

**CONCLUSIONES A LA MESA TÉCNICA SOBRE EL ARTÍCULO 25  
DEL CÓDIGO DEONTOLÓGICO (CD), RATIFICADAS EN LA  
JUNTA DE GOBIERNO DE 9 DE DICIEMBRE DE 2015**

***"Al hacerse cargo de una intervención sobre personas, grupos, instituciones o comunidades, el/la Psicólogo/a ofrecerá la información adecuada sobre las características esenciales de la relación establecida, los problemas que está abordando, los objetivos que se propone y el método utilizado. En caso de menores de edad o legalmente incapacitados, se hará saber a sus padres o tutores."***

Los profesionales que intervinieron en esta Mesa son los siguientes:

- D. Guillermo Pérez, abogado del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas.
- Dña. Silvia Muñoz, titular del Juzgado de 1ª Instancia nº 5 de Arrecife de Lanzarote.
- D. Julio Santiago, abogado del Servicio Canario de Salud.
- Dña. Nuria Salom, asesora jurídica del Consejo General de la Psicología.

**Ponente-moderador: D. Fernando Calvo, psicólogo col. P-00352.  
Profesor de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.**

CONCLUSIONES.-

- 1.- Se ha de distinguir entre Evaluación e Intervención psicológica.  
([Anexo I- Informe de D. Fernando Calvo](#))
2. Se ha de tener en cuenta que el artículo 25 del CD se encuentra dentro del apartado de **la Intervención Psicológica**.
- 3.-Cuando se vaya a realizar una intervención psicológica sobre un menor se debe tener en cuenta las siguientes recomendaciones por parte del Comisión de Ética y Deontología del COPLP y la Junta de Gobierno del COPLP:
  - a) Se ha de tener en cuenta, **siempre el superior interés del menor. Por lo tanto, en cuanto a la comunicación al otro progenitor que refiere el artículo 25 del CD, habrá que en un primer momento, analizar o evaluar las circunstancias que rodean al menor en cada caso en concreto.**

b) Se ha de tener en cuenta, **el ámbito de trabajo y origen de la intervención**, así como **si el psicólogo es personal al servicio de la administración pública y actúa por derivación de otros profesionales al servicio de la administración pública** (centros sanitarios, hospitales, centros educativos).

c) Se ha de tener en cuenta, **el tipo de intervención encargada en concordancia con los usos sociales actuales**, debiendo interpretar el profesional psicólogo si la intervención encargada por un progenitor se podría encuadrar dentro de los actos de usos habituales en el ámbito familiar o dicha solicitud de intervención, **en ese caso en concreto**, por su propia naturaleza, se entiende que es un acto extraordinario.

La interpretación del psicólogo sobre la intervención encargada sobre el menor y naturaleza de la misma, en cuanto a si es un acto habitual dentro del ámbito familiar o extraordinario, debe **de estar debidamente motivada en el expediente del menor**.

d) Se debe tener en cuenta, en la intervención encargada sobre el menor, **la Lex Artis ad hoc**, es decir la norma a aplicar en cada caso concreto, como **la Ley de autonomía del paciente** en su artículo 9.5 en cuanto a la actuación de representación del menor adecuada a cada circunstancias, así como el artículo 3 de la referida Ley en cuanto a la derivación de la representación.

e) Se recomienda en cualquier caso, tener en cuenta **los protocolos de actuación sugeridos por el Consejo de Psicólogos en relación al artículo 25 del Código Deontológico y modelos recomendados por el mismo sobre el consentimiento informado hacia los progenitores**. ([Anexo II- Protocolos y modelos del Consejo General de la Psicología](#))

f) En caso de **desautorización** de la intervención por parte de un progenitor el profesional de la psicología debe abandonar la intervención.

Se recomienda que el profesional de la psicología **aconseje** al progenitor que sí ha autorizado la intervención, que acuda al procedimiento de Jurisdicción Voluntaria Ley 15/2015 de 2 de julio, solicitando la autorización judicial para la intervención psicológica sobre el menor.

## ***"Sección 2.<sup>a</sup> De la intervención judicial en los casos de desacuerdo en el ejercicio de la patria potestad***

### **Artículo 86. Ámbito de aplicación, competencia y legitimación.**

**1. Se aplicarán las disposiciones de esta sección cuando el Juez deba intervenir en los casos de desacuerdo en el ejercicio de la patria potestad ejercitada**

conjuntamente por los progenitores. También serán de aplicación en los casos en que esté legalmente prevista la autorización o intervención judicial cuando el titular de la patria potestad fuere un menor de edad no emancipado y hubiere desacuerdo o imposibilidad de sus progenitores o tutor.

2. Será competente el Juzgado de Primera Instancia del domicilio o, en su defecto, de la residencia del hijo. No obstante, si el ejercicio conjunto de la patria potestad por los progenitores hubiera sido establecido por resolución judicial, será competente para conocer del expediente el Juzgado de Primera Instancia que la hubiera dictado.

3. Están legitimados para promover este expediente ambos progenitores, individual o conjuntamente. Si el titular de la patria potestad fuese un menor no emancipado, también estarán legitimados sus progenitores y, a falta de éstos, su tutor.

g) Se ha de tener en cuenta, en casos de abusos, maltratos físicos y psíquicos o cualquier acto de violencia doméstica, así como, en casos de violencia de género hacia la madre custodia del menor, que el profesional de la psicología SIEMPRE DEBE ACTUAR CONFORME AL INTERÉS DEL MENOR .

Asimismo, se ha de tener en cuenta que el Código Penal obliga poner en conocimiento de la autoridad judicial correspondiente el conocimiento de cualquier hecho delictivo .

**LA ACTUACIÓN DEL PSICÓLOGO, COMO TERCERO DE BUENA FE, DEBE ESTAR SIEMPRE MOTIVADA.**

**SE RECOMIENDA REALIZAR SIEMPRE POR ESCRITO DICHA MOTIVACIÓN.**

## ANEXO I- INFORME DE D. FERNANDO CALVO

### Reflexiones de posicionamiento en torno al artículo 25

Respondiendo a la solicitud realizada por el Colegio Oficial de la Psicología de Las Palmas, a continuación desarrollo brevemente las consideraciones, con base a mi experiencia profesional y colegial, tanto en la Comisión Deontológica como en el Órgano Superior de Resolución Colegial, en torno al artículo 25 he concluido.

#### 1. Del ámbito de aplicación

En primer lugar me gustaría, dado que el artículo 25 se encuentra enmarcado dentro del título referido a la Intervención, realizar una matización al respecto, dadas sus implicaciones.

En este sentido creo que es fundamental separar las fases de la relación psicólogo – cliente, entre las que, al menos, cabe distinguir:

1. Evaluación/diagnóstico.
2. Establecimiento de objetivos y planificación de la intervención.
3. Intervención (psicoterapia, psicoeducación, orientación terapéutica, etc...).
4. Cierre y finalización.

Por tanto, previa a la intervención, existen al menos dos fases (la 1 y la 2) de la relación profesional de la psicología – cliente, que, al no estar incluidas en la Intervención propiamente dichas no deberían ser objeto del mencionado artículo.

Se entendería por intervención sólo aquella parte del trabajo del profesional de la psicología que supusiera el establecimiento, como objetivo de su acción, de un movimiento o cambio conductual, cognitivo, o emocional terapéutico en el paciente/cliente, a través de la aplicación de las distintas técnicas y procedimientos de intervención que, desde su específica orientación teórica (por ejemplo Gestalt, Cognitiva, Psicodinámica, Humanista, etc.), estén consideradas como tal.

En ese sentido, la realización de entrevistas, el empleo de test o cuestionarios, las técnicas proyectivas o cualquier otra técnica o procedimiento de evaluación y/o diagnóstico psicológico, así como el establecimiento de un diagnóstico o impresión diagnóstica y la plasmación de dicha actividad profesional en un informe, no serían consideradas como intervención psicológica. Igualmente ocurriría con el consejo u orientación realizada y el establecimiento de un posible plan de acción e intervención a tenor de los resultados obtenidos en la fase de evaluación/diagnóstico. Ya que ninguna de las dos actividades cumplirían con los criterios antes expuestos.

Me reitero, por tanto, en subrayar que el artículo 25 sólo sería de aplicación a partir de la intervención, dado que es en este apartado en el que se encuentra encuadrado su ámbito.

## **2. Del artículo 156 del Código Civil de la legislación española, que regula el ejercicio de la Patria Potestad**

Como lego en los aspectos jurídicos se trata de un terreno harto más difícil de abordar, no obstante hay cuestiones que me gustaría se consideraran. El 156 deja claro la Patria Potestad se ejercerá conjuntamente por ambos progenitores (igual en los casos de padres separados o divorciados con la patria potestad compartida) o por uno solo con el consentimiento expreso o tácito del otro y que serán válidos los actos que realice uno de ellos conforme al uso social y a las circunstancias o en situaciones de urgente necesidad. El ejercicio de la Patria Potestad es, por tanto, conjunto y ambos tienen derecho a tomar decisiones en todos los aspectos importantes de la vida de los hijos menores.

Por ello, en caso de separación/divorcio habrá que tener especial cautela ya que no puede presumirse sin más que un progenitor que toma una decisión importante sobre sus hijos menores está obrando con el consentimiento del otro. En cualquier caso no creo que esta sea tarea del psicólogo. La ley establece la obligatoriedad de la información para ambos progenitores, no para los profesionales. Pero dada la redacción, a mi juicio, no muy clara del artículo 25, parece que pudiera responsabilizarse de dicho acto al psicólogo. Sin embargo entiendo que este aspecto se puede soslayar mediante la advertencia del profesional al cliente, y con la recepción por escrito de un consentimiento informado firmado por el mismo. El cliente, advertido por el profesional, se compromete por escrito a informar al otro progenitor de los servicios psicológicos solicitados, aportando testimonio del mismo.

Además, la “urgente necesidad” podría justificar la intervención. Esta “urgente necesidad” sería el profesional el que podría establecerla en base al “juicio clínico”. Pero no debemos perder de vista que dicho “juicio clínico” no es una mera opinión, es y debe ser una hipótesis suficientemente fundada y contrastable (evidentemente con un margen de error), que pueda ser argumentada y defendida, precisamente en el ejercicio previo a la intervención, con un proceso de diagnóstico/evaluación serio, riguroso y validado. No vale el mero “ojímetro”, es absolutamente necesario que se pueda dejar constancia, en base a criterios y parámetros psicológicos validados y objetivables (que evidentemente tienen un margen de error), sobre que se asienta el “juicio clínico”.

## **3. De la jurisprudencia**

Como vimos en el apartado anterior “el uso social” y la “urgente necesidad” aparecen como claves en el artículo 156. La jurisprudencia viene marcando que, en temas

ordinarios, la patria potestad la ejercerá el progenitor con el que convivan los menores (ej., llevar a un niño al pediatra por tener un catarro o cualquier otra enfermedad común), también en casos de urgente necesidad. Pero llevar al hijo a un profesional de la psicología para una evaluación o tratamiento (más aún si se va a realizar un informe pericial que puede surtir efectos en temas importantes que afectan a la relación de los hijos con ambos progenitores), precisaría el acuerdo de ambos, ya que consideran como caso “no ordinario” la intervención psicológica.

Aquí es donde, desde mi punto de vista, aparece una contradicción con el concepto de “uso social” y la condición ordinaria/extraordinaria de la intervención psicológica, dado que considera a esta como “no ordinaria”, lo que es, en el presente, absolutamente erróneo.

En el año 2011 se publicó un estudio con una muestra de 514 millones de personas de Europa que llegó a la conclusión de que un 38% de europeos sufrían un trastorno mental (Wittchen et al., 2011). Sin ánimo de ser exhaustivo, piénsese tan sólo en alguna de las intervenciones típicas del psicólogo, por ejemplo, los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo.

Según la American Psychiatric Association los trastornos mentales de mayor prevalencia son los del estado de ánimo depresivo y los de ansiedad. En relación a la depresión se mencionan valores del 10% al 25% para las mujeres y del 5% al 12% para los hombres, y con respecto a la ansiedad los porcentajes van del 3% al 5% en población general (APA, 2002). La depresión será, según la Organización Mundial para la Salud, la primera causa de discapacidad de todo el mundo en el año 2020. Presenta una prevalencia estimada de entre el 3 al 5% en población general (hasta el 8% en las formas mixtas asociada a la ansiedad), un 20% si considerando los casos leves. La prevalencia vida está entre el 5,1% al 7,5%. En 2011, los trastornos del estado de ánimo fueron la causa más común de hospitalización en niños de entre 1 y 17 años en los Estados Unidos, con unos 112.000 ingresos aproximadamente (Pfundner, Wier, y Stocks, 2013). Los resultados del Estudio epidemiológico de los trastornos mentales en España (Haroa et al., 2006), revelan que el trastorno mental más frecuente en nuestro país es el episodio depresivo mayor, con un 3,9% de prevalencia-año y un 10,5% de prevalencia-vida. Le siguen, en prevalencia-vida, la fobia específica. Los resultados de un trabajo realizado en una muestra representativa en la isla de Tenerife (Díaz-Cruz, Bethencourt y Peñate, 2004) nos indican que los trastorno que con mayor frecuencia se registran en la población son los trastornos de ansiedad (14,52%).

El National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) británico ha publicado una guía, basada en una revisión exhaustiva sobre la evidencia de los tratamientos sobre la ansiedad y la depresión, en la que se concluye que las Terapias Cognitivo Comportamentales que aplican los psicólogos son tan efectivas como los fármacos. En este sentido The Centre for Economic Performance’s Mental Health Policy Group, desde la Facultad de Economía de Londres, publicó el Depression Report (Bell et al., 2006),

informe en el que se puso de manifiesto la necesidad de implementar la guía creada por el NICE (básicamente por el ahorro que ocasionaría ofrecer un servicio de psicoterapia de alta calidad a todas las personas que padecían este tipo de enfermedad). En un estudio piloto en los centros de Atención Primaria en las poblaciones de Doncaster y New Ham (Londres), donde se aplicaron tratamientos psicológicos de baja intensidad para trastornos de Ansiedad y Depresión leves y moderado, se observaron unas tasas de recuperación del 76% para la depresión y 74% para la ansiedad (Clark et al., 2009). Recientemente ha aparecido el primer trabajo de relación de coste-efectividad del Proyecto IAPT (Radhakrishnan et al., 2012) afirmando que el tratamiento sigue siendo igual de efectivo que cuando se realizaron los estudios publicados en el 2009. Muchos tratamientos psicológicos están ya validados (Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000) y sobre otros hay una gran evidencia acumulada (Fonagy, Rott y Higgitt, 2005)

Así que, por un lado, los estudios científicos epidemiológicos nos muestran como de ordinarios son los trastornos mentales en población general, en especial la ansiedad y la depresión y, por otro, los estudios sobre coste eficacia señalan a los tratamientos realizados por los psicólogos como altamente recomendados. ¿Se puede seguir considerando como extraordinaria la actividad del psicólogo? Indudablemente no. Y más si a eso añadimos el cambio de percepción que la sociedad tiene en la actualidad sobre acudir a los profesionales de la psicología, que tiende a la normalización más absoluta, como en otros países más avanzados de nuestro entorno. La media europea es de 18 psicólogos por cada 100.000 habitantes, España cuenta con sólo con 4'3 y Alemania con 51'5. Pero Suecia cuenta con 76 psicólogos o Finlandia con 79 por cada 100.000 habitantes en sus sistemas sanitarios nacionales (WHO, 2005). Todo esto sigue mostrando como en España hay una ausencia clara de conciencia de la necesidad de la profesional del psicólogo dentro del sistema sanitario público. Y esta falta de conciencia política y, como vemos, jurídica (a tenor de la jurisprudencia), no se corresponde a la realidad. Una inmensa proporción de población necesita de los servicios de los profesionales de la psicología y su abordaje es absolutamente ordinario, como ordinarios (epidemiológicamente hablando) son los trastornos psicopatológicos.

Dr. Fernando Calvo Francés

## Referencias

American Psychiatric Association (2002). DSM – IV – TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson.

Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D. A., Suckling, R., & Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour research and therapy*, 47,11, 910-920. doi:10.1016/j.brat.2009.07.010.

Díaz-Cruz, F., Bethencourt, J. M. y Peñate, W (2004). Prevalencia de los trastornos mentales en la isla de Tenerife. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [online]., n.90, pp. 21-39. ISSN 0211-5735.

Fonagy, P., Rott, A. y Higgit, A. (2005). "Psychodynamic psychotherapies: Evidence-based practice and clinical wisdom" fue publicado originalmente en *Bulletin of the Menninger Clinic*, 69, 1

Haroa, J.M., Palacina, C., Vilagutb, G... y el Grupo ESEMeD-España. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeDEspaña. *Med Clin (Barc)*.2006;126(12):445-51.

Labrador, F.J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: hacia una nueva psicología clínica. Madrid. Dykinson.

Pfuntner, A.; Wier, L.M.; Stocks, C. (septiembre de 2013). «Most Frequent Conditions in U.S. Hospitals 2011» (en inglés). *HCUP Statistical Brief* (Rockville, MD.: Agency for Healthcare Research and Quality) (162).

Radhakrishnan, M., Hammond, G., Jones, P. B., Watson, A., McMillan-Shields, F., & Lafortune, L. (2012). Cost of Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme: An analysis of cost of session, treatment and recovery in selected Primary Care Trusts in the East of England region. *Behaviour research and therapy*. 51,1, 37-45. doi:10.1016/j.brat.2012.10.001.

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... & Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21,9, 655-679. doi:10.1016/j.euroneuro.2011.07.018.

## ANEXO II PROTOCOLOS Y MODELOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA

---

### COMPROMISO DE INFORMACIÓN ENTRE PROGENITORES

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, mayor de edad, con D.N.I. \_\_\_\_\_, en su condición de padre/madre del menor D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, por medio de la presente, se compromete a informar a D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, en su condición de padre/madre del citado menor, sobre la evaluación psicológica que se realizará a dicho menor por parte del Psicólogo/ Psicóloga, D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_.

El incumplimiento de dicho compromiso podrá dar lugar a la correspondiente reclamación, por vulneración del derecho al ejercicio de la patria potestad del progenitor no informado de la evaluación.

Y para que así conste a los efectos oportunos, y en prueba del compromiso asumido ante el Psicólogo/ Psicóloga interviniente, firma el presente documento en \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Firmado

#### Nota

El compromiso de información reflejado en este documento será incorporado por el Psicólogo/ Psicóloga interviniente en todos los informes relacionados con la intervención sobre el menor.

**ESTE DOCUMENTO SE UTILIZARÁ SÓLO EN CASO DE QUE SE HAYA INTENTADO PONER EN CONTACTO CON EL OTRO PROGENITOR POR TODOS LOS MEDIOS Y NO SE HUBIESE LOGRADO. EN TODO CASO, HABRÁ QUE CONSERVAR PRUEBAS FEHACIENTES DE ESTOS INTENTOS DE CONTACTO.**

---

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

D/Dña. \_\_\_\_\_, mayor de edad  
con domicilio en: \_\_\_\_\_  
y, provisto del D.N.I. N°: \_\_\_\_\_, libremente manifiesta:

D/Dña. \_\_\_\_\_, mayor de edad  
con domicilio en: \_\_\_\_\_  
y, provisto del D.N.I. N°: \_\_\_\_\_, libremente manifiesta:

1. Que ha acudido al despacho del psicólogo/a D./ Dña. \_\_\_\_\_, colegiado número P-\_\_\_\_\_  
a fin de encargarle una intervención para su hijo/a o persona  
incapacitada de nombre : \_\_\_\_\_
2. Que tiene conocimiento del artículo 25 del Código Deontológico del  
Ilustre Colegio de Psicólogos que textualmente indica:

*“Al hacerse cargo de una intervención sobre personas, grupos, instituciones o comunidades, el/la psicólogo/a ofrecerá información adecuada sobre las características de la relación establecida, los problemas que está abordando, los objetivos que se propone y el método utilizado. En el caso de menores de edad o legalmente incapacitados, se hará saber a sus padres o tutores”*

**Manifiesto haber leído y entendido el presente formulario y estar de acuerdo:**

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma:

Firma:

**DOCUMENTO INFORMATIVO  
DE LAS INTERVENCIONES DE MENORES  
o PERSONAS INCAPACITADAS**

D/Dña. \_\_\_\_\_, mayor de edad  
con domicilio en: \_\_\_\_\_  
y, provisto del D.N.I. N°: \_\_\_\_\_.

Según el artículo 25 del Código Deontológico del Ilustre Colegio de Psicólogos  
que textualmente indica:

*“Al hacerse cargo de una intervención sobre personas, grupos, instituciones o comunidades, el/la psicólogo/a ofrecerá información adecuada sobre las características de la relación establecida, los problemas que está abordando, los objetivos que se propone y el método utilizado. En el caso de menores de edad o legalmente incapacitados, se hará saber a sus padres o tutores”*

Se pone en su conocimiento que su hijo/a va a recibir tratamiento Psicológico  
en el despacho de el/la psicólogo/a colegiado/a N° P-\_\_\_\_\_

**Manifiesto haber leído y entendido el presente formulario y estar de  
acuerdo:**

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: