

# VALORACIONES ÉTICAS EN PSICOTERAPIA: ESTUDIO CON PROFESIONALES DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA

## ETHICAL EVALUATIONS IN PSYCHOTHERAPY: STUDY WITH MENTAL HEALTH PROFESSIONALS IN SPAIN

**Joaquín Pastor Morales**

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7463-3615>

Unidad de Salud Mental Comunitaria Macarena Norte.  
Hospital Virgen Macarena, Servicio Andaluz de Salud. Sevilla. España

**Carmen del Río Sánchez**

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2104-2245>

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.  
Universidad de Sevilla. Sevilla. España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Pastor, J. y del Río, C. (2022). Valoraciones éticas en psicoterapia: Estudio con profesionales de salud mental en España. *Revista de Psicoterapia*, 33(121), 187-203. <https://doi.org/10.33898/rdp.v33i121.853>



## Resumen

*Estudios internacionales relacionan variables profesionales con la valoración ético-deontológica de algunas situaciones profesionales. El objetivo de este estudio es: 1) analizar las valoraciones éticas realizadas por profesionales de la salud mental del sistema sanitario público español en torno a algunas situaciones que pudieran darse en la práctica psicoterapéutica; 2) determinar situaciones controvertibles y/o de bajo consenso; y 3) estudiar la relación entre la categoría profesional y la orientación psicoterapéutica con la valoración ético-deontológica. La muestra estuvo compuesta por 308 participantes (209 mujeres y 99 hombres) todos ellos ejercitantes en servicios públicos de salud mental, cumplieron catorce ítems de la "Escala de ajuste ético y deontológico" (Pastor, 2017), así como un cuestionario de perfil sociodemográfico y profesional elaborado ad hoc. Se realizaron análisis descriptivos de los ítems y contrastes no paramétricos. La categoría profesional y la orientación psicoterapéutica influyeron en las valoraciones éticas que se realizaron respecto a las situaciones planteadas en la escala. Se encontraron dos ítems de bajo consenso interprofesional relacionados con el derecho a la autonomía del paciente y con la terapia familiar y de pareja. Se discute en torno a los aspectos éticos implicados en: 1) el debate "técnica" versus "relación"; 2) los sesgos profesionales; y 3) el mantenimiento de la relación terapéutica.*

*Palabras clave: psicología clínica, psiquiatría, psicoterapia, ética profesional, dilemas éticos*

## Abstract

*There are international studies that link professional variables to the ethical assessment of some professional situations. This study aims to: 1) analyze the ethical evaluations carried out by mental health professionals from within the Spanish public health system with respect to some situations that may arise in psychotherapeutic practice; 2) determine controversial and/or low consensus situations; and 3) study the relationship between the professional category and the psychotherapeutic orientation with the ethical-deontological evaluations. The sample was composed by 308 participants (209 women and 99 men), all of whom are practitioners in public mental health services, filled out fourteen items of the "Ethical and deontological adjustment scale" (Pastor, 2017), as well as a questionnaire on their socio-demographic and professional profile which had been prepared ad hoc. Descriptive analyses of the items were performed along with non-parametric contrasts. The professional category and the psychotherapeutic orientation had an influence on the ethical evaluations that were completed regarding the situations presented on the scale. Two items of low interprofessional consensus were found that were related to the right to patient autonomy and to family and couple therapy. The ethical aspects of the following matters are discussed: 1) the "technical" versus "relationship" debate; 2) professional biases; and 3) the maintenance of the therapeutic relationship.*

*Keywords: clinical psychology, psychiatry, psychotherapy, professional ethics, ethical dilemmas*

La intervención psicoterapéutica se sustenta ante todo en una relación en la que el vínculo, en el marco de los estudios sobre los factores comunes, ha sido considerado como el componente principal (Camacho, 2018; Gimeno y Mateu, 2020). Dicha relación profesional implicaría también los acuerdos sobre los objetivos del tratamiento y las tareas a llevar a cabo en el transcurso del mismo (Bordin, 1994; Cuijpers et al., 2018; Karver et al., 2006; Lambert, 2004; Norcross, 2011; Norcross y Newman, 1992). En los estudios de ética profesional y deontología, la relación terapéutica habría estado muy presente en el debate (Bascañán, 2016), desde donde se señalan aspectos tales como el manejo adecuado de la relación, el uso de terapias sin aval científico, los sesgos del terapeuta o el establecimiento de relaciones duales con pacientes, como algunos de los problemas deontológicos más relevantes que pudieran darse en el transcurso de la relación terapéutica (Pastor y Del Río, 2018). Todos estos aspectos se habrían relacionado con la categoría profesional del clínico o con la orientación psicoterapéutica desde la que interviene (Caro, 2020).

Con respecto al *uso de técnicas psicoterapéuticas*, la implementación pertinente de las mismas se justificaría en base a que procurarían *beneficios* a los usuarios (Caro, 2019). Estas técnicas tendrían que derivarse de modelos psicológicos o psicoterapéuticos paradigmáticos reconocibles, así como de una formulación psicológica del caso pertinente. Además, el uso adecuado de las mismas implicaría su consenso con los pacientes, ante quienes se tendría que justificar su utilización, informándoles de los objetivos que se pretenden alcanzar (Tjeltveit, 2006) y de otras alternativas terapéuticas existentes (Vyskocilova y Prasko, 2013). Realizar un *consentimiento informado* donde se especifiquen estos aspectos potenciaría la relación de confianza clínico-paciente y reduciría ansiedades al inicio de un tratamiento psicológico (Crawford et al., 2016).

Otros problemas ético-deontológicos relevantes en el transcurso de la relación terapéutica tendrían que ver con el *establecimiento de relaciones duales con los usuarios*. Estas relaciones tendrían que ser manejadas convenientemente para mantener la relación psicoterapéutica (De Sousa, 2012), de modo que junto al interés profesional tendría que coexistir el desinterés personal que garantizara el mantenimiento del primero (Sonne, 2007). La prevalencia de relaciones duales en psicoterapia tiende a disminuir cuando se comparan estudios actuales con otros realizados en las décadas de los 70 y 80, considerándose a las relaciones duales de tipo sexual como las más inapropiadas (Deng et al., 2015).

En cuanto a los *sesgos del terapeuta*, producidos al transmitir valores propios sobre lo que considera adecuado o inadecuado, constituirían otros de los posibles problemas deontológicos. Junto a los sesgos personales, habría otros derivados de la formación de base o de la profesión que se ejerce, por ejemplo, podríamos mencionar ciertas diferencias encontradas entre la profesión médica y la psicológica en cuando a las actitudes hacia la homosexualidad, siendo las actitudes de los primeros más prejuiciosas (Arnold et al., 2004), frente al ejercicio de la psicología, que se relacionaría con actitudes más favorables (Schellenberg et al., 1999).

Finalmente, se tendrían que considerar los *problemas relacionados con la terminación de la terapia*, explicando al usuario las razones por las que podría darse por concluida la misma (mejoría de la clínica o problemas objeto de la intervención psicoterapéutica, bajas expectativas respecto a que el paciente siga mejorando y, finalmente, el deterioro de la relación terapéutica (Del Río, 2005; Pastor y Del Río, 2018).

El objetivo del presente estudio fue conocer la valoración ético-deontológica realizada por psicólogos clínicos, psiquiatras y residentes de estas dos especialidades ejercitantes en el sistema sanitario público español en torno a situaciones que pueden suceder en la práctica psicoterapéutica. Se pretendió, asimismo, determinar si había diferencias en esas valoraciones en función de la *categoría profesional* y del *paradigma* desde el que intervenían los distintos profesionales.

## Método

### Participantes

El estudio se realizó con 308 profesionales (facultativos y residentes; 209 mujeres y 99 hombres) con una edad media de 39.4 años (rango 24 - 66), ejercitantes en el momento de la cumplimentación del cuestionario o en los últimos 5 años en diversas áreas hospitalarias del Sistema Nacional de Salud en España.

### Instrumentos

Para conocer la valoración ética de los profesionales se utilizaron 14 de los 61 ítems de la “Escala de Ajuste Ético y Deontológico” de Pastor (2017). Esta escala está conformada por 61 ítems tras la redacción inicial de 92 y la posterior depuración, según el procedimiento de Osterlind (1989), de un juicio de expertos a partir de la consideración inicial de cinco dimensiones de ajuste ético-deontológico: evaluación psicológica, psicoterapia e intervención, investigación, relaciones duales y confidencialidad y consentimiento informado. Cada uno de los ítems describe una situación que puede suceder en la práctica clínica, relacionadas con las cinco dimensiones antes referidas. En la escala original, respecto de cada una de las situaciones planteadas, se formulan dos preguntas: por un lado, si se considera ética la situación planteada (pregunta de valoración: “¿Consideras ética la situación planteada?”) y, por otro, si dicha situación les había ocurrido en su práctica profesional (pregunta de incidencia: “¿Te ha ocurrido en tu práctica profesional?”).

Para el propósito específico de este trabajo, se seleccionaron 14 ítems (tabla 1) de la escala, por ser los referidos a los dominios de “psicoterapia” y “establecimiento de relaciones duales” y se utilizó únicamente la pregunta de valoración, con objeto de conocer el juicio profesional ético-deontológico de los profesionales respecto de la situación planteada. Las valoraciones otorgadas a los 14 ítems constituyen las variables dependientes de nuestro estudio.

Tabla 1  
*Ítems del Cuestionario*

- 
1. Iniciar tratamiento psicoterapéutico con un paciente sin motivación alguna para iniciar dicho tratamiento y con demanda exclusivamente psicofarmacológica
  2. No consensuar con el paciente las técnicas a implementar ni los objetivos a alcanzar en el transcurso de una psicoterapia
  3. Mantener una relación sexual puntual con un paciente que sigue una terapia en curso
  4. Revelar al paciente fantasías sexuales propias
  5. **Manifiestar el desacuerdo y censurar a un paciente que nos manifiesta sus creencias religiosas**
  6. Aceptar un regalo de un paciente como muestra de gratitud
  7. Acceder a que un paciente, pintor de profesión, pinte nuestra vivienda
  8. **En el curso de una terapia familiar, acceder a entrevistarse con uno de los miembros de la familia sin que los otros sean conocedores de dicha entrevista**
  9. En el curso de una terapia de pareja, revelar a uno de los miembros de dicha pareja la infidelidad del cónyuge, sin que previamente se haya consensuado con ambos la política a llevar a cabo con los posibles "secretos individuales" revelados al terapeuta
  10. Tratar a un paciente de orientación homosexual con técnicas psicoterapéuticas destinadas a reorientar su sexualidad
  11. Interrumpir la terapia para ser amigo de un paciente
  12. Contratar a un antiguo paciente para que realice las tareas domésticas de casa
  13. Aplicar técnicas psicoterapéuticas no contrastadas científicamente pero que, en base a la experiencia clínica, son consideradas eficaces a criterio del facultativo que las aplica
  14. Iniciar una relación de amistad con un paciente nada más concluir la terapia
- 

Los profesionales realizaron una valoración ética de estas catorce situaciones. Las posibles respuestas a cada uno de los ítems (siguiéndose la propuesta de Pope et al., 1987) fueron: 1) rotundamente no, 2) en raras circunstancias, 3) no sé, no estoy seguro, 4) en algunas circunstancias, o 5) rotundamente sí.

Se aplicó, asimismo, un cuestionario elaborado *ad hoc* que recogía distintas cuestiones relacionadas con el perfil sociodemográfico y profesional del participante. Para el propósito de nuestro trabajo, consideramos la categoría profesional y la orientación psicoterapéutica de los participantes (tabla 2).

Tabla 2  
*Características Profesionales de los Participantes*

<b>Característica</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Categoría profesional		
Psicólogo Clínico	130	42,2
Psiquiatra	80	26
PIR	68	22,1
MIR	30	9,7
Orientación psicoterapéutica		
Ecléctico-Integrador	119	39,14
Cognitivo-Conductual	59	19,40
Psicodinámica	35	11,51
Biologicista	33	10,86
Sistémica	32	10,53
Humanista-Experiencial	13	4,28
Otras	13	4,28

*Nota.* Cuatro participantes de la muestra no refirieron su orientación psicoterapéutica.

## Procedimiento

La muestra se conformó en base a un muestreo no probabilístico. Para reclutarla se envió a los jefes de servicio y a algunos de los profesionales de las diecisiete comunidades autónomas españolas, vía e-mail, el enlace con la escala y el cuestionario. Se obtuvo el consentimiento informado previo a la realización de la escala y del cuestionario por cada participante. Además, tanto el proyecto de investigación como el protocolo de recogida de datos contaron con el dictamen favorable del comité de ética de la investigación biomédica de Andalucía.

## Análisis de Datos

En primer lugar, se llevó a cabo un análisis descriptivo univariado de las principales variables relacionadas con el perfil profesional del participante. Dada la medida ordinal de los ítems que integraban el mismo, se utilizó a la mediana como estadístico de tendencia central y a la amplitud semi-intercuartílica como medida de variabilidad. Los ítems se clasificaron en función del estadístico de variabilidad o la frecuencia obtenida en la opción 3 de respuesta:

1. En función del estadístico de variabilidad, obtuvimos: 1) *Ítems de imprecisión interprofesional*: respuestas de bajo consenso entre los profesionales. Se seleccionaron los ítems que ofrecieron una mayor ASI (una mayor dispersión en las respuestas ofrecidas) y 2) *Ítems de regularidad interprofesional*: respuestas de alto consenso entre los profesionales. Se consideraron los ítems con una menor ASI (una mayor unanimidad entre los profesionales).

2. Considerando la opción tres de respuesta (“no sé, no estoy seguro”), obtuvimos un tercer grupo de ítems que denominamos *ítems controvertibles*, definidos como aquéllos cuya respuesta a la opción 3 (“no sé/no estoy seguro”) superó el

20% de la muestra total. Este grupo fue denominado en el estudio de Pope et al. (1987) como “*difficult judgments*”.

Una vez realizado el análisis descriptivo, se procedió a la realización de contrastes bivariados con la prueba de Chi Cuadrado para esclarecer si las variables profesionales consideradas (categoría profesional y orientación psicoterapéutica) se relacionaban entre sí. También se consideraron las relaciones entre la edad y el sexo y dichas variables.

Finalmente, se procedió a determinar la influencia de las variables anteriores sobre cada uno de los catorce ítems de la escala utilizada. Dado que se trataba de variables politómicas se procedió al análisis de Kruskal Wallis y, posteriormente y como prueba *post hoc*, se realizó la prueba U de Mann Whitney con corrección de Bonferroni, utilizando como valor de significación .05. Se analizaron los tamaños de los efectos de Rosenthal (*r*) como extensión del estadístico *d* de Cohen.

## Resultados

### Análisis Preliminar

Con respecto a las variables sociodemográficas, la categoría profesional de los participantes contaba con grupos heterogéneos en cuanto a la variable “sexo” [ $\chi^2_{(3, 308)} = 8.404, p = .038$ ], estando conformada la categoría profesional “PIR” por más mujeres de las esperadas y la categoría profesional “Psiquiatra” por más hombres de los esperados, según la distribución muestral obtenida. Por otro lado, como era esperable, la variable “edad” mostraba una distribución heterogénea en la variable “categoría profesional” [ $\chi^2_{(9, 307)} = 142.621, p = .000$ ]. Los residentes PIR y MIR, eran más jóvenes que Psicólogos Clínicos y Psiquiatras.

Respecto de las variables relacionadas con el perfil profesional, la variable “categoría profesional” mostró una distribución heterogénea en cuanto a la “orientación psicoterapéutica” [ $\chi^2_{(18, 305)} = 18.305, p = .000$ ], asociándose la orientación ‘*biologicista*’ a las categorías profesionales de ‘Psiquiatra’ y, sobre todo, a la de ‘Médico Interno Residente -MIR- de psiquiatría’.

Algunas de las orientaciones psicoterapéuticas (‘*humanista*’ y ‘*otras*’) tuvieron una representación escasa (tabla 2); por otro lado, la orientación ‘*biologicista*’, además de no constituir una modalidad psicoterapéutica en sí, estuvo asociada a las categorías profesionales ‘psiquiatra’ y, sobre todo, ‘MIR’, de modo que se optó por excluir del análisis a las categorías ‘*humanista*’, ‘*otras*’ y ‘*biologicista*’ y considerar las orientaciones ‘*cognitivo-conductual*’, ‘*sistémica*’, ‘*psicodinámica*’ y ‘*ecléctico-integradora*’.

### Análisis de los Ítems y de su Relación con las Variables Profesionales

*Análisis de los ítems:* Ninguno de los ítems resultaron controvertibles (en ninguno la opción de respuesta ‘no sé, no estoy seguro/a’, superó el 20%), si bien los ítems 5 y 10, referidos a mostrar desacuerdo con las creencias religiosas y con

el tratamiento de personas para reorientar su sexualidad, fueron los que menos dudas generaron a los profesionales; los ítems 6 y 12, relativos al establecimiento de relaciones duales no sexuales, los que, sin llegar a ser controvertibles, más dudas generaron en los profesionales.

Los ítems de mayor imprecisión interprofesional, determinados con el estadístico *amplitud semi-intercuartílica* (ASI), fueron los ítems 1, 6, 8, 11, 12, 13 y 14 donde ASI = 1.

Las respuestas de los participantes fueron unánimes en los ítems relacionados con relaciones duales de tipo sexual (ítems 3 y 4) y en los ítems 5 y 10, todos ellos con ASI = 0 (tabla 3).

Tabla 3  
*Porcentajes Obtenidos en las Opciones de Respuesta de Cada Ítem*

	Rotundamente NO	En raras circunstancias	No sé, no estoy seguro/a	En algunas circunstancias	Rotundamente Sí
Ítem 1	16,6	30,2	8,1	40,3	4,9
Ítem 2	39,6	36	4,9	16,6	2,9
Ítem 3	93,18	2,92	1,62	0,97	1,29
Ítem 4	80,19	13,31	1,94	2,59	1,94
Ítem 5	88,3	8,1	1	1	1,6
Ítem 6	40,25	25,32	14,61	15,58	4,22
Ítem 7	65,26	17,2	5,52	8,44	3,57
Ítem 8	40	29,8	9,5	16,1	4,6
Ítem 9	92,8	3,9	1,6	0	1,6
Ítem 10	79,8	11,1	3,3	4,2	1,6
Ítem 11	61,89	12,38	9,77	6,51	9,44
Ítem 12	46,9	21,5	14,33	11,4	5,86
Ítem 13	9,8	14	4,6	46,3	25,4
Ítem 14	46,58	23,45	9,77	14	6,19

*Variables relacionadas con los ítems pertenecientes al dominio “psicoterapias”:*

- 1) *Categoría profesional:* Hallamos diferencias significativas en los ítems 2 [ $H(3, 308) = 8,309, p = 0,04$ ] y 8 [ $H(3, 305) = 14,746, p = 0,002$ ]. Tras el pertinente análisis *post hoc* (con la prueba *U* de Mann Whitney con análisis de significación con corrección de Bonferroni) no hallamos diferencias entre los grupos profesionales en el ítem 2; sí se apreciaron diferencias en el ítem 8, donde los residentes de psiquiatría ofrecieron respuestas más desajustadas a las normas deontológicas, con medidas del efecto (*r* de Rosenthal, 1991) moderadas (tabla 4).



Tabla 4  
Categoría Profesional y Psicoterapia

Ítem	Grupo A: Psicólogos Clínicos		Grupo B: Psiquiatras		Grupo C: PIR		Grupo D: MIR		H
	Mdn	ASI	Mdn	ASI	Mdn	ASI	Mdn	ASI	
2	2	1	2	1	1	0,5	2	0	8,309*
8	2 D*** (-0,276)	0,5	2 D*** (-0,324)	1	2 D** (-0,323)	1	3 A*** (-0,276) B*** (-0,324) C** (-0,323)	1	14,746**

Nota. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ . Las letras en cada celda se refieren a los grupos con valores significativamente diferentes en el análisis *post hoc* al que ocupa cada celda. Se añade, entre paréntesis, el tamaño del efecto  $r$ .

2) *Orientación psicoterapéutica*: Se hallaron diferencias significativas en el ítem 2 [ $H_{(3, 245)} = 10,562, p = 0,014$ ]. Tras el análisis *post hoc* con la prueba *U* de Mann Whitney (con corrección de Bonferroni), observamos que las mayores diferencias se daban entre el paradigma cognitivo conductual y las orientaciones psicodinámicas y ecléctica-integradora. Se hallaron también diferencias en el ítem 13 [ $H_{(3, 245)} = 31,769, p = 0,000$ ], relativo a implementar técnicas psicológicas no contrastadas científicamente pero sí eficaces a criterio del profesional que las aplica. Tras el análisis *post hoc* con la prueba *U* de Mann Whitney (con corrección de Bonferroni), constatamos que existe una importante diferencia en la valoración ético-deontológica entre quienes intervienen desde el paradigma *cognitivo conductual* y el resto de las orientaciones psicoterapéuticas analizadas. Así, los terapeutas cognitivo-conductuales utilizan técnicas de las denominadas sin aval científico en menor medida que profesionales de otras orientaciones, obteniéndose tamaños del efecto moderados al comparar la orientación *cognitivo conductual* con la *psicodinámica* y la *sistémica*. Pese a la diferencia señalada, también los terapeutas cognitivo-conductuales ofrecieron valoraciones ético-deontológicas favorables a implementar terapias sin aval científico (adviértase la puntuación 4 en la mediana obtenida) respecto de la utilización de técnicas no empíricamente validadas. Finalmente, se hallaron diferencias significativas en el ítem 5 [ $H_{(3, 245)} = 10,194, p = 0,017$ ] y 10 [ $H_{(3, 245)} = 8,232, p = 0,041$ ]. Tras el análisis *post hoc* con la prueba *U* de Mann Whitney (con corrección de Bonferroni), observamos que las mayores diferencias se daban entre las respuestas que ofrecieron los participantes cognitivo-conductuales y los sistémicos (tabla 5).

Tabla 5  
Categoría profesional y Orientación Psicoterapéutica

Ítem	Grupo A: Cognitivo Conductual		Grupo B: Sistémica		Grupo C: Psicodinámica		Grupo D: Ecléctico- Integradora		H
	Mdn	ASI	Mdn	ASI	Mdn	ASI	Mdn	ASI	
2	1 C* (-0,280)	0,5	2	1,5	2 A*(-0,280)	1,5	2 A*(-0,224)	1,5	10,562*
5	1 B* (-0,294)	0	1 A* (-0,294)	0,25	1	0	1	0	10,194*
10	1 B* (-0,291)	0	1 A* (-0,291)	0,5	1	0	1	0	8,232*
13	4 B*** (-0,424)	1	4,5 A*** (-0,424)	0,75	4 A*** (-0,494)	0,5	4 A*** (-0,270)	1	31,769***
					D* (-0,222)		C* (-0,222)		

Nota. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ . Las letras en cada celda se refieren a los grupos con valores significativamente diferentes en el análisis *post hoc* al que ocupa cada celda. Se añade, entre paréntesis, el tamaño del efecto  $r$ .

*Variables relacionadas con los ítems pertenecientes al dominio “relaciones duales”:*

1) *Categoría profesional*: Únicamente se hallaron diferencias significativas en el ítem 7 [ $H(3, 308) = 12,680, p = 0,005$ ]. Tras el pertinente análisis *post hoc* (con la prueba  $U$  de Mann Whitney con análisis de significación con corrección de Bonferroni) se determinó que los residentes de psiquiatría ofrecieron respuestas más desajustadas a las normas de los códigos éticos, con medidas del efecto ( $r$  de Rosenthal, 1991) moderadas (tabla 6).

Tabla 6  
Relaciones Duales y Categoría Profesional

Ítem	Grupo A: Psicólogos Clínicos		Grupo B: Psiquiatras		Grupo C: PIR		Grupo D: MIR		H
	Mdn	ASI	Mdn	ASI	Mdn	ASI	Mdn	ASI	
7	1 D** (-0,262)	1	1 D** (-0,292)	0,5	1 D*** (-0,291)	0,5	2 A** (-0,262) B** (-0,292) C*** (-0,291)	1	12,680**

Nota. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ . Las letras en cada celda se refieren a los grupos con valores significativamente diferentes en el análisis *post hoc* al que ocupa cada celda. Se añade, entre paréntesis, el tamaño del efecto  $r$ .

2) *Orientación psicoterapéutica*: Se hallaron diferencias significativas en el ítem 3 [ $H(3, 245) = 10,622, p = 0,014$ ]. El análisis *post hoc* con la prueba  $U$  de Mann Whitney (con corrección de Bonferroni), observamos que la única diferencia significativa fue en el ítem 3, donde los terapeutas *sistémicos*, frente a los *ecléctico-integradores*, ofrecieron respuestas más desajustadas a las normas éticas (tabla 7).

Tabla 7  
Relaciones Duales y Orientación Psicoterapéutica

Ítem	Grupo A: Cognitivo Conductual		Grupo B: Sistémica		Grupo C: Psicodinámica		Grupo D: Ecléctica- Integradora		H
	Mdn	ASI	Mdn	ASI	Mdn	ASI	Mdn	ASI	
3	1	0	1 D* (-0,238)	0	1	0	1 B* (-0,238)	0	10,622*

Nota. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ . Las letras en cada celda se refieren a los grupos con valores significativamente diferentes en el análisis *post hoc* al que ocupa cada celda. Se añade, entre paréntesis, el tamaño del efecto  $r$ .

## Discusión

En los últimos años, los aspectos relacionados con el proceso terapéutico y con la aplicación de intervenciones en su desarrollo han ido cobrando una mayor relevancia en los estudios empíricos, donde se ha puesto de manifiesto el debate existente entre los clínicos partidarios de implementar tratamientos empíricamente validados y otros más próximos a considerar los factores comunes como formas alternativas de valorar la eficacia en psicoterapia. Es decir, a tenor de los datos aportados por estos estudios, ni la práctica basada en la evidencia está representada en exclusiva por las técnicas empíricamente validadas ni procurar el beneficio en

psicoterapia debiera interpretarse como la aplicación rigurosa de tales procedimientos técnicos (Cuijpers et al., 2018; Marcus et al., 2014).

Con respecto al manejo de la relación terapéutica, independientemente del planteamiento epistemológico u orientación psicoterapéutica a la que se adscriba el profesional, las clásicas actitudes paternalistas en psicoterapia, de acuerdo con los criterios ético-legales actuales que priman el derecho de autonomía de los pacientes, no deberían mantenerse. Respetar las demandas de los pacientes y consensuar con ellos los objetivos del trabajo psicoterapéutico supondría, en línea de lo argumentado por Bordin (1994) y Cuijpers et al. (2018), un pilar nuclear de la relación profesional, además del respeto al principio de autonomía al que debemos adherimos (Pastor y Del Río, 2018). Sin embargo, muchos de los participantes de nuestra muestra, sobre todo los adscritos a posicionamientos *ecléctico-integradores* y *psicodinámicos* en contraposición con los terapeutas *cognitivo-conductuales*, seguían mostrando dificultades en el mantenimiento riguroso de este principio, aspecto que probablemente tenga relación con vestigios de esas clásicas actitudes paternalistas alejadas de las actuales obligaciones derivadas del principio de *autonomía*, inspirador a su vez del *consentimiento informado* con el que tendríamos que contar en psicoterapia. Hemos encontrado que el paradigma desde donde el profesional asienta su intervención influye en la relación terapéutica constituida, de modo que se podría mantener que en determinadas orientaciones, como en la *psicodinámica*, algunos terapeutas podrían ser menos proclives a adoptar actitudes en la necesaria sintonía con las preferencias del paciente, hecho que lejos de allanar la intervención psicoterapéutica, podría afectar, en línea de lo argumentado por Crawford et al. (2016), a la relación profesional. Frente a estas actitudes paternalistas que aún hallamos en la práctica de algunos psicoterapeutas, la literatura ha coincidido en señalar a la *confidencialidad* como el valor más asumido e interiorizado en psicoterapia (Carasevici, 2014). No obstante, los ítems empleados para valorar aspectos que tienen que ver con la confidencialidad han estado referidos a terapias con formato familiar o de pareja, circunstancia que añade matices a nuestras conclusiones ya que, lejos de coincidir con este autor, se ha identificado al ítem 8, relativo a acceder a entrevistarse con uno de los miembros de la familia sin que los otros sean conocedores de dicha entrevista, como una de las situaciones más imprecisas, si bien es cierto que eran los residentes de psiquiatría quienes emitían valoraciones ético-deontológicas respecto de este ítem más desajustadas, por lo que no sabemos si la imprecisión referida se debía a la mayor dispersión de los datos que la participación de este grupo profesional concedía.

Respecto al uso de terapias sin aval científico, los participantes de nuestro estudio consideraron apropiado implementar técnicas que no han sido contrastadas científicamente, con independencia de su orientación psicoterapéutica, aunque especialmente entre quienes intervienen desde paradigmas distintos al *cognitivo conductual*. Este resultado podría suponer un apoyo a las aproximaciones que enfatizan el valor de los procesos o de los modelos integracionistas en psicote-

rapia, hecho que podemos constatar al observar que no sólo la mayor parte de los clínicos que han participado en nuestro estudio refieran intervenir desde un modelo *ecléctico-integrador*, sino también que los psicólogos internos residentes también lo hagan, incluso en mayor medida que sus adjuntos. Pese a que la cifra de terapeutas *integradores* obtenida es considerablemente alta, otros estudios con psicólogos clínicos en España la elevan hasta el 67.1% (Prado-Abril et al., 2019a). ¿Podría suponer la intervención integradora un reto ético-deontológico añadido para los psicoterapeutas? A nuestro juicio, estos posicionamientos integradores no debieran confundirse con la falta de rigor o con el uso asilvestrado de las técnicas psicoterapéuticas. Probablemente, bajo la denominación de terapeuta *ecléctico-integrador* podrían hallarse clínicos con formaciones muy dispares entre sí y distintas formas de hacer psicoterapia con pocos o ningún punto de consenso metodológico, empírico o epistemológico. Esto no implicaría *per se* una *praxis* profesional inadecuada y reprochable desde una perspectiva deontológica, siempre que el *terapeuta integrador* hiciese un uso sistemático de las técnicas que aplica o bien fuese capaz de vehiculizar epistemológicamente sus intervenciones al amparo de modelos metateóricos como, por ejemplo, los *narrativos* o los *constructivistas*, desde donde posibilitar la integración con coherencia (Norcross y Newman, 1992), al tiempo que ejercitar la psicoterapia desde la práctica deliberada (Prado-Abril et al., 2019b), considerando a la alianza terapéutica como un elemento clave y nuclear desde donde entretejer la *praxis* psicoterapéutica (Flückiger et al., 2018).

En cuanto a los sesgos profesionales, hemos hallado que los participantes *sistémicos* de nuestra muestra tienen más dificultades para ajustarse los estándares éticos ante situaciones que implican la intervención con personas homosexuales utilizando técnicas para revertir su sexualidad (ítem 10), sesgo que podría guardar relación con algunos de los postulados en los que clásicamente estos profesionales se han podido formar y, por ende, con la formulación psicológica que pudieran realizar de la orientación homosexual, sin que ello implicase necesariamente actitudes prejuiciosas hacia este colectivo. No se han hallado, sin embargo, diferencias respecto de la profesión (médico o psicólogo), a diferencia de lo hallado por Arnold et al. (2004) y Schellenberg et al. (1999), para quienes ser médico se asociaría a actitudes más desfavorables y prejuiciosas hacia este colectivo. Respetar (del latín *respectus*) a las personas en psicoterapia haría referencia a la doble mirada a la que la etimología de esta palabra alude o, lo que es lo mismo, mirar al paciente dos veces para no impregnarnos de una primera impresión que no siempre está exenta de prejuicios y sesgos culturales, sobre todo en los casos de grupos humanos minoritarios. Respetar, por tanto, supondría el punto de partida para mostrar interés auténtico hacia grupos humanos que pudieran, en la línea de lo señalado por numerosos autores (Cabral y Smith, 2011; Griner y Smith, 2006; Horrell, 2008; Norcross, 2011; Smith, 2005), contar con retos evolutivos específicos no advertidos por tratamientos basados en la evidencia, por lo que tampoco se adaptarían las intervenciones a sus necesidades reales.

En lo concerniente a las *relaciones duales*, los participantes de nuestra muestra, en línea con las aportaciones de Deng et al. (2015), consideraron las *relaciones duales* de tipo sexual como las más inapropiadas. Pese a la unanimidad de los participantes respecto de considerar inadecuadas estas relaciones con pacientes, lo cierto es que los residentes de psiquiatría no se mostraron tan desfavorables a su mantenimiento como el resto de grupos profesionales, lo cual podría relacionarse con el hecho de que los residentes de psiquiatría, al menos al inicio de su formación, cuentan aún con escasa formación en psicoterapia, por lo que podrían no tener suficiente información sobre aspectos relacionados con la relación terapéutica y los límites que ésta comporta. Además, habría que tener en cuenta que algunos residentes de psiquiatría enmarcan sus intervenciones desde posicionamientos biomédicos, por lo que es posible que algunos de ellos desdeñen los aspectos antes referidos, ya que en actuaciones profesionales basadas en la prescripción farmacológica las variables relacionadas con la relación terapéutica probablemente no adquieran un peso tan relevante como en los procesos psicoterapéuticos. Con respecto a las *relaciones duales* no sexuales, los participantes no fueron tan taxativos (recuérdese que tres de los cinco ítems resultaron imprecisos e incluso uno de ellos, el relativo a “acceder a que un paciente pintor de profesión realice una actuación profesional en nuestra vivienda”, arrojó dudas ético-deontológicas de relevancia entre los participantes). Estos resultados nos refuerzan en el planteamiento de que, como señalaba De Sousa (2012), es necesario avanzar en la formación ético-deontológica reglada de los profesionales, no sólo en lo concerniente a los aspectos éticos afines a la relación profesional, sino en el manejo de la relación terapéutica en sí. Desde nuestra perspectiva, nunca una intervención con un paciente o usuario de psicoterapia debe emanar de necesidades no satisfechas del terapeuta. Compartimos con Sonne (2007) que, junto al interés profesional hacia el usuario debe coexistir el desinterés personal que aleje al profesional de la *mala praxis*, ya que no se puede sostener una psicoterapia sobre la base de una relación profesional confusa con límites poco definidos, confusión que se trasladaría al usuario, quien no sabría discernir qué roles corresponden al terapeuta y cuáles a él mismo, constituyéndose una relación que pudiera no promover la seguridad y la confianza necesarias que una psicoterapia necesita.

Las limitaciones de nuestro estudio guardan relación fundamentalmente con aspectos relacionados con la utilización de ítems que integraban una escala que, si bien contaba con validez de contenido, impidió que pudiera realizarse un análisis factorial, ya que la realización del mismo hubiera supuesto dejar fuera de dicha escala ítems que no saturaban ningún factor, siendo éstos habitualmente los más imprecisos o controvertibles, precisamente aquellos sobre los que se ha centrado nuestro interés y análisis. Como consecuencia, hemos recurrido a estadísticos (mediana y amplitud semi-intercuartílica) menos informativos que otros (media y desviación típica), a los que hubiésemos recurrido si la escala hubiese podido contar con el análisis factorial, además de que éste se habría centrado en factores

y no en ítems aislados. Además de lo anterior, contar con un mayor número de participantes procedentes de orientaciones ‘humanistas’ y otros pertenecientes a la categoría profesional de psiquiatras en formación (MIR) habría enriquecido mucho nuestros análisis.

Otra limitación guarda relación con los sesgos asociados a la variable sexo, en tanto la categoría profesional de los participantes contaba con grupos heterogéneos en cuanto a dicha variable.

Por otro lado, en investigaciones futuras, sería de interés ampliar los aspectos a estudiar, añadiendo, entre otros, ítems relacionados con otras terapias múltiples (de familia o grupos), con niños, con pacientes multiculturales, cuando hay requerimientos judiciales, etc.

**Nota de autor:** Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

## Referencias

- Arnold, O., Voracek, M., Musalek, M. y Springer-Kremser, M. (2004). Austrian medical students' attitudes towards male and female homosexuality: a comparative survey [Las actitudes de los estudiantes de medicina austriacos hacia la homosexualidad masculina y femenina: una encuesta comparativa]. *Wien Klin Wochenschr*, *116*(21-22), 730-736. <https://doi.org/10.1007/s00508-004-0261-3>
- Bascuñán, M. L. (2016). Desafíos éticos en psicoterapia. Perspectiva de terapeutas y pacientes. *Revista de Psicoterapia*, *27*(104), 203-215. <https://doi.org/10.33898/rdp.v27i104.58>
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions [Teoría e investigación sobre la alianza de trabajo terapéutico: Nuevas direcciones]. *The working alliance: Theory, research, and practice*, *173*, 13-37.
- Cabral, R. R. y Smith, T. B. (2011). Racial/ethnic matching of clients and therapists in mental health services: A meta-analytic review of preferences, perceptions, and outcomes [Emparejamiento racial/étnico de clientes y terapeutas en servicios de salud mental: una revisión metaanalítica de preferencias, percepciones y resultados]. *Journal of Counseling Psychology*, *58*, 537-554. <https://doi.org/10.1037/a0025266>
- Camacho, V. C. (2018). Alianza terapéutica y proceso discursivo: las dos ramas del análisis de proceso en terapia familiar. Una revisión de la literatura. *Revista REDES*, *38*, 65-92.
- Carasevici, B. (2014). Confidentiality principles in psychiatry [Principios de confidencialidad en psiquiatría]. *Medical-Surgical Journal*, *119*(1), 201-206.
- Caro, I. (2019). Ética y psicoterapia: Una perspectiva sociocultural. *Revista de Psicoterapia*, *30*(113), 73-91. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.304>
- Caro, I. (2020). Constructivismo, psicoterapias cognitivas de reestructuración y enfoques contextuales: Una comparación desde la diferencia. *Revista de Psicoterapia*, *31*(116), 115-131. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.410>
- Crawford, M. J., Thana, L., Farquharson, L., Palmer, L., Hancock, E., Bassett, P. y Parry, G. D. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: results of a national survey [Experiencia del paciente de los efectos negativos del tratamiento psicológico: resultados de una encuesta nacional]. *The British Journal of Psychiatry*, *208*(3), 260-265. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.162628>
- Cuijpers, P., Reijnders, M. y Huijbers, M. J. (2018). The role of common factors in psychotherapy outcomes [El papel de los factores comunes en los resultados de la Psicoterapia]. *Annual review of clinical psychology*, *15*, 207-231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
- De Sousa, A. (2012). Professional boundaries and psychotherapy: A review [Límites profesionales y psicoterapia: una revisión]. *Bangladesh Journal of Bioethics*, *3*(2), 16-26. <https://doi.org/10.3329/bioethics.v3i2.11701>
- Del Río, C. (2005). *Guía de ética profesional en psicología clínica*. Pirámide.



- Deng, J., Qian, M., Gan, Y., Hu, S., Gao, J., Huang, Z. y Zhang, L. (2016). Emerging practices of counseling and psychotherapy in China: Ethical dilemmas in dual relationships [Prácticas emergentes de asesoramiento y psicoterapia en China: dilemas éticos en las relaciones duales]. *Ethics & Behavior*, 26(1), 63-86. <https://doi.org/10.1080/10508422.2014.978978>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. y Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis [La alianza en la psicoterapia de adultos: una síntesis metaanalítica]. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000172>
- Gimeno-Peón, A. y Mateu, C. (2020). Hacia la evidencia basada en la práctica en psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 31(117), 179-194. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i117.387>
- Griner, D. y Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health interventions: A metaanalytic review [Intervenciones de salud mental culturalmente adaptadas: una revisión metaanalítica]. *Psychotherapy*, 43(4), 531-548. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.4.531>
- Horrell, S. C. V. (2008). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy with adult ethnic minority clients: A review [Eficacia de la terapia cognitivo-conductual con clientes adultos de minorías étnicas: una revisión]. *Professional Psychology Research and Practice*, 39(2), 160-168. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.2.160>
- Karver, M. S., Handelsman, J. B. y Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature [Metanálisis de las variables de la relación terapéutica en terapia juvenil y familiar: la evidencia de diferentes variables de relación en la literatura de resultados del tratamiento de niños y adolescentes]. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 50-65. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.09.001>
- Lambert, M. J. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change [Manual de Bergin y Garfield de psicoterapia y cambio de comportamiento]* (4ª ed.). Wiley.
- Marcus, D. K., O'Connell, D., Norris, A. L. y Sawaqdeh, A. (2014). Is the Dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies [¿Está el pájaro Dodo en peligro de extinción en el siglo XXI? Un metanálisis de estudios de comparación de tratamientos]. *Clinical Psychology Review*, 34(7), 519-530. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.08.001>
- Norcross, J. C. (2011). Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness [Relaciones de psicoterapia que funcionan: capacidad de respuesta basada en la evidencia]. Oxford University Press.
- Norcross, J. C. y Newman, C. F. (1992). *Psychotherapy integration: Setting the context [Integración de la psicoterapia: establecer el contexto]*. En J. C. Norcross y M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 3-45). Basic Books.
- Osterlind, S. J. (1989). *Constructing test items [Construcción de ítems de prueba]*. Kluwer.
- Pastor, J. (2017). *Valoración ética por parte de profesionales de la psicología clínica y psiquiatría de algunas situaciones de la práctica profesional* (Tesis Doctoral, Universidad de Sevilla). <https://idus.us.es/handle/11441/70507>
- Pastor, J. M. y Del Río, C. (2018). *Ética profesional en salud mental. Guía de actuación ético-deontológica y legal en psicología clínica y psiquiatría*. Pirámide.
- Pope, K. S., Keith-Spiegel, P., y Tabachnick, B. G. (1986). Sexual attraction to clients: The human therapist and the (sometimes) inhuman training system. *American Psychologist*, 41(2), 147-158. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.147>
- Pope, K. S., Tabachnick, B. G. y Keith-Spiegel, P. (1987). Ethics of practice: The beliefs and behaviors of psychologists as therapists [Ética de la práctica: Las creencias y conductas de los psicólogos como terapeutas]. *American Psychologist*, 42(11), 993-1006.
- Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Sánchez-Reales, S., Youn, S. J., Inchausti, F. y Molinari, G. (2019a). La persona del terapeuta: Validación española del Cuestionario de Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta (EPT-C). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(3), 131-140. <https://doi.org/10.5944/rppc.24367>
- Prado-Abril, J., Gimeno-Peón, A., Inchausti, F. y Sánchez-Reales, S. (2019b). Pericia, efectos del terapeuta y práctica deliberada: El ciclo de la excelencia. *Papeles del Psicólogo*, 40(2), 89-100. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2888>
- Rosenthal, R. (1991). *Meta-analytic procedures for social research [Procedimientos metaanalíticos para la investigación social]* (2ª ed.). Sage.
- Schellenberg, E. G., Hirt, J. y Sears, A. (1999). Attitudes toward homosexuals among students at a Canadian university [Actitudes hacia los homosexuales entre estudiantes de una universidad canadiense]. *Sex Roles*, 40(1-2), 139-152. <https://doi.org/10.1023/A:1018838602905>
- Smith, L. (2005). Psychotherapy, classism, and the poor: Conspicuous by their absence [Psicoterapia, clasismo y pobres: brillan por su ausencia]. *American Psychologist*, 60(7), 687-696. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.7.687>



- Sonne, J. L. (2007). Nonsexual multiple relationships: A practical decision-making model for clinicians [Relaciones múltiples no sexuales: un modelo práctico de toma de decisiones para los médicos]. *KS Pope, Dual relationships, multiple relationships, and boundary decisions*. <http://kspope.com/site/multiple-relationships.php>
- Tjeltveit, A. C. (2006). To what ends? Psychotherapy goals and outcomes, the good life, and the principle of beneficence. *Psychotherapy [¿Con qué fines? Objetivos y resultados de la psicoterapia, la buena vida y el principio de beneficencia. Psicoterapia]*. *Theory, Research, Practice, Training*, 43(2). <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.2.186>
- Vyskocilova, J. y Prasko, J. (2013). Ethical reflection and psychotherapy [Reflexión ética y psicoterapia]. *Neuroendocrinology Letters*, 34(7), 590-600.