen como consecuencia de que no se toman las precauciones necesarias y suelen corresponder a demandas por suicidio o lesiones (STS, Sala de lo Contencioso, de 17/02/2000) (De Flores Rosas Carrión, 2000).

El TSJ de Madrid, Sala de lo Contencioso-Administrativo, sec. 10ª, en sentencia de 14/04/2014 (Álvarez Theurer, 2014), reconoce la responsabilidad patrimonial del Servicio Autonómico de Salud Mental por la defectuosa asistencia sanitaria prestada a la fallecida, familiar de los recurrentes. Según la sentencia, la Administración sanitaria no había adoptado todos los cuidados especiales que hubieran podido evitar el suicidio de la paciente, como lo demuestra la presencia de la colonia de un litro en el aseo que no parecía estar oculta. *«El Dr. C.M. era conocedor de los reiterados intentos de suicidio llevados a cabo por la finada, así como del elevado riesgo de que la paciente acabase con su vida, tanto por los anteriores intentos como por las características de su enfermedad mental... La finada se dirigió al servicio y, tras rociarse el cuerpo con el contenido de una botella de colonia de un litro que allí había, se prendió fuego con un mechero, sufriendo gravísimas quemaduras en todo el cuerpo que provocaron el fallecimiento... ».*

Lo mismo ocurre respecto a la responsabilidad de los profesionales en la vigilancia de los internos en los centros penitenciarios a la hora de provocarse daños o provocárselos a otros. Así, por ejemplo, la STS de 27/11/2012 (Martínez-Vares García, 2012) indica la necesidad de establecer un nexo de causalidad entre la omisión administrativa y el fallecimiento y determinar con ello el carácter antijurídico del daño producido. En este mismo sentido la STSJ de Valencia, Sala de lo Contencioso-Administrativo, sec. 2ª, de 06/11/2013 (Manzana Laguarda, 2013), también analiza la negligencia en el deber de custodia de un paciente.

### **Conflictos relacionados con la historia clínica**

La protección de los datos personales es un derecho fundamental de todos los españoles. La historia clínica (exploraciones diagnósticas, pruebas practicadas, fechas de altas y bajas, etc.) es propiedad del sistema de salud, pero el paciente puede tener acceso a una copia de ella (excepto a las impresiones u opiniones subjetivas del personal médico o a las anotaciones referidas a la intimidad de terceras personas), según la sentencia del TSJM, Sala de lo Contencioso-Administrativo, sec. 9ª, de 28/02/2006 (Huet De Sande, 2006).



La historia clínica debe incluir datos sanitarios, no íntimos o muy personales. La sentencia del TSJ de Valencia, Sala de lo Contencioso-Administrativo, sec. 2ª, de 08/11/2012 (Carles Vento, 2012), condena a una profesional por hacer referencia a supuestas relaciones sexuales de un paciente psiquiátrico con un enfermero, señalando datos de identificación, lo cual se considera irrelevante a efectos sanitarios. Se trata de datos que pueden leer otras personas y que afectan a la intimidad y buena imagen de la persona, de acuerdo con el art. 15.1 de la Ley de Autonomía del Paciente.

La historia clínica es secreta, pero puede ser solicitada por los jueces y tribunales. En este caso no cabe la negativa, pero sí la entrega condicionada: a) el clínico debe solicitarle al juez que le exonere del deber de guardar secreto y b) el clínico debe darle al juez solo los aspectos de la historia clínica que sean relevantes al caso que le interesa (AAP de Madrid, sec. 17ª, de 18/01/2005) (Fernández Entralgo, 2005). A veces un informe clínico es suficiente. El acuerdo establecido entre la Audiencia Provincial de Guipúzcoa y la dirección de los Servicios de Salud Mental Extrahospitalaria en 2009 se relaciona con este punto: *“En las solicitudes de historia clínica íntegra por parte del Juzgado hay que remitirla siempre. Excepto en los casos de negligencia médica (en los que se enviará la historia íntegra en su totalidad), en el resto de los casos se pueden eliminar de la historia las anotaciones de carácter subjetivo realizadas por los profesionales y todos aquellos aspectos no relevantes para el caso juzgado”*.

A su vez, hay una obligación por parte de los profesionales de leer la historia clínica para abordar un problema sanitario. Así, en el Diario Médico de 19/01/2015 (Mezquita, 2015) se comenta la condena a un psiquiatra por no consultar la historia clínica en un paciente con antecedentes psiquiátricos. Hay casos en que se han impuesto sanciones a un especialista de urgencias en el caso del suicidio de un paciente con un trastorno bipolar por no haber realizado una anamnesis completa y no valorar adecuadamente el riesgo de reincidencia ni analizar correctamente la historia clínica.

Respecto a los familiares del paciente, según la Ley de Protección de Datos (1999) y la Ley de Autonomía del Paciente (2002), el terapeuta no puede dar información a los familiares de un sujeto mayor de 18 o de 16 años (mayoría de edad sanitaria), excepto en los casos de incapacitación o de internamiento. Si el paciente autoriza al terapeuta a dar esa información, debe firmar el consentimiento por escrito para incorporarlo a la historia clínica.

La historia clínica no debe contener datos falsos. Así, el Código Penal considera como delito la falsificación o adulteración de un documento (historia clínica) (art. 292), o la inclusión de declaraciones falsas en la historia (art. 293), o la supresión o destrucción de todo o de parte del documento (art. 294) que pueda causar perjuicios al paciente en sus derechos. Asimismo el Código Penal sanciona a quien haga uso de un documento o certificado falso o adulterado (art. 296).

Por último, la historia clínica debe ser adecuadamente custodiada. La STS de 27/01/1997 (Almagro Nosete, 1997) condena al Hospital de la Princesa de Madrid por extravío de la historia clínica y por divulgarse la seropositividad de un paciente. La Ley de Autonomía del Paciente señala la obligación de conservar la

documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad durante un período mínimo de cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial (Criado del Río, 1999).

### **Problemas relacionados con el internamiento o ingreso involuntario**

Respecto al internamiento por razón de un trastorno mental, regulado en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, cabe decir que debe ser promovido por el psicólogo en su función sanitaria, si hay riesgos objetivos hacia el propio paciente o las demás personas. Al respecto de dicho ingreso se han denunciado graves deficiencias: 1) no se cumplen los plazos prescritos (Art. 763. Principio 17 de la Resolución 44/119 de la ONU); 2) los motivos alegados con frecuencia no son procedentes (falta de necesidad o proporcionalidad) (Art. 17 de la CE de la libertad personal); 3) no se informa al ingresado «con arreglo a su capacidad» de las causas ni de sus derechos y recursos (Ley 41/2002. Recomendación 83 del Comité de Ministros del Consejo de Europa); 4) no se le facilita abogado y procurador al ingresado, ni se le informa de tales derechos; 5) los peritajes suelen ser brevísimos, mal fundamentados, utilizando protocolos o fórmulas estereotipadas; 6) frecuentemente los autos judiciales no están bien razonados (Art. 24.1 de la CE de Tutela Judicial efectiva); y 7) se aplican medidas severas de aislamiento y contención que deberían someterse a control judicial (Informe del Defensor del Pueblo de 11 de noviembre de 2005). Aunque es un tema muy debatido, el internamiento involuntario puede incluir también a los centros geriátricos asistidos (AAP de Valencia, sec. 10ª, de 30/05/2011) (Muñoz Jiménez, 2011).

Por ello, la Sentencia del Tribunal Constitucional (STC) de 02/07/2012 (recurso de amparo) (Rodríguez Arribas, 2012) establece los siguientes principios y requisitos para ingresar involuntariamente a una persona: 1) haberse probado de manera convincente la enfermedad mental del interesado por medio de un dictamen pericial objetivo; 2) que ésta revista un carácter o amplitud que legitime un internamiento y que la medida sea necesaria y proporcional; 3) que se dé la circunstancia de la «urgencia» o necesidad inmediata de la intervención sanitaria para la protección del sujeto; 4) que se informe al interesado por parte de los sanitarios y del juez, allí hasta donde le sea comprensible; 5) que se le notifique de su derecho a abogado y procurador por parte de los sanitarios y/o la Autoridad Judicial; 6) que se cumplan los plazos de forma inexcusable (72 horas en toda privación de libertad) (art. 17 CE). Deben respetarse las 24 horas para comunicar al juzgado «sin más demora», empezando a contar desde el ingreso contra su voluntad; 7) que haya un informe pericial completo que acredite el diagnóstico clínico, así como el estado de sus capacidades cognitivas y volitivas, y que justifique la necesidad del ingreso para el tratamiento; 8) que haya un auto motivado por parte del Juez; 9) que el director del centro es responsable de la vida e integridad física o psíquica del ingresado; y 10) que no puede prolongarse válidamente el internamiento cuando no subsista el trastorno mental que dio origen al mismo.

En el mismo sentido se ha pronunciado recientemente la Sala 2ª del Tribunal Constitucional en la STC 182/2015, de 07/09/2015 (Recurso de amparo 5924-2014) (González-Trevijano Sánchez, 2015).

En resumen, el ingreso involuntario no es una sanción, sino un instrumento jurídico que pretende resolver el conflicto de intereses entre el derecho a la libertad personal y el derecho a la integridad física y moral de las personas (Esbec, 2012). A su vez, el ingreso involuntario sin causa justificada puede constituir un delito de detención ilegal (art. 163.1 del Código Penal).

### **Peritajes contradictorios entre psiquiatras y psicólogos o entre peritos oficiales y peritos de parte**

La confrontación en sala entre médicos (psiquiatras y médicos forenses) y psicólogos (clínicos y forenses) es bastante antigua, a pesar de que las diferencias conceptuales y metodológicas en la valoración psicopatológica son mínimas (Grisso, 1993; Borum y Grisso, 1996).

El Tribunal Supremo ha salido al paso de tales controversias. Cuando hay discrepancias, el Tribunal puede tener en cuenta la experiencia de cada perito, la profundidad de su análisis científico y su capacidad de convicción, pero no la titulación genérica y, por ello, no recurrirá a prueba dirimente de peritos. Así, *«la fuerza probatoria de los dictámenes periciales reside esencialmente no en sus afirmaciones, ni en la condición, categoría o número de sus autores, sino en su mayor o menor fundamentación y razón de ciencia, debiendo tener, por tanto, como prevalentes en principio aquellas afirmaciones o conclusiones que vengan dotadas de una superior explicación racional, sin olvidar otros criterios auxiliares como el de la mayoría coincidente o el del alejamiento al interés de las partes»* (STS de 11/05/1981) (Díaz Eimil, 1981). Asimismo *«no es correcto procesalmente comparar el valor de unos y otros informes en función de las respectivas especialidades de los peritos...»* (STS de 06/07/1990) (Ruiz Vadillo, 1990).

La capacidad del psicólogo forense para emitir juicios clínicos ante los tribunales de justicia fue ampliamente refrendada en el famoso caso Jenkins versus EE. UU. (1962). En España el caso más famoso al respecto fue el llamado *«Caso del Juego del Rol»* (1997), en el que el Tribunal (SAP de Madrid, sec. 2ª) aceptó el criterio diagnóstico de las psicólogas forenses (psicopatía) frente al de los psiquiatras forenses (trastorno de identidad y psicosis).

Los diferentes órganos judiciales otorgan total idoneidad y capacitación a los psicólogos forenses integrados en la Sección de Psiquiatría de los Institutos de Medicina Legal (art. 11.2 A del Decreto 198/2002, de 20 de diciembre), tanto en asuntos de imputabilidad (ATS, Sala 2ª, de 13/09/2012) (Martínez Arrieta, 2012) como, especialmente, en temas de abusos sexuales y credibilidad del testimonio porque los jueces manifiestan claramente su preferencia por los informes psicológicos en estos casos y no se discute su validez aunque no se ratifique en juicio oral.

Los informes oficiales tienen más consideración que los privados. Por ejemplo, el SAP de Madrid, sec. 16ª, de 02/02/2005 (Lamela Díaz, 2005), advierte que *«el informe psicológico aportado por la recurrente con su escrito de*

*acusación es un informe de parte, lo que le priva de la objetividad que caracteriza a los informes emitidos por peritos oficiales». No se admiten por el Tribunal Supremo afirmaciones de parte del estilo de que los peritos forenses «están más predeterminados por los hechos de la denuncia que por hechos científicos», que constituye «una tacha absolutamente injustificada y procesalmente inadmisibles» (STS, Sala 2ª, de 14/11/2006) (Puerta Luis, 2006).*

Habitualmente no se admiten contrainformes privados o del Colegio de Psicólogos para desvirtuar las conclusiones de un peritaje oficial *«porque los forenses examinaron desde un primer momento a los menores, se han tenido en cuenta otros informes médicos y, además, ese estudio psicológico es concreto y detallado... Su objetividad no resulta desvirtuada por la discrepancia de la parte en cuanto a sus conclusiones»* (SAP de La Coruña, sec. 2ª, de 18/05/2012) (Taboada Caseiro, 2012). Menor valor aún se concede a los contrainformes en asuntos referidos a la credibilidad del testimonio de menores, *«no solo por no someter a la menor a una victimización secundaria sino porque contaminaría el testimonio inicial, confundiendo así el recuerdo de la informada y el sesgo que se produce tras múltiples interrogatorios»* (SAP de Castellón, sec. 1ª, de 20/01/2012) (Domínguez Domínguez, 2012).

Cuando los informes emitidos llegan a conclusiones divergentes, la jurisprudencia es unánime en señalar que «el juez valorará los informes según la sana crítica», definida en función de *«las más elementales directrices de la lógica humana», «las normas racionales», «el razonamiento o criterio lógico»* o *«el raciocinio humano»*. La mejor definición de esta «sana crítica» está en la SAP de Madrid, sec. 10ª, de 16/07/2009 (Illescas Rus, 2009) y abarca, entre otros, los siguientes puntos: a) la cualificación profesional de los peritos; b) el valor de los datos recabados por el perito en función de los medios técnicos empleados; c) el rigor de los argumentos que den apoyo a la exposición del informe; d) la solidez de las deducciones en función de todos los datos disponibles; e) el cumplimiento estricto de lo que se le ha encargado al autor del informe; f) la coincidencia del informe con los hechos probados en el proceso; y g) la coherencia interna del dictamen en lo que respecta a sus aspectos técnicos.

Sin embargo, aunque se le conceda al juzgador una gran discrecionalidad para apreciar la prueba pericial con arreglo a la «sana crítica», *«una cosa es valorar la prueba de acuerdo con todas las normas de la lógica elemental o las reglas comunes de la experiencia humana y otra sustituir la experiencia del perito por una valoración arbitraria...»* (SAP de Madrid, sec. 10ª, de 16/07/2009) (Illescas Rus, 2009).

### **Mala praxis en Psicología Forense**

Toda evaluación pericial suele percibirse con un gran nivel de compromiso implícito por parte del psicólogo, pero la Administración de Justicia en gran medida le sustrae de posibles responsabilidades explícitas al advertir taxativamente la no vinculación del informe pericial. La doctrina del Tribunal Supremo es tajante al señalar que toda prueba pericial está sometida a la soberana apreciación del juzgador.

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

La intervención clínica con un paciente es incompatible con la actuación como forense o perito en el ámbito judicial. A diferencia de los psicólogos forenses, los psicólogos clínicos sí están sujetos al secreto profesional. Por ello, el terapeuta que lleva a cabo *actividades asistenciales* no puede realizar *informes periciales* de sus pacientes. En todo caso, bajo requerimiento judicial -y previa autorización por parte del paciente-, el psicólogo clínico puede realizar un *informe técnico* (pero no un *informe pericial*, que requiere una descripción y valoración de los hechos) e incluso intervenir en la vista oral como *testigo-perito* (pero no propiamente como *perito*), según el artículo 370.4 de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil, para informar exclusivamente de los hechos conocidos en el transcurso de la asistencia terapéutica que sean relevantes para el procedimiento judicial.

No obstante, la figura del «testigo-perito» es muy problemática y genera gran confusión entre los terapeutas que acuden a juicio a requerimiento de la Autoridades Judiciales porque pueden verse sometidos a gran presión por parte del Juez o las partes. Además, testigo y perito son totalmente incompatibles. Así lo entiende el Tribunal Superior de Justicia de Madrid, Sala de lo Social, en sentencia de 23/09/2010 (Moreiras Caballero, 2010), al manifestar que «*la figura del testigo-perito no es imparcial y su informe hay que valorarlo con suma cautela ya que conlleva una inevitable dosis de parcialidad... especialmente cuando el testigo-perito acude al proceso para favorecer la postura de la parte que lo trae y que con toda seguridad retribuye sus servicios*».

A este respecto, el Código Deontológico de la Organización Médica Colegial (2011) advierte contra esta confusa figura legal, oponiéndose a ella taxativamente, y señala que la obligación del médico de acudir a los tribunales “*no debe significar menoscabo de los derechos del paciente... y que se debe respetar el secreto profesional con las únicas excepciones detalladas en este mismo Código*” (apart. 8, cap. XVII).

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

Una forma frecuente de mala praxis en los peritajes de parte es la elaboración de informes con conclusiones tendenciosas o poco objetivas que, de una forma más o menos consciente, favorecen a la parte contratante. Otra cosa

distinta es el falso testimonio (art. 459 del Código Penal), que es un delito en el que incurre un perito si falta a la verdad de forma consciente en algún punto central del informe para beneficiar a su cliente.

La frontera entre los informes tendenciosos o mal contruidos técnicamente y los informes falsos es difícil de establecer, porque no es sencillo deslindar lo erróneo o lo científica o pericialmente opinable de las falsedades cometidas a conciencia. Una cosa es equivocarse y otra bien distinta es mentir. Por ello, es poco frecuente la aplicación de un delito de falso testimonio a un dictamen pericial. Es determinante en este sentido la STS, de 28/05/1992 (Moner Muñoz, 1992), al haber señalado respecto a este punto de los informes periciales que «no se ha considerado falsedad penal una desacertada opinión científica, sino la censurable e intencionada falta de verdad en la constatación de las bases fácticas sobre la opinión científica que emite». Se exige, por tanto, un dolo, que es diferente a negligencia, poca capacidad o impericia de quien dictamina. Es también excepcional una condena por errores diagnósticos, salvo que la equivocación sea inexcusable (STS de 12/03/1990) (Puerta Luis, 1990).

Es más, la coexistencia de dos o más informes periciales confrontados y opuestos no implica necesariamente que uno de ellos sea falso. «Cuando las divergentes conclusiones de los peritos informantes se fundan en distintas concepciones técnicas o teóricas, la mera discrepancia científica o el desacuerdo, desde el punto de vista técnico, de un informe no será, como regla general, suficiente para estimar cometido un delito de falso testimonio..., sino la censurable e intencionada falta a la verdad...» (SAP de Baleares, sec. 1ª, de 10/04/2008) (Díaz Sastre, 2008). Además, «los Tribunales apreciarán la prueba pericial según las reglas de la sana crítica, sin estar obligados a sujetarse a los dictámenes de los peritos» (STS, Sala 1ª, de 02/11/2012) (Gimeno-Bayón Cobos, 2012).

Uno de los problemas más frecuentes que puede derivar en sanciones penales es cuando el profesional, al que se ha citado en forma legal, no acude a la ratificación del informe en el juicio oral. Las consecuencias de esta omisión son diversas: 1) si no hay protesta por la incomparecencia, se puede aceptar la pericial sin ratificación; 2) se puede declarar la nulidad de actuaciones por no suspenderse el juicio; 3) se absuelve al procesado por aplicación de la norma "*in dubio pro reo*" (SAP de Jaén, de 20/12/2006) (Passolas Morales, 2006); 4) se conduce al perito por los agentes de la autoridad (SAP de Pontevedra, de 24/01/2000 (Carrera Ibarzábal, 2000); 5) se condena al perito como autor responsable de un delito de obstrucción a la Justicia, según el art. 463 del Código Penal (SAP de Alicante, de 14/03/2002) (Magro Servet, 2002).

A nivel del Código Deontológico, las reclamaciones más habituales de vulneración del Código (infracciones deontológicas) se relacionan con los problemas de los adultos o los menores en los divorcios contenciosos (informes psicológicos tendenciosos o *de parte* presentados en el juicio como *prueba*), que se presentan en los Juzgados de Familia, o con la ruptura del secreto profesional. También puede haber relaciones inadecuadas de tipo sexual (relaciones duales) o aquellas en que el psicólogo aprovecha para beneficio propio o de terceros la

situación de poder o superioridad que el ejercicio de la profesión puede conferir sobre los pacientes (Del Río, Borda, Pérez, Martín y Torres, 2003).

Por último, es grave que el 41,9% de psicólogos jurídicos reconozca «realizar un contrainforme pericial basado solo en el informe elaborado con anterioridad por un colega». Además, el 47,6% de psicólogos jurídicos afirman que «hacen una evaluación sobre custodia de menores sin ver a ambos progenitores». Esta es una de las causas más fundamentadas para recibir denuncias por una mala praxis (Urra, 2008).

### Conclusiones

El principio básico de la ética es la dignidad del ser humano. No está de más recordar lo que el viejo principio hipocrático recomendaba: *“lo primero es no causar daño alguno”*. La intimidación es, sin duda, uno de los valores que el ser humano de hoy aprecia en mayor grado. Si bien no ha sido objeto de este artículo, porque va más allá de lo que constituye propiamente la mala praxis del psicólogo clínico o forense, el intrusismo constituye un peligro para los pacientes. Ejercer una profesión sin el correspondiente título oficial está penado en el artículo 403 del Código Penal y vulnera el artículo 51 del Código Deontológico. El intrusismo se puede manifestar de forma explícita o sutilmente cuando se producen autodenominaciones, presentaciones y atribuciones de titulaciones y especialidades que no se poseen, que son equívocas o ambiguas o que, aun sin faltar plenamente a la verdad, inducen al error o a la confusión del usuario.

La mala praxis se configura cuando un profesional se separa de la *“lex artis”* (normas o guías de actuación profesional consensuadas) y actúa de forma técnicamente inadecuada. Esto es más claro ahora que existen test validados y protocolos o guías de actuación profesional en los distintos trastornos. Así, desde una perspectiva deontológica o judicial, se puede definir operativamente el concepto de *mala praxis* cuando el terapeuta se aparta de una práctica profesional empíricamente validada para un trastorno concreto y en unas circunstancias determinadas. La mala praxis se fundamenta en tres principios: a) actuación clínica no indicada para el trastorno presentado por el paciente; b) falta de conocimientos actualizados del terapeuta; y c) falta de respeto a la confidencialidad o al consentimiento informado. En el ámbito forense la mala praxis se relaciona fundamentalmente con errores atribucionales o con la defectuosa aplicación e interpretación de los test (Esbec, 2000).

A su vez, el secreto profesional es la columna vertebral de la relación terapeuta-paciente. Por ello, solo se debe quebrantarlo por parte de un profesional en el caso de un peligro inminente previsible para el paciente y en el caso de amenazas específicas o delitos graves contra personas concretas, referidos al presente (no al pasado) o que puedan cometerse en un futuro próximo. Solo en estos casos el derecho al secreto debe ceder ante el deber de denunciar delitos que atenten o pongan en peligro la vida, la salud, la integridad física o psicológica, la libertad o la libertad sexual de las personas (Subijana, 1997).

En cualquier caso, el enfoque del secreto profesional requiere una nueva aproximación. La potestad de negarse a revelar los secretos debería extenderse a periodistas, médicos, psicólogos, farmacéuticos y otras profesiones sanitarias (SAP

de Guipúzcoa, sec. 1ª, de 26/07/2006) (Maeso Ventureira, 2006). Se viene reclamando en la doctrina llevar a cabo una reforma de tales artículos de la ley procesal penal y, mientras tanto, realizar una interpretación extensiva en ciertas circunstancias a estos profesionales de lo que es aplicable a sacerdotes (secreto de confesión) y abogados o procuradores en el ejercicio de sus funciones (art. 417 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal), así como la eliminación de la figura del testigo-perito por la indeterminación de tal figura.

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

## Referencias

- Almagro Nosete, J. (1997, 27 de enero). ROJ: STS 452/1997 - ECLI:ES:TS:1997:452 (Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, Madrid, Sección 1, Nº Recurso: 1949/1993, Nº resolución: 25/1997). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>
- Álvarez Theurer, C. (2014, 14 de abril). ROJ: STSJ M 5417/2014 - ECLI:ES:TSJM:2014:5417 (Tribunal Superior de Justicia, Sala de lo Contencioso, Madrid, Sección 10, Nº Recurso: 82/2012, Nº resolución: 352/2014). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>
- Beltrán Núñez, A. (2014, 17 de noviembre). ROJ: AAP M 10025/2004 - ECLI:ES:AP M:2004:10025A (Audiencia Provincial, Madrid, Sección 5, Nº Recurso: 2826/2004, Nº resolución: 3500/2004). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>
- Borum, R. y Grisso, T. (1996). Establishing standards for criminal forensic reports. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 24, 297-317.
- Bowden, P. y Bluglass, R. (1990). *Principles and practice of forensic psychiatry*. Edimburgo: Churchill Livingstone.
- Carles Vento, M. D. (2012, 8 de noviembre). ROJ: STSJ CV 6448/2012 - ECLI:ES:TSJCV:2012:6448 (Tribunal Superior de Justicia, Sala de lo Contencioso, Valencia, Sección 2, Nº Recurso: 736/2010, Nº resolución: 966/2012). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>
- Carrera Ibarzábal, J. (2000, 24 de enero). ROJ: SAP PO 192/2000 - ECLI:ES:APPO:2000:192 (Audiencia Provincial, Pontevedra, Sección 1, Nº Recurso: 4/2000, Nº resolución: 7/2000). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>
- Carrobes, J. A. (2012). Psicólogo clínico y/o psicólogo general sanitario. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20, 449-470.
- Carrobes, J. A. (2013). Psicólogo clínico (PIR) y psicólogo general sanitario. Todos somos necesarios. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21, 201-214.
- Castilla, A. y Castilla, M. L. (2001). El sentimiento informado en psicoterapia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 80, 23-35.
- Criado del Río, M. T. (1999). Aspectos médico-legales de la historia clínica. *Medicina Clínica*, 112, 24-28.
- De Flores Rosas Carrión, F. M. (2000, 17 de febrero). ROJ: STSJ M 2064/2000 - ECLI:ES:TSJM:2000:2064 (Tribunal Superior de Justicia, Sala de lo Contencioso, Madrid, Sección 2, Nº Recurso: 3085/1996, Nº resolución: 156/2000). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>
- Del Río, C. (2005). *Guía de ética profesional en Psicología Clínica*. Madrid: Pirámide.



- Del Río, C., Borda, M., Pérez San Gregorio, M. A., Martín, A. y Torres, I. (2003). Ética de las relaciones duales en psicoterapia. *Psicothema*, 15, 58-64.
- Díaz Eimil, E. (1981, 11 de mayo). ROJ: STS 299/1981 - ECLI:ES:TS:1981:299 (Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso, Madrid, Sección 1). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>
- Díaz Sastre, C. (2008, 10 de abril). ROJ: AAP IB 54/2008 - ECLI:ES:APIB:2008:54A (Audiencia Provincial, Palma de Mallorca, Sección 1, N° Recurso: 482/2007, N° resolución: 98/2008). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>
- Domínguez Domínguez, C. (2012, 20 de enero). ROJ: SAP CS 179/2012 - ECLI:ES:APCS:2012:179 (Audiencia Provincial, Castellón de la Plana/Castelló de la Plana, Sección 1, N° Recurso: 877/2011, N° resolución: 20/2012). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>
- Echeburúa, E. (2002). El secreto profesional en la práctica de la Psicología Clínica y Forense. Alcance y límites de la confidencialidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 485-501.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14(supl.), 139-146.
- Echeburúa, E. y Guerricaecheverría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E., Salaberria, K., Corral, P. y Cruz-Sáez, S. (2012). Funciones y ámbitos de actuación del psicólogo clínico y del psicólogo general sanitario: una primera reflexión. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20, 423-435.
- Esbec, E. (2000). El psicólogo forense y la prueba pericial psicológica. En E. Esbec y G. Gómez-Jarabo (dirs.), *Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad* (pp. 60-65). Madrid: Edisofer.
- Esbec, E. (2012). Un nuevo modelo de modificación y delimitación de la capacidad de obrar de la persona con discapacidad. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 12, 121.
- Fernández Entralgo, J. (2005, 18 de enero). ROJ: AAP M 10001/2005 - ECLI:ES:APM:2005:10001A (Audiencia Provincial, Madrid, Sección 17, N° Recurso: 559/2004, N° resolución: 18/2005). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>
- Gimeno-Bayón Cobos, R. (2012, 2 de noviembre). ROJ: STS 7812/2012 - ECLI:ES:TS:2012:7812 (Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, Madrid, Sección 1, N° Recurso: 681/2010, N° resolución: 635/2012). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>
- González-Trevijano Sánchez, P. (2015, 7 de septiembre). ROJ: STC 182/2015 (Tribunal Constitucional, Sala Segunda, N° Recurso: 5924/2014). Recuperado desde <http://www.tirantasesores.com>
- Grisso, T. (1993). The differences between Forensic Psychiatry and Forensic Psychology. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 21, 133-153.
- Gunn, J. y Taylor, P. (2000). *Forensic Psychiatry*. Londres: Edward-Arnold.
- Huet De Sande, A. (2006, 28 de febrero). ROJ: STSJ M 2474/2006 - ECLI:ES:TSJM:2006:2474 (Tribunal Superior de Justicia, Sala de lo Contencioso, Madrid, Sección 9, N° Recurso: 699/2001, N° resolución: 299/2006). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>
- Illescas Rus, A. V. (2009, 16 de julio). ROJ: SAP M 8805/2009 - ECLI:ES:APM:2009:8805 (Audiencia Provincial, Madrid, Sección 10, N° Recurso: 316/2009, N° resolución: 459/2009). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>

- Lamela Díaz, C. (2005, 2 de febrero). ROJ: AAP M 855/2005 - ECLI:ES:APM:2005:855A (Audiencia Provincial, Madrid, Sección 16, Nº Recurso: 33/2005, Nº resolución: 48/2005). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>
- Linden, M. (2013). How to define, find and classify side effects in psychotherapy: from unwanted events to adverse treatment reactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20, 286-296.
- Maeso Ventureira, A. (2006, 26 de julio). ROJ: AAP SS 476/2006 - ECLI:ES:APSS:2006:476A (Audiencia Provincial, Donostia-San Sebastián, Sección 1, Nº Recurso: 1273/2006, Nº resolución: 102/2006). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>
- Magro Servet, V. (2002, 14 de marzo). ROJ: SAP A 1208/2002 - ECLI:ES:APA:2002:1208 (Audiencia Provincial, Alicante/Alacant, Sección 1, Nº Recurso: 61/2002, Nº resolución: 135/2002). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>
- Manzana Laguarda, R. S. (2013, 6 de noviembre). ROJ: STSJ CV 5597/2013 - ECLI:ES:TSJCV:2013:5597 (Tribunal Superior de Justicia, Sala de lo Contencioso, Valencia, Sección 2, Nº Recurso: 443/2011, Nº resolución: 814/2013). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>
- Martín, S. (2002). El consentimiento informado y el dictamen pericial psicológico. En J. Urra (dir.), *Tratado de psicología forense* (pp. 837-844). Madrid: Siglo XXI.
- Martínez Arrieta, A. (2012, 13 de septiembre). ROJ: ATS 9202/2012 - ECLI:ES:TS:2012:9202A (Tribunal Supremo, Sala de lo Penal, Madrid, Sección 1, Nº Recurso: 626/2012, Nº resolución: 1453/2012). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>
- Martínez-Vares García, S. (2012, 2 de octubre). ROJ: STS 6186/2012 ECLI:ES:TS:2012:6186 (Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso, Madrid, Sección 4, Nº Recurso: 3925/2011). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>
- Martínez-Vares García, S. (2012, 27 de noviembre). ROJ: STS 7920/2012 - ECLI:ES:TS:2012:7920 (Tribunal Supremo, Sala de lo Contencioso, Madrid, Sección 4, Nº Recurso: 6528/2011). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>
- Mezquita, E. (2015). Condena por no consultar la historia de un paciente con antecedentes psiquiátricos. *Diario Médico*, 1.
- Moner Muñoz, E. (1992, 28 de mayo). ROJ: STS 4280/1992 - ECLI:ES:TS:1992:4280 (Tribunal Supremo, Sala de lo Penal, Madrid, Sección 1, Nº Recurso: 759/1990). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>
- Moreiras Caballero, M. (2010, 23 de septiembre). ROJ: STSJ M 20271/2010 - ECLI:ES:TSJM:2010:20271 (Tribunal Superior de Justicia, Sala de lo Social, Madrid, Sección 3, Nº Recurso: 2091/2010, Nº resolución: 826/2010). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>
- Muñoz Jiménez, A. D. (2011, 30 de mayo). ROJ: AAP V 366/2011 - ECLI:ES:APV:2011:366A (Audiencia Provincial, Valencia, Sección 10, Nº Recurso: 361/2011, Nº resolución: 208/2011). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>
- Passolas Morales, J. M. (2006, 20 de diciembre). ROJ: SAP J 1614/2006 - ECLI:ES:APJ:2006:1614 (Audiencia Provincial, Jaén, Sección 3, Nº Recurso: 135/2006, Nº resolución: 308/2006). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>
- Puerta Luis, L. R. (1990, 12 de marzo). ROJ: STS 2260/1990 - ECLI:ES:TS:1990:2260 (Tribunal Supremo, Sala de lo Penal, Madrid, Sección 1, Nº Recurso: 1732/1989). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>

- Puerta Luis, L. R. (2006, 14 de noviembre). ROJ: STS 7826/2006 - ECLI:ES:TS:2006:7826 (Tribunal Supremo, Sala de lo Penal, Madrid, Sección 1, Nº Recurso: 804/2006, Nº resolución: 1120/2006). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>
- Reich, J. y Schatzberg, A. (2014). An empirical data comparison of regulatory agency and malpractice legal problems for psychiatrists. *Annals of Clinical Psychiatry*, 26, 91-96.
- Requena Paredes, J. (2014, 20 de junio). ROJ: SAP GR 1273/2014 - ECLI:ES:APGR:2014:1273 (Audiencia Provincial, Granada, Sección 3, Nº Recurso: 286/2014, Nº resolución: 159/2014). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>
- Rodríguez Arribas, R. (2012, 2 de julio). ROJ: STC 141/2012 (Tribunal Constitucional, Sala Segunda, Nº Recurso: 5070-2009). Recuperado desde <http://www.tirantasesores.com>
- Rodríguez Martínez, L. J. (2014, 13 de junio). ROJ: SAP V 2774/2014 - ECLI:ES:APV:2014:2774 (Audiencia Provincial, Valencia, Sección 3, Nº Recurso: 208/2014, Nº resolución: 399/2014). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>
- Ruiz Vadillo, E. (1990, 6 de julio). ROJ: STS 5318/1990 - ECLI:ES:TS:1990:5318 (Tribunal Supremo, Sala de lo Penal, Madrid, Sección 1, Nº Recurso: 1312/1989). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>
- Salinas, R. A. (2007). La confidencialidad de la consulta psiquiátrica y el deber de protección a terceros: el caso Tarasoff. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 45, 68-75.
- Sánchez-Caro, J. y Sánchez-Caro, J. (2001). *El médico y la intimidad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Sancho, I. (2004). *Tratamiento legal y jurisprudencial del consentimiento informado*. Artículo nº 209. Recuperado desde: [http://www.indret.com/pdf/209\\_es.pdf](http://www.indret.com/pdf/209_es.pdf)
- Santisteban Ruiz, A. (2008, 30 de mayo). ROJ: SAP LO 272/2008 - ECLI:ES:APLO:2008:272 (Audiencia Provincial, Logroño, Sección 1, Nº Recurso: 277/2007, Nº resolución: 165/2008). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>
- Seijas Quintana, J. A. (2015, 18 de febrero). ROJ: STS 434/2015 - ECLI:ES:TS:2015:434 (Tribunal Supremo, Sala de lo Civil, Madrid, Sección 1, Nº Recurso: 194/2013, Nº resolución: 33/2015). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>
- Suárez-Quiñones, J. C. (2008). La responsabilidad penal médica por el hecho imprudente. El error de diagnóstico. Jurisprudencia aplicable. *Boletín de Información del Ministerio de Justicia e Interior*, 62, 581-625.
- Subijana, I. (1997). El informe criminológico en el ámbito judicial. *Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología*, 11, 141-156.
- Taboada Caseiro, M. C. (2012, 18 de mayo). ROJ: AAP C 758/2012 - ECLI:ES:APC:2012:758A (Audiencia Provincial, A Coruña, Sección 2, Nº Recurso: 126/2012, Nº resolución: 327/2012). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>
- Urra, J. (2008). Psicología y deontología: estudio empírico basado en dilemas éticos. *Infocop on-line*, 26/03/2008. Recuperado desde: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=1775](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1775)
- Varela Agrelo, J. A. (2010, 3 de septiembre). ROJ: SAP LU 267/2010 - ECLI:ES:APLU:2010:267 (Audiencia Provincial, Lugo, Sección 1, Nº Recurso: 83/2010, Nº resolución: 422/2010). Recuperado desde <http://www.poderjudicial.es/search/index.jsp>

RECIBIDO: 16 de febrero de 2015

ACEPTADO: 18 de mayo de 2015