



## SECRETO MÉDICO Y PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA BLANCA MORERA PÉREZ

Revisado en Febrero de 2003 y remitido para su publicación en la página Web de la SEPL

### INDICE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>CONFIDENCIALIDAD Y SECRETO. CONCEPTO . . . . .</b>                               | <b>2</b>  |
| <b><u>Dimensiones de la Confidencialidad</u> . . . . .</b>                          | <b>2</b>  |
| Dimensión Legal . . . . .   | 2         |
| Dimensión Ética. . . . .  | 3         |
| Dimensión Clínica. . . . .  | 4         |
| <b>PROBLEMAS GENÉRICOS PLANTEADOS EN RELACIÓN A LA CONFIDENCIALIDAD. . . . .</b>    | <b>5</b>  |
| <b><u>Secreto absoluto versus Secreto relativo.</u> . . . . .</b>                   | <b>5</b>  |
| <b><u>La psiquiatría como ámbito de problemas específicos.</u> . . . . .</b>        | <b>5</b>  |
| <b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE LA CONFIDENCIALIDAD</b>                                 |           |
| <b>EN LA PRÁCTICA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA . . . . .</b>                                | <b>6</b>  |
| <b><u>El tratamiento psiquiátrico en el ámbito de la institución:</u></b>           |           |
| <b><u>el trabajo en equipo.</u> . . . . .</b>                                       | <b>7</b>  |
| <b><u>Tratamiento de menores.</u> . . . . .</b>                                     | <b>9</b>  |
| <b><u>Tratamientos psiquiátricos no individuales.</u> . . . . .</b>                 | <b>10</b> |
| Terapia de pareja. . . . .  | 10        |
| Terapia familiar. . . . .   | 10        |
| Terapia grupal. . . . .   | 11        |
| Propuestas de abordaje. . . . .   | 11        |
| <b><u>La información del/al paciente y de/a terceros.</u> . . . . .</b>             | <b>12</b> |
| <b><u>El soporte de la confidencialidad: la historia clínica.</u> . . . . .</b>     | <b>14</b> |
| Concepto de historia clínica. . . . .   | 14        |
| Propiedad y Acceso a la historia clínica. . . . .                                   | 14        |
| Algunas propuestas. . . . .   | 14        |
| <b><u>La relación con el ámbito judicial: peritajes y testimonios</u> . . . . .</b> | <b>16</b> |
| Conflictos Habituales . . . . .   | 16        |
| Algunas orientaciones. . . . .  | 17        |
| Situaciones que “comprometen” la confidencialidad. . . . .                          | 18        |
| <b>Bibliografía. . . . .</b>  | <b>20</b> |

## **CONFIDENCIALIDAD Y SECRETO. CONCEPTO.**

Los aspectos legales y éticos de la práctica clínica en las diversas especialidades médicas constituyen un tema de interés creciente para los profesionales sanitarios. Este hecho se constata, tanto en la proliferación de cursos y jornadas formativas, como en la presencia cada vez más importante, cuantitativa y cualitativamente, de editoriales y artículos con estos contenidos en las diversas publicaciones de origen nacional y extranjero.

En el origen de estos nuevos desarrollos teóricos ligados a las prácticas clínicas se identifican al menos dos motivaciones: por una parte la tendencia “defensiva” de la Medicina —importada de Estados Unidos— que pretende yugular el crecimiento de demandas judiciales contra profesionales de la salud, y, por otra, la no menos frecuente intención de mejorar nuestra atención a los pacientes (y usuarios, utilizando la terminología más reciente), compartiendo con ellos un marco ético y legal consensuado.

En este contexto es muy frecuente encontrar referencias a la confidencialidad, como tema sugerente, problemático y sujeto a opiniones diversas y posturas a menudo encontradas. Merece por tanto la pena intentar realizar un esfuerzo de síntesis y recopilación somera que pueda orientarnos de forma práctica sobre este tema, y más aún en psiquiatría, por razones que tendré oportunidad de exponer a lo largo de este documento.

La “confidencialidad”, genéricamente, hace referencia tanto al derecho del sujeto a que no sean reveladas las informaciones confiadas a otra u otras personas, como al deber de sigilo que compromete a quien o quienes reciben la confidencia.

La confidencialidad, por tanto, no se refiere exclusivamente al ámbito clínico, sino que parte de un concepto más amplio, que es el de privacidad o intimidad, que define la existencia de un necesario espacio propio, íntimo y exclusivo, donde el ser humano puede expresarse en sí mismo y donde sólo acceden otros si son autorizados —y ello, habitualmente, de forma parcial.

La confidencialidad, así considerada, no puede considerarse una característica individual sino que surge, necesariamente, en el ámbito de la relación interpersonal, como una cualidad inherente a ésta, siempre que se produzca un intercambio de información que el sujeto considera “personal”.

En el marco clínico la confidencialidad se equipara, en un solapamiento absoluto, con el término de secreto médico o secreto profesional. Así, la confidencialidad, como hecho central en la profesión sanitaria (al igual que en otras “profesiones”) es un requerimiento para cualquiera que trabaja con otros seres humanos que acuden solicitando ayuda<sup>1</sup>.

## **DIMENSIONES DE LA CONFIDENCIALIDAD**

La confidencialidad en la práctica clínica puede abordarse desde tres perspectivas o dimensiones diferenciadas que, sin embargo, comparten algunas características: me refiero a la dimensión legal, a la dimensión ética y a la dimensión clínica. Aunque vamos a abordar específicamente la tercera de las dimensiones citadas, resulta muy conveniente conocer, aunque sea genéricamente el marco ético y legal en el que se sitúa la confidencialidad.

### **Dimensión Legal**

En la doctrina del Tribunal Supremo el secreto profesional se considera como un medio para proteger derechos fundamentales, pero no es en sí mismo un derecho fundamental.

Nuestra carta magna, la Constitución de 1978, consagra en el artículo 18 el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. En el artículo 20 se explicita que

*La ley regulará el derecho a la cláusula de conciencia y al secreto profesional en el ejercicio de estas libertades.*

Lamentablemente, y como todos sabemos bien, veinte años más tarde la ley de secreto profesional sigue siendo una aspiración no alcanzada, pese a haberse reivindicado desde ámbitos dispares (sanitarios, gestores, jueces, etc.).

Sin embargo, y pese a este vacío, en leyes de desarrollo posterior, la confidencialidad y el secreto profesional han sido contemplados, de forma directa o indirecta, lo que nos permite establecer algunas directrices.

En este sentido el código penal vigente castiga de forma contundente la revelación de secretos (artículos 197 a 201), delito que se agrava cuando el sujeto pasivo “sea menor o incapaz”. Frente a la postura penal, de una inequívoca defensa de la necesaria confidencialidad —con penas que, en casos acumulativos, pueden suponer hasta cuatro años de privación de libertad e inhabilitación de hasta seis años—, se sitúa la ley de enjuiciamiento criminal vigente, que diferencia claramente entre el secreto profesional del médico y otros sanitarios, y el secreto profesional del abogado, procurador o clérigo, en perjuicio de los primeros, y señala para éstos la obligatoriedad de declaración y denuncia de delitos “conocidos en el ejercicio de la profesión” (artículos 262, 263 y 417).

En los últimos dos años, otras dos normativas han venido a sumar elementos al ya complejo marco legal de la confidencialidad, apoyándola: la ley orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal y la, más reciente, ley básica 41/02, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente, y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica. Esta última, especialmente conocida por reflejar el novedoso tema de las voluntades anticipadas (denominadas “instrucciones previas”), aborda con claridad muchos de los elementos conflictivos relativos a la confidencialidad en la práctica clínica (titular de la información, acceso a la historia clínica o consentimiento por representación, entre otros).

En definitiva, en cuanto a aspectos prácticos, en la dimensión legal se está produciendo un progresivo reforzamiento de la confidencialidad en el ámbito sanitario, mediante una legislación que establece, sin ambigüedades, que los datos sobre la salud de los ciudadanos son “datos especialmente protegidos”, por lo que ratifica la necesidad de “establecer un régimen especialmente riguroso para su obtención, custodia y eventual cesión”.

### **Dimensión Ética**

Los fundamentos deontológicos de la confidencialidad se basan en el respeto a la autonomía individual y a la dignidad de la persona<sup>2</sup>. Así el secreto ha pasado de ser un atributo del profesional, que lo administraba en bien del paciente (postura beneficente), a considerarse un derecho del paciente o usuario (postura autonomista), que se considera, en general, único agente capaz de relevar al profesional del deber de secreto.

El secreto, y por tanto la confidencialidad, ha sido tratado en múltiples declaraciones deontológicas. Especialmente contundente resulta la contenida en la Declaración de Principios Médicos de la Comunidad Económica Europea (1987) en la que se afirma:

*Todo hombre debe estar seguro de que, cualesquiera que sean, por otra parte, las obligaciones del médico para con la sociedad, lo que confía a su médico y a los que le asisten permanecerá en secreto.*

El Código de Deontología Médica, aprobado por el Consejo General de Colegios Médicos Oficiales de Médicos de España en 1990, consagra igualmente el secreto en los artículos incluidos en el título quinto, aunque debilitándolo en el artículo 18 cuando lo excepciona “por imperativo legal”.

En aquellas declaraciones específicamente referidas a la psiquiatría, de las que destacaré por su difusión y rango la Declaración de Hawai (1977) y la Declaración de Madrid (1996), la confidencialidad está específicamente subrayada y se señalan aspectos relativos al “serio peligro” para el paciente o para terceros, como únicas causas de excepcionalidad.

Finalmente, en los distintos Códigos Deontológicos de profesionales que realizan su actividad en relación con la psiquiatría (médicos, psicólogos, psicoterapeutas, trabajadores sociales etc.), también los aspectos de confidencialidad están específicamente señalados.

La dimensión ética, en definitiva, trata de sopesar la protección de un valor individual, la intimidad (la dignidad, en definitiva), y de evaluar su “peso específico” frente a valores sociales, que se resumen en el bien común. Trata de acercarse a las circunstancias en que el valor individual debe ceder, y a las que no. De ahí que los códigos reflejen, en su mayoría, la importancia del secreto, pero también las circunstancias en que el profesional puede “suspenderlo”.

### **Dimensión Clínica**

En este inicial y genérico acercamiento al tema de la confidencialidad no debe faltar la perspectiva clínica: el paciente acude al profesional sanitario porque padece un problema de salud, y busca ayuda en forma de diagnóstico y tratamiento. Para la evaluación de dicho problema el paciente pone en manos del profesional sanitario, a lo largo de todo el proceso, mucha información (directa o indirecta) sobre aspectos íntimos de su persona y de su vida. Además, el profesional —a través de terceros, de exploraciones y observación directa del paciente, de pruebas complementarias, etc. — accederá a una información íntima complementaria. Cuando los pacientes entran en este proceso, presuponen que aquello que el profesional va a conocer será guardado, preservando su intimidad. La mutua confianza — que implica fiarse del otro— es la base de la relación terapéutica.

Por otra parte, el respecto a la intimidad debe presidir determinados modos en la exploración (evitando invasiones innecesarias) y determinados límites en la anamnesis (interrogando exclusivamente sobre los datos relevantes al proceso).

Si el secreto se supone parte fundamental y “a priori” en la relación terapéutica, la pregunta a plantearse podría ser: ¿buscaría ayuda el paciente en la misma forma si tuviera conciencia del riesgo existente de que sus “intimidades” fueran expuestas, por ejemplo, ante la demanda de un tribunal? Y por otra parte: ¿es algún paciente informado del límite de confidencialidad que puede producirse, o de las dificultades que el profesional puede tener para garantizarla en determinados medios? La respuesta probablemente sería “no” en ambos casos y quizá ello ayude a establecer la importancia real del ingrediente “secreto” en nuestra práctica clínica cotidiana<sup>3</sup>.

## **PROBLEMAS GENÉRICOS PLANTEADOS EN RELACIÓN A LA CONFIDENCIALIDAD**

## Secreto absoluto versus Secreto relativo

El marco en el que la confidencialidad se sitúa es un campo de conflicto pinzado entre un marco legal a veces poco específico — que debe sopesar el equilibrio entre los derechos individuales y los de la sociedad globalmente considerada— y la exigencia real del paciente.

Profundizando en este marco, lo que en definitiva se debate es la tensión entre los intereses individuales y el bien social, o, si nos centramos en nuestro tema, la alternativa entre el secreto absoluto y el secreto relativo, posturas defendidas desde diferentes posicionamientos filosóficos en relación al secreto médico / profesional y la confidencialidad.

Frente a posturas conocidas, como la de SIEGLER<sup>4</sup>, que abogan por la abolición del secreto, ante la imposibilidad de mantenerlo de forma efectiva, surgen doctrinas que defienden todo lo contrario, como la teoría del contrato o la doctrina del orden público, y que consideran aspectos concretos de la confidencialidad como base para la defensa de un secreto absoluto<sup>5</sup>.

Y junto a los extremos, la teoría relativista, en la que se albergan la mayoría de los autores en nuestro país, en la que se consideran válidas algunas razones para la “excepcionalidad”, con un acuerdo casi completo en cuanto a que las situaciones de riesgo social grave (enfermedades infecto-contagiosas de declaración obligatoria, por ejemplo) relevan parcialmente del secreto, por la claridad de la colisión entre los intereses individuales y colectivos. No obstante el acuerdo es unánime en cuanto a la necesidad, en esos casos, de mantener la información dentro del ámbito sanitario. El acuerdo es mucho menor en cuanto a testimonios en el ámbito judicial o en la denuncia de delitos<sup>6,7</sup>.

## La psiquiatría como ámbito de problemas específicos

Y si, como hemos visto hasta ahora la confidencialidad es un núcleo de conflicto en la profesión sanitaria, la situación dentro de la Psiquiatría resulta aún más problemática para la mayoría de los autores<sup>2,7,8</sup>.

Los problemas en relación a la confidencialidad que pueden afectar a algunas especialidades de forma más acusada, y a la Psiquiatría entre ellas, tienen que ver con varios hechos:

- En primer lugar con la evidencia de que la actuación clínica en psiquiatría habitualmente pone en contacto al profesional con lo que podemos denominar **información sensible**, esto es, datos de especial relevancia en lo que concierne a la intimidad del sujeto. Como todos sabemos en la anamnesis psiquiátrica se abordan a menudo los conflictos relacionales intrafamiliares, la conducta sexual, así como cualquier evento biográfico que pueda considerarse significativo.
- En segundo lugar es innegable que la **etiqueta psiquiátrica** resulta en nuestra sociedad especialmente estigmatizante, y puede suponer una desventaja social y una marginación en muchos casos. La discreción del clínico al respecto parece no sólo importante, sino absolutamente necesaria<sup>9</sup>.
- En tercer lugar la psiquiatría trabaja, como el resto de la medicina, con sujetos **vulnerables**, por su propia condición de sujetos afectados de un trastorno. Pero a esta vulnerabilidad se añade el agravante de que, en ocasiones, la enfermedad mental afecta tan gravemente al psiquismo del sujeto que lo sitúa en una condición de incompetencia (más o menos duradera) que requiere del protagonismo de terceras

personas en el proceso terapéutico, con lo que ello supone de riesgo para la confidencialidad del mismo.

- Por último, parece evidente que, en psiquiatría, la confianza tiene un **valor específico**, que permite acceder a información imprescindible para establecer una terapia, y por tanto es consustancial al propio ejercicio profesional, haciéndolo posible. Algunas terapias específicas, como la psicoterapia, son imposibles fuera de un marco confidencial<sup>1,10</sup>.

Estos aspectos que acabo de comentar, y que suponen la esencia de la propia especialidad, hacen que los psiquiatras, y cualquier otro profesional en la práctica clínica psiquiátrica, sientan que quebrantar la confidencialidad les sitúa en una posición de pérdida de relación terapéutica, de traición a la confianza de su paciente, o de riesgo, incluso, para la continuidad del tratamiento.

Y puesto que en nuestra práctica cotidiana existen muchos momentos en los que el profesional se pregunta qué hacer y cómo abordar un posible conflicto en relación a la confidencialidad, vamos a tratar de describir los conflictos más frecuentes y de sugerir algunas directrices para resolverlos.

## **PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE LA CONFIDENCIALIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA**

La descripción de todas las situaciones en las que la confidencialidad se plantea como conflicto, en la práctica clínica cotidiana de los profesionales de la psiquiatría, sería una tarea ingente que desborda absolutamente los objetivos de este documento. He elegido cinco grupos de situaciones que merecen tratarse, aunque sea de una forma esquemática, por su frecuencia o por el nivel tan alto de compromiso de confidencialidad que son capaces de generar:

- El tratamiento en el ámbito de la institución (sistemas de salud) y por tanto la necesidad de trabajo en equipo.
- Ámbitos terapéuticos específicos: el tratamiento de menores y las terapias con más de un sujeto (terapia de pareja, terapia familiar y terapia grupal).
- La información en relación al paciente/usuario y a terceros.
- El soporte de la confidencialidad: la historia clínica y la automatización de los datos.
- Y finalmente, las relaciones con el ámbito judicial: peritajes y testimonios.

Muchos de ellos no son exclusivos de la psiquiatría, pero trataremos de abordarlos desde nuestra perspectiva específica.

### **El tratamiento psiquiátrico en el ámbito de la institución: el trabajo en equipo**

La evolución en la asistencia sanitaria ha desplazado la relación médico-paciente del consultorio privado e individual a los ambulatorios y hospitales. Esta evolución, que sin duda ha redundado en una atención más especializada, integral y de mayor calidad técnica, ha planteado, sin embargo, problemas en el mantenimiento de la confidencialidad, al existir

cada vez más información compartida dentro de los equipos asistenciales, con otros equipos y con personal no sanitario que desempeña actividad administrativa, de gestión o de control de calidad, entre otras.

En la práctica psiquiátrica la progresiva instauración de los equipos multidisciplinares en la atención institucional, fruto de la madurez de planificación de la psiquiatría comunitaria, también ha hecho que el mantenimiento del necesario secreto sea cada vez más complejo.

Puesto que el problema no es reciente, conviene recordar aquí algunos conceptos imprescindibles que ayudan a clarificar la situación. Así, aunque es habitual que un terapeuta sea quien en un momento determinado mantiene con el paciente la relación más estrecha, el resto de los integrantes del equipo terapéutico —y otros profesionales que hayan sido llamados a participar como consultores— que participan en el proceso terapéutico, están sometidos a lo que se denomina **secreto compartido**. Es decir, están obligados en la misma medida y con los mismos límites que el terapeuta principal.

Por otra parte personal que participa o accede en alguna forma a la información en función de la tarea encomendada (administrativos que deben mecanografiar informes, gestores o personal de control de calidad) deben seguramente acceder a un nivel inferior de información, y están sujetos a lo que se denomina **secreto derivado**, que afecta a la totalidad de los datos obtenidos en el desempeño de su función no sanitaria.

La **ruptura de confidencialidad** se produce siempre que se transmiten datos de un sujeto más allá de los profesionales directamente implicados en su tratamiento o de las personas con tareas directamente relacionadas con algún aspecto del proceso terapéutico, aunque no sean sanitarios.

APPELBAUM y GUTHEIL<sup>11</sup> sugieren, como orientación, lo que denominan el **círculo de la confidencialidad**, entendiéndolo como tal el núcleo donde fluye la información sin que se rompa el compromiso contraído con el paciente. En dicho círculo estarían incluidos, además del paciente y su terapeuta, el personal de enfermería, los consultores y los supervisores de la actividad clínica. Fuera del círculo sitúan específicamente a la familia del paciente, la policía, los abogados, y, sorpresivamente, a los terapeutas previos y a los terapeutas extrahospitalarios cuando el paciente se encuentra ingresado. Cualquier contacto fuera del círculo debería pasar por el consentimiento del paciente.

Se añade, con un criterio muy razonable, la necesidad de conseguir un acuerdo de contacto con los terapeutas habituales, aunque no especifica cuáles, con la mayor rapidez posible, en aras al mejor tratamiento. Subraya como inadecuada la habitual familiaridad en la comunicación entre terapeutas, sin consentimiento del paciente, una vez que se ha dejado de tratar al sujeto. Probablemente la estrecha relación que se establece entre psiquiatra y paciente lleva al primero a tratar, en muchos casos, de seguir los avatares del segundo, incluso una vez que ha dejado de existir dicha relación, ajeno a que esto provoca una ruptura evidente en el círculo de la confidencialidad.

Recordemos en este punto que para que haya “intromisión ilegítima” no es necesario que se produzca una divulgación masiva de los datos íntimos, basta con que éstos se transmitan a una sola persona ajena a los profesionales sanitarios implicados directamente en la atención al paciente<sup>12</sup>.

Otros aspectos problemáticos para la confidencialidad, y que pueden encajarse en este apartado, son los derivados de las llamadas “**listas negras**” y el “**etiquetaje psiquiátrico**” en servicios médicos. En ambos casos se trata de la elaboración, más o menos solapada, de listas de pacientes, a veces incluso por escrito, que bien porque se considera que no requieren ingreso en función de su diagnóstico (por ejemplo, por psicopatía o por problemática social grave), o bien porque resultan muy molestos en plantas médicas (hipocondríacos graves, etc.), son identificados y nominados en los servicios de urgencias para evitar su entrada en el hospital. Ello no sólo constituye un atentado grave a

la confidencialidad, sino que se sitúa fuera de la *lex artis* y discrimina claramente a estos sujetos, con riesgo de no atender una demanda psiquiátrica o médica adecuada.

Vista la problemática del tratamiento institucional y los conceptos básicos que se desprenden de estas nuevas formas de entender la relación paciente-terapeuta, otras propuestas pueden emerger:

- En primer lugar la necesidad de una **formación específica** en aspectos éticos y, concretamente, en aspectos de confidencialidad y secreto entre el personal que forma parte de los equipos terapéuticos o del personal no sanitario de apoyo. El concepto de secreto se transmite durante la formación en medicina y aún ello de forma parcial e incompleta en muchos casos. En el caso del resto de los profesionales que habitualmente se ven involucrados en el manejo de información altamente confidencial, a menudo toda la referencia que poseen es una indicación de carácter casi administrativo al incorporarse al puesto de trabajo. Cuesta ser respetuoso con un principio si se desconocen los comos y porqués del mismo.
- El segundo aspecto básico, que a menudo se olvida, es que el paciente tiene derecho a **conocer** qué personas y en qué modo van a acceder a información confidencial referida a él, y **consentir** en la transmisión, antes de que ésta se produzca, fuera del ámbito puramente terapéutico. Hay que destacar que a menudo el paciente supone un círculo de confidencialidad mucho más estrecho y limitado que el real<sup>13</sup>.
- Un tercer aspecto que conviene tener en cuenta, muy relacionado con el anterior, hace referencia a los límites concretos en los que el paciente autoriza la transmisión de información confidencial. Conviene tratar con él no sólo a quién se va a incluir en el círculo, sino también **qué tipo de información y con qué amplitud** se va a transmitir en cada caso. Es probable que el paciente no tenga problemas en que el antecedente de hepatitis B pueda ser conocido por el personal sanitario y puede negarse a que sea transcrito en su informe de alta; o puede aceptar que un antecedente de aborto sea conocido por el ginecólogo pero descartar que se comunique al traumatólogo. En cualquier caso el terapeuta tiene que ser cuidadoso al establecer qué necesidad hay de comunicar determinados contenidos personales, qué utilidad podría tener su conocimiento para otros profesionales sanitarios y estar en condiciones de justificarlo con el paciente para obtener su consentimiento.
- Finalmente, aprovecharé esta aproximación para hacer una propuesta que, probablemente, tiene que ser tenida en cuenta en ámbitos posteriores, y en la que coinciden la mayor parte de los autores consultados: aún cuando el paciente consienta en la transmisión de información confidencial, es importante ser muy cauteloso en la cantidad y calidad de información transmitida, siendo altamente recomendable que la austeridad sea el criterio prevalente, algo así como el establecer, en cada caso, **la mínima información necesaria**<sup>1,11</sup>.

### Tratamiento de menores

Las intervenciones terapéuticas con los menores tienen un marco legal diferenciado que se estableció en la Ley del Menor de 1996, y se han completado con la ley 41/2002 que comentábamos en la introducción. El menor en principio está situado en la franja de “incapacidad temporal” que requiere que las decisiones respecto a él sean tomadas por aquellos que ejercen la patria potestad (habitualmente los padres), aunque la reciente irrupción en la discusión de la doctrina jurídica de la “teoría del menor maduro” hace que

sea necesario valorar la competencia para la toma de decisiones en estos pacientes, sobre todo cuando se sitúan en edades superiores a los 12 años. En definitiva, la ley establece que el menor de más de 12 años debe ser escuchado, pero también que si está emancipado o tiene más de 16 años no cabe el consentimiento por representación y por tanto se le considera autónomo.

Pero en este trabajo voy a obviar estos temas, pese a su indudable interés, para centrarnos en los conflictos de confidencialidad en este ámbito<sup>14</sup>.

La intervención psiquiátrica tiene algunas peculiaridades en estas franjas de edad que conviene recordar:

Los menores **a menudo no realizan una demanda directa** de atención psiquiátrica sino que son traídos por adultos, o la intervención es mediada por ámbitos educativos o incluso por ámbitos judiciales, ante la existencia de trastornos de conducta. Esto hace que uno de los aspectos que haya que trabajar enérgicamente en los primeros momentos sea la “voluntariedad”, la colaboración del menor, que implica necesariamente un proceso de confianza.

La entrada en el “mundo psiquiátrico”, aunque se realice en dispositivos específicos, como establece la legislación, implica, como comenté anteriormente, un **riesgo de estigmatización**, que resulta aún más peligroso en este grupo de sujetos en fase de desarrollo, que pueden verse afectados irreversiblemente por una marginación precoz y una pérdida en la adquisición de recursos, motivada por la existencia de una etiqueta psiquiátrica, que ellos muchas veces no pueden manejar.

En este marco el conflicto puede venir dado porque el menor solicita que no sean comunicados a sus tutores/padres, determinados aspectos (generalmente relacionados con determinadas conductas, con consumo de sustancias o con su sexualidad) o porque los tutores/padres pretenden un acceso completo a los contenidos terapéuticos, argumentando bien la minoría de edad, bien que ellos sufragan los gastos o bien su responsabilidad en lo que pueda ocurrir y su deseo de colaboración<sup>11</sup>.

Existe un tercer núcleo de conflicto que tiene que ver con la posibilidad de que la terapia evidencie para el terapeuta el riesgo o la sospecha de abusos en el menor. Este tema será tratado posteriormente.

Así pues, si centramos el conflicto en la comunicación de contenidos en el tratamiento psiquiátrico del menor, quizá se pueden tener en cuenta algunas propuestas:

Conviene, en primer lugar, que precozmente en la intervención psiquiátrica, el psiquiatra o terapeuta centre al menor y sus tutores/responsables en el **marco legal** en que se desarrolla esta relación triangular, para que todos conozcan los límites a las demandas que puedan hacerse.

En segundo lugar es importante pactar desde el primer momento con el menor y con sus padres/tutores los **niveles de comunicación** que van a regular el tratamiento, los aspectos que se van a compartir y la existencia, en su caso, de ámbitos confidenciales no compartidos, sobretodo en relación al menor. Es probable que el menor pueda desvelar en el tratamiento aspectos personales que nunca hubiera comunicado a sus padres/tutores y que, de no ser absolutamente imprescindible su revelación para el tratamiento, deben reservarse. De igual modo, el menor debe saber que no puede utilizar la confidencialidad de la terapia para evitar las consecuencias de sus conductas, a modo de escudo protector, incumpliendo, por ejemplo, la toma de tratamiento, y comprometiendo al psiquiatra para que no lo revele. A éste tocará valorar la relación terapéutica y la capacidad de la misma para revertir el problema y, de no ser así, las medidas a tomar para que la abstención no sea equiparable a un abandono terapéutico.

Finalmente, y teniendo en cuenta que en muchos casos las intervenciones con menores son transitorias, hay que evitar la proliferación de informes escritos y su difusión, previniendo así futuras complicaciones derivadas del conocimiento de este tratamiento por un número excesivo de personas, lo que en definitiva siempre hace más difícil el mantenimiento de la confidencialidad. El conocimiento de un tratamiento psiquiátrico previo puede cerrar puertas importantes en la vida posterior del sujeto y este riesgo no debe desdeñarse<sup>9</sup>.

### **Tratamientos psiquiátricos no individuales**

Los tratamientos de pareja o terapia sexual, las terapias de familia y las terapias grupales, son ámbitos que comparten el hecho de que lo que en otras terapias se define individualmente —el paciente— aquí está integrado por varias personas (al menos dos), lo que implica que la confidencialidad se pueda vulnerar a niveles más complejos. Además, no es infrecuente que en algunos casos las terapias no individuales se realicen simultáneamente con intervenciones individuales, en las que se manejan contenidos complementarios<sup>15</sup>.

Una vez más el hecho de que este trabajo se haya planteado como un primer acercamiento global hace que tengamos que soslayar muchos matices; nos centraremos en los problemas más frecuentes o más complejos de resolver.

#### ***Terapia de pareja***

La terapia de pareja puede convertirse en un arma arrojadiza, especialmente cuando no ha resultado efectiva y cuando uno o ambos de los cónyuges inician una situación de litigio, en la que puede además darse la complicación de una situación de custodia por la presencia de hijos. En este contexto uno o ambos cónyuges pueden demandar informes para tratar de poner el peso de la patología psiquiátrica en el otro y conseguir así un beneficio en los resultados de los litigios. Por otra parte, también pueden tratar de implicar al terapeuta en la decisión en mejor beneficio de los menores.

#### ***Terapia Familiar***

Una de las principales dificultades que puede plantearse en la terapia familiar tiene que ver con el manejo de los llamados “secretos familiares”. Se refieren a determinados datos que pueden llegar al terapeuta mediante comunicaciones individuales paralelas, pero sin autorización para ser empleados en la terapia grupal o con el riesgo de provocar desequilibrios si se tratan a nivel familiar en la terapia. Para algunos autores, como ACKERMANN<sup>16</sup> la existencia de estos secretos puede poner incluso en riesgo la propia terapia. Para la mayoría, sin embargo, la existencia de estos secretos garantiza la homeostasis y su manejo debe ser cuidadoso<sup>17</sup>.

#### ***Terapia Grupal***

La terapia grupal supone la revelación a otros sujetos, que acuden igualmente en demanda de ayuda, de datos e informaciones de alto contenido personal. Esto supone poner en conocimiento de todos el hecho de que participan de lo que se conoce como secreto compartido. Cómo introducir esta filosofía en el ámbito grupal, sin correr riesgos para los

contenidos y sin restringir la libertad de expresión por inmadurez grupal, constituye sin duda uno de los problemas básicos de la confidencialidad en este ámbito<sup>18</sup>.

### ***Propuestas de abordaje***

Una vez más las propuestas de abordaje de estas dificultades suponen adelantarse a los problemas y tratar de darles un tratamiento racional. Algunas de las siguientes pautas pueden ser de utilidad:

Pactar los niveles de comunicación, el marco de confidencialidad y el manejo de los secretos individuales en una fase precoz del tratamiento.

Negar todo tipo de información escrita no acordada dentro del contexto de la terapia.

En las terapias grupales maximizar el uso de un nombre propio sin apellidos, desanimar los contactos fuera de la terapia (para limitar las interfases confidenciales) y establecer con el grupo las medidas a tomar si se rompe el marco de confidencialidad, pactando la expulsión del grupo, la interrupción del tratamiento, etc.

### **La información del/al paciente y de/a terceros**

Aunque de forma parcial algunos de los aspectos de este capítulo ya han sido tratados con anterioridad, parece importante comentar las situaciones problemáticas específicas que tienen que ver con la comunicación con el paciente y con terceros.

Una vez más recordemos que el deber de sigilo, de secreto, afecta en el médico, en el psiquiatra en nuestro caso, no sólo a aquella información a la que se accede porque el paciente o su familia la pone en nuestras manos sino también a todo aquello que en el ejercicio profesional se observa, se interpreta o se valora. La psiquiatría es una de las especialidades en las que los aspectos no verbales de la información tienen una relevancia notable y donde los aspectos de valoración e interpretación conviven con los “hechos”, a veces al mismo nivel de valor. El deber de secreto afecta al propio hecho de que el paciente esté en tratamiento psiquiátrico y por supuesto a una eventual hospitalización si ésta tuviera lugar.

Cuando **el paciente es competente** sólo hay dos niveles posibles de conflicto en relación a la confidencialidad: **obtener el consentimiento** necesario cuando se requiere la intervención de terceros en el proceso, y establecer, ante **la demanda del paciente de información** sobre su propio proceso, los límites de lo que debe comunicársele (límites amplios en todo caso, guiados por criterios de prudencia y certeza clínica, y que no deben estar excesivamente cargados del llamado “privilegio terapéutico” al que los médicos somos relativamente aficionados). Cualquier profesional, cualquier especialista en psiquiatría adecuadamente formado, conoce bien que el manejo de información en dirección al paciente debe tener en cuenta, al menos, la situación clínica del paciente, el estado de la relación terapéutica, las motivaciones del paciente en la demanda, el grado de certeza que hemos alcanzado en relación al proceso diagnóstico y el uso de un lenguaje y una terminología que eviten falsas comprensiones o que impidan al paciente conocer lo que demanda, cuando sea posible aclarárselo

Las grandes dificultades se dan en otros contextos:

**El paciente no es competente**, esto es, su situación mental es tal que no le permite comprender adecuadamente el proceso, las alternativas posibles, las consecuencias

previsibles y elegir, entre las diferentes posibilidades, aquella más acorde con su escala de valores y su proyecto vital personalizado. Esto implica el protagonismo de un tercero (o terceros) que debe ser considerado titular del llamado “consentimiento por representación” (conocido también como “decisiones de sustitución”)<sup>19</sup>, es decir, que va a decidir en bien del paciente y por él, respetando y tratando de decidir como el paciente lo hubiera hecho de ser competente. Esta persona, puesto que va a decidir por el paciente, requiere ciertos niveles de información, y por tanto su inclusión en el que antes denominábamos “círculo de confidencialidad”. Señalar que, aunque la incompetencia priva al paciente de ejercitar un consentimiento válido, esto no exime al psiquiatra de informarle de la información confidencial transmitida al que va a actuar como agente de sustitución. De hecho, además de un deber, es útil oír el parecer del paciente y razonar con él los detalles para, posteriormente, trabajar conjuntamente con él los daños causados por la ruptura de confidencialidad. Finalmente, aunque sea obvio, es necesaria la valoración continuada de la competencia que permita al paciente recobrar el protagonismo de su proceso en cuanto la evolución de su enfermedad lo permita. Este último aspecto es aún más importante si consideramos que en psiquiatría la competencia puede ser un estado fluctuante<sup>20</sup>.

La información que el psiquiatra o el terapeuta en la práctica psiquiátrica recibe no siempre procede del paciente<sup>11</sup>. A menudo, la familia u otros aportan información sobre el paciente o sobre aspectos que le afectan (a menudo del pasado) y, en ocasiones, demandan discreción sobre la información generada, o comunican datos de antecedentes psiquiátricos que pertenecen a su propia esfera de privacidad y que constituyen, en sí mismos, datos confidenciales, pero no del paciente sino de los terceros. Por tanto, puede ser necesario que en el proceso terapéutico se tengan que establecer distintos niveles de confidencialidad, siendo todos ellos respetados.

Sin embargo en relación a familiares/allegados pueden darse dos fenómenos no tan claros de manejo:

- por un lado están las llamadas “comunicaciones en paralelo”, nos referimos a esas llamadas, habitualmente de algún familiar, que, en persona o telefónicamente, nos comunica hechos relativos al propio paciente, generalmente de hechos recientes, y nos conmina a actuar pero sin poder manejar la información ni la fuente. Se trata, por ejemplo, del típico “este fin de semana en casa ha vomitado pero no digan que lo he comentado”, propio del tratamiento de una paciente con anorexia. Este tipo de comunicaciones representan un grave riesgo para la relación terapéutica y deben ser sistemáticamente evitadas, bien comentando precozmente en el contacto familiar que nada que no pueda ser transmitido al paciente debe ser dicho, o bien animando a la familia a que comente abiertamente delante del paciente sus preocupaciones, evitando situar al psiquiatra en una posición pinzada que puede ser vivida como “traición” por el paciente.
- por otro lado pueden producirse “demandas de información”, muchas veces desde varias fuentes diferentes, y no raramente por vía telefónica (del tipo: “¿Qué tal está fulano? es que estamos muy preocupados por él”, o del tipo: “nos hemos enterado de que está ingresado y llamamos para saber qué le pasa”). Es evidente que en casos de pacientes competentes se debe negar todo acceso, incluso al propio hecho de la hospitalización, y en el caso de pacientes incompetentes debe establecerse cuanto antes el referente de sustitución, a quien se facilitará la información necesaria, para evitar faltar a la confidencialidad debida al paciente, negándose la información a cualquier otra persona.

Otro tema de indudable interés en la información a terceros está constituido por la emisión de **informes**<sup>6</sup>. La Ley General de Sanidad consagra el derecho del paciente a recibir información continuada oral y escrita sobre su proceso terapéutico. Por otra parte un paciente psiquiátrico a menudo pasa por unidades de hospitalización, por diversos dispositivos intermedios, por consultas de todo tipo, y no es infrecuente que una de las exigencias para valorar “el caso” sea un informe previo, y que al final del proceso se produzca un nuevo informe escrito. Todo ello sin contar con que bajas, minusvalías, ayudas sociales y consultas con otras especialidades, también generan una notable cantidad de “literatura” sobre los pacientes.

Pocas veces tenemos la oportunidad de ponernos a reflexionar sobre este hecho, de la misma manera que pocas veces nos planteamos cómo circulan estos informes (a menudo por fax u otro medio abierto), con lo que ello supone de riesgo de libre circulación de información muy personal e íntima. Parece que, junto al preceptivo consentimiento del paciente, nuevamente se impone la necesidad de un criterio de mínima información necesaria y de justificar en todo momento la necesidad de transmitir determinadas informaciones.

Y por último en este ámbito de información a terceros la emergencia de problemáticas específicas ligada a la irrupción en el tratamiento de los que podríamos denominar “terceros pagadores”. Se hace referencia así a dos realidades en íntima relación con los terapeutas: las compañías de seguros y las empresas, que, a través de sus servicios médicos, en algunos momentos pueden hacer una demanda clara de información relativa al paciente y a su proceso terapéutico. Los terceros pagadores argumentan la necesidad de información para evitar el fraude o para controlar la calidad de los servicios que subcontratan. En ambos casos la jurisprudencia más reciente apoya la negativa a facilitar datos personales sin el consentimiento del paciente. Él tendrá que asumir las consecuencias de lo que eso suponga, desde la perspectiva de las condiciones de su contrato con aseguradoras y empresas.

Como recapitulación última en este ámbito de terceros que hemos tratado conviene tener en cuenta tres reflexiones cuando nos encontremos antes situaciones de difícil discernimiento en relación a la confidencialidad:

- Aquello que debe ser guardado, lo que denominamos **objeto de confidencialidad**, es definido por el sujeto activo de la confidencia<sup>7</sup>. El paciente, en nuestro caso, puede considerar de la máxima relevancia la custodia de datos que al psiquiatra se le antojen irrelevantes y, sin embargo, mostrarse mucho más laxo con informaciones que nos parecen “sensibles”. Ese es, en cualquier caso, su privilegio.
- Hay que recordar de nuevo la importancia de pactar con el paciente competente, no sólo el propio hecho de informar a terceros, sino también a quién y qué se va a comunicar.
- En el paciente incompetente, la necesaria intervención de un tercero, como titular de decisiones de sustitución (consentimiento por representación), no obvia la necesidad de informarle y de garantizar sus derechos, por la vía de evaluar continuamente su situación de incompetencia, minimizando la brecha en la ruptura de la confidencialidad al transmitir la mínima información necesaria para la continuidad del proceso terapéutico hasta que el paciente pueda nuevamente participar mediante su consentimiento directo.

## **El soporte de la confidencialidad: la historia clínica**

### ***Concepto de historia clínica***

La historia clínica se define como el soporte documental donde quedan reflejados los datos e intervenciones de los diversos profesionales que intervienen en un proceso de tratamiento, derivados del establecimiento simultánea o sucesivamente de una relación médico-paciente o, en el caso de la psiquiatría, y en la evidencia de la intervención de distintos profesionales, de una relación terapeuta-paciente.

La redacción de la historia clínica supone un derecho y un deber del médico según la Ley General de Sanidad y por tanto es la constatación de la citada relación. Los aspectos legales relativos a su definición, contenido, uso, archivo y conservación se detallan en la ley 41/2002.

En la historia clínica podemos encontrar diferentes tipos de datos que la constituyen conjuntamente:

- Datos relativos a organización/gestión
- Datos de identificación
- Información generada por el paciente
- Información generada por terceros
- Juicio diagnóstico y pronóstico
- Pautas terapéuticas
- Anotaciones subjetivas del médico (en nuestro caso, del psiquiatra)

### ***Propiedad y Acceso a la historia clínica***

La propiedad de la historia clínica es un tema que plantea problemas legales que afectan no sólo a la intimidad y, también en este caso, a la confidencialidad, sino que implica decisiones también sobre el acceso a la historia clínica.

La situación real ha evolucionado desde la práctica ignorancia del paciente sobre los registros que le concernían al hecho de que en la actualidad en muchas ocasiones él mismo transporta parte de su historia en diferentes soportes, facilitando la labor de los profesionales distantes que colaboran en un proceso<sup>6</sup>.

En el momento actual, y dentro del sistema público, el consenso parece casi completo en cuanto a considerar el derecho del paciente como de mera disposición y no como de propiedad, que queda adjudicada a la institución<sup>21</sup>. El caso es el mismo cuando el médico trabaja por cuenta ajena en una institución privada. En relación al médico, se le reconoce un cierto nivel de propiedad intelectual en relación a las elaboraciones, que corresponderían a las anotaciones subjetivas antes comentadas, de forma que se reconoce legalmente que puede limitar su puesta a disposición del paciente<sup>6,11</sup>. Como es fácil adivinar en psiquiatría ese tipo de anotaciones pueden ser todavía más problemáticas, de ahí que se deba ser prudente a la hora de poner dicha información a disposición del propio paciente o de terceros.

La situación es todavía más compleja en el momento actual con la irrupción de la informática. No abordaré específicamente este aspecto, que ha sido tratado por otros especialistas y que queda, en muchos aspectos, regulado por la mencionada anteriormente ley 15/1999. Recordemos, no obstante, que tanto los profesionales en ejercicio privado como las instituciones tienen encomendado un deber de custodia, que debe garantizar que el acceso y manejo de datos de historia clínica se realice exclusivamente con fines terapéuticos. La informatización de los datos de salud (datos personales) tiene que cumplir

una serie de requisitos de encriptación y limitación de acceso que están determinados normativamente.

Una pregunta que debemos contestarnos es si es lícito informatizar datos clínicos e introducirlos en una red de acceso amplio sin el consentimiento del paciente. La mencionada ley establece el consentimiento como requisito, pero no clarifica cómo esto se va a llevar a cabo específicamente en los sistemas de salud.

En psiquiatría este tema es de tal delicadeza que, en mi opinión, debe crear un profundo debate antes de su puesta en funcionamiento, salvo que el sistema tenga accesos con alto nivel de restricción.

Finalmente un breve comentario sobre los “registros paralelos”. Hago referencia a los partes, libros de guardias, solicitudes de consulta, o cuadernos o carpetas varios, en los que diversos colectivos acostumbran a consignar, a veces con todos los datos de identificación del paciente, diversos tipos de incidencias o informes, con la finalidad de facilitar el trabajo diario de estos colectivos, pero vulnerando todo principio de confidencialidad, al no existir ningún tipo de custodia real. A estas alturas no resulta difícil entender la improcedencia de este tipo de prácticas y el riesgo que suponen para la intimidad de los pacientes.

### ***Algunas propuestas***

No cabe duda que la fiereza con la que los profesionales a menudo defienden y obstaculizan el acceso a la clínica del paciente (que contrasta a menudo con la escasez de controles de acceso dentro de las instituciones para el resto del personal o con los registros especiales que comentábamos antes), tiene mucho que ver con las informaciones en ellas reflejadas y con el temor de que lo que allí se escribe sea utilizado en nuestra contra. En psiquiatría quizá algunos aspectos nos ayudarían a facilitar su manejo y a evitar posturas excesivamente defensivas:

- Los registros deben ser razonados y estar actualizados, de forma que cualquier profesional pueda seguir las líneas maestras del proceso diagnóstico y terapéutico a través de la historia.
- Es importante que en la historia quede constancia de la diferencia entre información objetiva (de hechos observados, contrastados, etc.) y de las valoraciones subjetivas del psiquiatra (impresiones, interpretaciones, etc.).
- A menudo la psiquiatría utiliza terminología que puede resultar peyorativa para un profano (por ejemplo: deseo incestuoso, homosexualidad latente, etc.). Resulta conveniente en las partes accesibles de la historia y en los informes sustituirlas por eufemismos. más tolerables para un profano en el lenguaje psiquiátrico o, en su defecto, procurar una adecuada comprensión del término por parte del paciente.
- En los datos que figuran en la historia conviene aclarar la fuente y la fiabilidad que el psiquiatra da a la misma.
- Finalmente algunos autores<sup>11</sup> proponen resolver el problema del acceso a la historia clínica psiquiátrica con un sistema que podríamos calificar como de “doble contabilidad” y que se resume en llevar separadamente (en hojas diferentes aunque se ubiquen en la misma historia) lo que se conoce como “notas de progreso” (datos de evolución objetiva, pruebas, tratamiento, etc.), que sería similar a lo que se transcribe en otras especialidades médicas, y “notas de proceso”, donde el psiquiatra haría constar valoraciones, interpretaciones, impresiones sobre la evolución de aspectos

intrapsíquicos, información altamente sensible, etc., cuyo acceso sería restringido a los terapeutas directos.

En definitiva la historia clínica debe ser considerada un instrumento vertebrador de la actividad asistencial con un paciente, una obra en la que participan muchos, y en la que conviene probablemente no introducir información íntima que no sea relevante para la comprensión del caso que tratamos y para el tratamiento del paciente, aunque hayamos tenido conocimiento de ello durante la relación terapéutica.

## **La relación con el ámbito judicial: peritajes y testimonios**

### ***Conflictos Habituales***

La relación entre los profesionales de la medicina y la judicatura no ha sido habitualmente fácil, pese a la necesidad frecuente de mutua colaboración<sup>8</sup>. Esta colaboración ha sido impuesta mucho más estrechamente en la psiquiatría, puesto que el juez es el agente que finalmente autoriza o decide en situaciones problemáticas, fundamentalmente cuando se trata de un menor o de un presunto incapaz. En psiquiatría y en los aspectos relativos a la confidencialidad, los problemas han venido de dos situaciones concretas:

- En primer lugar, la solicitud por parte de los jueces de informes e incluso en ocasiones de la totalidad de la historia clínica, bien porque el paciente se encuentra en seguimiento por ingreso involuntario, bien porque se encuentra inmerso en algún tipo de proceso (lo cual no es infrecuente), o porque existe una demanda contra el propio médico (lo cual es absolutamente excepcional en el caso de los psiquiatras).
- En segundo lugar, la solicitud de que el médico actúe como testigo o como perito en procedimientos judiciales<sup>22</sup>.

Así pues el problema, globalmente considerado, tiene que ver con el desconocimiento del profesional sobre los límites de la demanda judicial, la amplitud de los contenidos y el peso que supone el “imperativo legal” que parece ser una llave que abre cualquier resquicio confidencial.

Afortunadamente en la mayor parte de los casos la situación es bien distinta:

En el caso de los procedimientos de ingreso involuntario, que motivan frecuentemente solicitudes de informes, la propia resolución marca los plazos en los que el psiquiatra debe “informar al juez sobre la necesidad de proseguir el internamiento”. Tanto en el informe de solicitud de autorización de internamiento involuntario, y aún más en los informes de seguimiento, el juez sólo requiere la certeza de que el paciente precisa continuar ingresado, y está dispuesto, salvo circunstancias excepcionales, a asumir el criterio médico casi acríticamente, como sabemos bien por los casos límites que todos hemos tenido la oportunidad de tratar.

En los casos en los que el juez solicita la historia completa, generalmente, puede negarse, salvo que nos encontremos en el marco penal, en cuyo caso, al tratarse de un bien colectivo el que se encuentra en riesgo, el profesional está obligado a colaborar con la justicia, con el riesgo de ser acusado de denegación de auxilio a la justicia si no lo hace<sup>4,6</sup>. Tanto en este caso como en los casos en que actúa como perito la pregunta fundamental es ¿cuánto revelar?

Veamos si podemos arrojar algo de luz sobre estos problemas.

### ***Algunas orientaciones***

Una cuestión que parece fundamental en nuestra práctica es la necesidad de diferenciar claramente nuestra función como testigos y nuestra función como peritos. Testificamos en aquellos casos que implican a sujetos que han mantenido con nosotros una relación terapéutica; somos nombrados peritos para tratar de establecer si existe algún tipo de patología psiquiátrica en un sujeto, y si es posible establecer algún nexo entre la patología que padece y el hecho que se dirime judicialmente (que puede variar de un asesinato a un testamento).

Los problemas y las características varían mucho de uno a otro. En el caso del perito la obligación de información afecta a los temas relativos a la prueba pericial y no a la información que se haya obtenido referente a otras cuestiones, donde le obliga el secreto. Por otra parte, es preceptivo que el perito informe del carácter no terapéutico, sino evaluativo, del contacto, al sujeto que va a peritar, lo que permite que sujeto sustraiga al peritaje la información que considere oportuno. En el caso del testigo, dado que la información fue obtenida en condiciones de presunta confidencialidad, no estará de más que solicite al juez que le libere expresamente de su obligación de secreto, y que testifique exclusivamente en relación al hecho penal y con una austeridad manifiesta, para vulnerar mínimamente los derechos del paciente.

Esta misma austeridad debe presidir la remisión de informes y la respuesta a la solicitud de historia clínica. Conviene que el psiquiatra solicite por escrito, y en base al secreto que ampara su actividad profesional, que el juez clarifique los aspectos que desea conocer de la historia y aclare las razones de la demanda de información. Ello garantiza que la información remitida al juez sea útil para aquello para lo que se demandó y no se viertan contenidos confidenciales innecesariamente. Insistimos en la necesidad de mantener informado al paciente de estos aspectos y de consentirlos exclusivamente en el ámbito penal.

Una excepción se plantea a la situación anterior: en aquellos casos en los que la demanda de historia clínica se produzca por la existencia de un proceso de responsabilidad profesional contra el psiquiatra (que, como comentamos, es absolutamente excepcional) no procede la negativa a facilitarla. La historia clínica constituye, en estos casos, una prueba fehaciente de cómo el profesional ha realizado su trabajo y, por tanto, una importante prueba inculpatoria o exculpatoria que el juez debe conocer. Los argumentos de autoinculpación que se alegan para no entregarla no pueden ser defendidos deontológicamente si se supone una práctica ajustada a *lex artis*.

Pese a lo anteriormente comentado, el psiquiatra llamado a colaborar con la justicia puede seguir albergando dudas. WIGHMORE<sup>11</sup> establece los siguientes argumentos, que pueden utilizarse para la toma de decisión y que él presenta como “Argumentos a favor de la preservación del secreto”:

- La comunicación que se protege se obtuvo en la expectativa de confidencialidad segura.
- La confidencialidad es un requisito imprescindible en el contexto en que se produjo.
- La relación (terapéutica) tiene tal valor que en general la sociedad busca preservarla.
- El daño que se va a causar por la revelación supera el beneficio del litigio.

Como vemos en las solicitudes judiciales es donde el conflicto sobre el secreto profesional se evidencia más marcadamente y dónde una equiparación con otros profesionales como abogados o clérigos probablemente resolvería la mayor parte de los casos problemáticos.

## **Situaciones que “comprometen” la confidencialidad**

A lo largo de este trabajo hemos podido ir tomando conciencia de la importancia de la confidencialidad y de la multitud de situaciones cotidianas que la amenazan. Probablemente es interesante en este punto que podamos repasar las circunstancias más frecuentes que en Psiquiatría ponen a riesgo el secreto profesional:

Situaciones de Urgencia: en la que un profesional que desconoce al paciente puede solicitar información para poder orientar un tratamiento necesario.

Paciente incompetente: que por su situación psíquica no se encuentra en condiciones de decidir adecuadamente y que precisa que un tercero otorgue el consentimiento por representación, para lo cual se requiere una cierta cantidad de información relevante.

Paciente que por su situación psíquica representa un riesgo para sí mismo o para terceros. Aunque esta situación no implica necesariamente la revelación de datos confidenciales, si otras medidas no dan resultado (abordaje en terapia de los riesgos o ingreso involuntario en el caso de un paciente psicótico, por ejemplo), puede el terapeuta encontrarse en la necesidad de romper la confidencialidad, mucho más frecuentemente en el primer caso que en el segundo, puesto que no resulta fácil determinar la peligrosidad hacia terceros y argumentarla inequívocamente.

Situaciones en las que menores se encuentran en riesgo de abuso: la sistemática sería similar a la descrita en el apartado anterior.

Procesos penales, que han sido comentados a propósito de las relaciones con el ámbito judicial.

En cualquier caso conviene seguir las siguientes recomendaciones generales:

Preservar la confidencialidad siempre que sea posible. Planteárselo, uno mismo, inicialmente, como una condición *sine qua non* y valorar si se puede seguir el proceso terapéutico.

Cuando en la relación terapéutica se detectan riesgos para la confidencialidad (actividades ilegales, juicios pendientes, inicio de descompensación psicótica, necesidad previsible de ingreso involuntario, etc.), comentarlo con el paciente.

Considerar siempre que el consentimiento para informar es requisito previo en pacientes competentes.

La información sobre la necesidad del profesional de revelar contenidos confidenciales es preceptiva aunque el sujeto sea incompetente.

Es importante tratar de acordar con el paciente no sólo la comunicación de contenidos confidenciales sino también la amplitud y naturaleza de los mismos.

En las comunicaciones a terceros utilizar sistemáticamente el criterio de “mínima información necesaria”, maximizando contenidos objetivos y obtenidos por el propio profesional, para garantizar la veracidad de la información.

En los registros internos de información (historia clínica) adecuarse a la *lex artis*, razonando decisiones y reflejando las eventualidades significativas, de manera que sea comprensible nuestra línea de indicación terapéutica.

Para terminar me gustaría presentar una frase que los deontólogos americanos suelen utilizar y que la autora de este trabajo suscribe. En el conflicto de intereses entre individuos y sociedad podemos afirmar que

*“una sociedad que anima y protege un lugar privado o santuario donde sea posible discutir y reflexionar sobre nuestros pensamientos más personales, evitando cualquier forma de intromisión, es probablemente una sociedad moralmente mejor donde vivir”.*

#### BIBLIOGRAFÍA

1. DYER, A.R.: *Ethics and Psychiatry: Toward Professional definition*. American Psychiatric Press. Inc. Washington, 1988.
2. BARCIA, D.: *Confidencialidad y Consentimiento Informado en Psiquiatría*. You & Us. Madrid, 1988.
3. COLODRÓN, A.: “En torno al marco legal de la Psiquiatría”, en *Psiquiatría 1992*. De Espino Granado, J.A. y cols. SANED (Eds.). Madrid, 1992.
4. SIEGLER, M.: “Confidentiality in Medicine- A decrepit concept”. *N. Eng. J. Med.*, 1982, 307, 1528.
5. MIRÓ, F.: “Legislación y secreto médico”. *Jano*, 1992, 1012, 67-70.
6. ROMEO, C.M. y CASTELLANO, M.: “La intimidad del paciente desde la perspectiva del secreto médico y el acceso a la historia clínica”. *Der. San.*, 1993, 1/1, 5-17.
7. MARTÍ, J.A., BUISÁN, L. y GISBERT, J.A.: “El secreto profesional en Medicina” en *Ética y Medicina De Vilardel*, F. y cols. Espasa, Madrid, 1988.
8. BEIGLER, J.: “Psychiatric confidentiality and the American legal system: an ethical conflict” en *Psychiatric Ethics*, Bloch, S. y Chodoff, P. (Eds.). Oxford University Press, Oxford, 1984.
9. BERNAL, V.: “Ética Psiquiátrica”, en *Tratado de Psiquiatría*. Freedman, A.M. y cols. Salvat. Barcelona, 1982.

10. ROSENBAUM, M.: *Ética y Valores en Psicoterapia*. Fondo de Cultura Económica. México, 1984.
11. APPELBAUM, P.S. y GUTHEIL, T.G.: *Clinical Handbook of Psychiatry and Law*. Williams y Wilkins. Baltimore, 1991.
12. American Psychiatric Association: *Guidelines on Confidentiality*. Washington DC, APA, 1987.
13. CARMAN, D. y BRITTEN, N.: "Confidentiality of medical records: the patient's perspective". *Br. J. Gen. Pract.* 1995, 45, 485-488.
14. GRAHAM, P.: "Ethics and child psychiatry", en *Psychiatric Ethics*, Bloch, S. y Chodoff, P. (Eds.). Oxford University Press, Oxford, 1984.
15. MULLAN, H. y ROSENBAUM, M.: *Group Therapy: Theory and practice*. Free Press (Ed.). New York, 1978.
16. ACKERMANN, N.: "The future of family psychotherapy". En *Expanding theory and practice in family therapy*. Ackermann, N.W. y cols. (Eds.). Family Service Association of America. New York, 1967.
17. FIELDSTEEL, N.D.: "Problemas éticos de la terapia familiar". En *Ética y Valores en Psicoterapia*. Rosenbaum, M. (Ed.). Fondo de Cultura Económica. México, 1984.
18. ROSENBAUM, M.: "Problemas éticos de la psicoterapia de grupo". En *Ética y Valores en Psicoterapia*. Rosenbaum, M. (Ed.). Fondo de Cultura Económica. México, 1984.
19. SIMON, P. y CONCEIRO, L.: "El consentimiento informado: teoría y práctica (I)". *Med. Clin.*, 100(17), 659-663, 1992.
20. BEAUCHAMP, L. y McCULLOUGH, L. *Ética Médica*. Edit. Labor, 1987.
21. GALLEGO, S., HINOJAL, R. y RODRIGUEZ J.A.: "Los derechos de los pacientes: problemática práctica". *Med. Clin. (Barc.)* 1993, 100, 538-541.
22. CARRASCO, J.J.: *Responsabilidad médica y Psiquiatría*. (2ª Ed.). Madrid, Colex, 1998.