

# PROBLEMAS ETICOS

---

Dr. Ramón de la Fuente

---

## Introducción

---

Antes de abordar algunos problemas que hoy atraen el interés de la profesión como de otros sectores del público, conviene hacer constar que las normas morales que rigen el ejercicio de la psiquiatría se fundan en la ética de la medicina. Sin embargo, la psiquiatría es la más humanista de las especialidades médicas y la ética es una dimensión de la conducta humana; de ahí que ciertos problemas tengan características propias y que el foco bajo el cual se les examina sea distinto.

A diferencia de los principios de la ciencia, los valores éticos no fluyen racionalmente de los hechos y es normal que un código de ética cambie con los tiempos. Por esta razón es notable que dos mil años después, el documento conocido como Juramento Hipocrático, núcleo original de la ética médica, conserve su validez. Lo anterior se infiere de que la Convención de Ginebra lo haya adoptado para la profesión médica en 1948 y que en 1949 la Asociación Mundial de Medicina haya aprobado en Londres un Código Internacional de Ética que lo toma como base. En 1973, la Asociación Médica Americana revisó los principios morales que deben guiar la conducta profesional de sus asociados. Estos principios fueron modificados por una comisión nombrada para el caso por la Asociación Psiquiátrica Americana. En 1977 la Asociación Mundial de Psiquiatría propuso la "Declaración de Hawái", que expresa sus principios éticos en relación con la psiquiatría.

Si bien el objeto de la psiquiatría es el individuo, también lo son la familia, el grupo y la sociedad. Algunas veces los intereses del paciente y lo que más

conviene a otras personas pueden contradecirse. De hecho no es infrecuente que el psiquiatra se vea jugando a la vez los papeles de servidor del paciente y de servidor de la comunidad.

La decisión de hospitalizar o no a una abuelita senil, a un adolescente débil mental o a un enfermo esquizofrénico; la necesidad urgente de actuar para proteger a una esposa cuyo marido sufre delirio de celos, recomendar la interdicción de quien a causa de su enajenación dilapida su fortuna, o dictaminar retrospectivamente sobre la competencia mental del autor de un testamento sorprendente, ejemplifican algunos de los dilemas del psiquiatra en su práctica cotidiana. Cada problema debe ser resuelto individualmente, tomando en cuenta factores personales, familiares, sociales y legales.

Que el psiquiatra sea una persona honesta y humanísticamente orientada, es necesario, pero no es suficiente. Tampoco lo son las obligaciones impuestas por las leyes, porque éstas pueden ser demasiado generales o imprecisas. La profesión como grupo, necesita adherirse a un código de ética, que oriente a los psiquiatras en sus acciones con sus pacientes, la sociedad, sus colegas y los miembros de otras profesiones afines.

Lo anterior es necesario, tanto más, cuanto que en años recientes se han hecho a la profesión acusaciones de violar el más fundamental de los deberes del médico: el respeto a la dignidad de sus pacientes.

A los miembros de otras profesiones les ocurre que ven el trabajo de los psiquiatras "desde fuera" y como ignoran sus motivos, llegan a pensar que son crueles y que privan arbitrariamente a la gente de su libertad. Estos críticos desconocen el celo profesional con el que la mayoría de los psiquiatras ayudan a sus pacientes.

# EN LA PSIQUIATRIA\*

---

En cuanto a las críticas mencionadas, es necesario que los psiquiatras tengan ideas claras acerca de su origen y su valor real. ¡Que no se diga que vemos con más claridad los problemas de nuestros enfermos que los que están implicados en nuestra actuación profesional! Además, dado que en la práctica la psiquiatría y la ley interactúan en varios niveles, los problemas éticos son también problemas legales o bien llegarán a serlo algún día no lejano.

En la última década, algunos eventos en el ámbito internacional han contribuido a poner a la ética psiquiátrica en un primer plano de interés. En 1972, un candidato a la vicepresidencia de los Estados Unidos tuvo que retirarse porque su record psiquiátrico no había sido dado a conocer antes de su denominación. La oficina del psiquiatra Daniel Elsberg fue violada con el objeto de buscar en sus registros privados material que pudiera ser usado en un juicio. Distintos organismos internacionales han tenido información de que en varios países, el estado ha usado a la psiquiatría para remover de la sociedad a disidentes políticos. En las reuniones académicas, se abordan, cada vez con más frecuencia, temas ético-legales relacionados con la práctica de la psiquiatría.

## **El secreto profesional**

Un derecho fundamental del hombre, es el de mantener a otros, si así lo desea, fuera de su esfera privada. El que un paciente espere que el médico guarde para sí la información que le proporciona en los contactos profesionales, es un aspecto circunscrito de ese derecho general. El que un psiquiatra por descuido, o lo que es más grave, por liviandad, revele a otros el mundo íntimo que un paciente le confía,

puede tener consecuencias muy desafortunadas.

En la psiquiatría, la relación médico-paciente es tan personal, tan privada y a veces tan intensa, que es esencial la adhesión estricta del médico a la confidencialidad. El paciente no sólo deposita su confianza en la competencia del médico, sino también en su completa discreción.

En algunos países en forma explícita y en otros por costumbre, la ley exime al abogado de la obligación de revelar a los tribunales y jueces información que le ha dado su cliente. Este privilegio ha sido también concedido desde antiguo al clérigo en su relación con el penitente. En el juramento hipocrático, el médico se obliga a guardar secreto de lo que su paciente le comunica en el trato profesional.

En la relación psiquiatra-paciente la confidencialidad es un caso especial, ya que a diferencia de lo que ocurre en otras áreas de la medicina, el paciente es invitado a expresar acciones, sentimientos y fantasías, sin omitir algunas que no son socialmente aceptables y su biografía, su personalidad y sus relaciones con otras personas, son extensamente exploradas. No sólo está el psiquiatra moralmente obligado al secreto sino a evitar que información íntima llegue a otras personas, incluyendo a sus familiares, salvo que el paciente consienta o lo solicite y así convenga a las metas del tratamiento.

Hay razones para que el sigilo en la relación paciente-psicoterapeuta sea ante la ley merecedor de un privilegio especialmente extenso. Para diagnosticar un desorden o enfermedad mental, se requiere que el paciente no oculte al médico sus pensamientos

---

*\* Conferencia dictada en El Colegio Nacional el 8 de septiembre de 1976.*

tos más secretos y puede ser de más graves consecuencias la violación de secretos de la mente que la de secretos relacionados con el cuerpo. Hay enfermedades que pueden ser tratadas sin una comunicación íntima entre el médico y el paciente, pero no así una enfermedad mental.

En principio el psiquiatra debe ver como propiedad del paciente la información que obtiene de él durante su estudio y tratamiento. Sin embargo, hay situaciones excepcionales en las cuales la confidencialidad no puede mantenerse. Tal es el caso de menores de edad cuya conducta de no ser impedida puede causar a ellos mismos o a sus familiares daño grave y también el caso de personas de cualquier edad que contemplan la comisión de un crimen o alientan ideas irracionales que les hacen muy peligrosas para los demás o para ellas mismas. En tales casos, el médico debe pesar los beneficios y el daño potencial que representan el sigilo o su abandono. El interés del paciente siempre está en el primer lugar.

En ocasiones, está previsto que los datos obtenidos en un examen psiquiátrico servirán de base para dar una opinión que pudiera afectar los intereses de la persona examinada, en cuanto a su competencia para los actos de la vida civil, su oportunidad de ser empleada, la aplicación de una sanción, etc. Nuestra responsabilidad en estos casos es informar al interesado antes del examen de la utilización que se daría a la información obtenida y sus posibles consecuencias. Si el sujeto no acepta libremente estas condiciones, podemos rehusarnos a practicar el examen.

Un juez le puede pedir a un psiquiatra información acerca de un paciente suyo en un juicio civil. En mi opinión el único que puede liberar al médico de su compromiso es el propio paciente. El médico puede rehusarse a atestiguar alegando su deber con el enfermo y su derecho ante la ley. En un caso dado, la situación puede discutirse con el paciente. No es necesariamente válida la proposición abstracta de que es indebido que un psiquiatra rinda testimonio legal acerca de un paciente, pero ciertamente el paciente tiene un derecho que no puede ser dejado de lado: el derecho al sigilo profesional del médico.

No obstante, mantener el sigilo no es siempre la conducta indicada. Supongamos que un paciente revele al médico en el curso de un tratamiento, propósitos serios de quitarse la vida o de cometer una agresión violenta. Es obvio que en estos casos el médico está obligado a comunicar el peligro a los familiares y a veces también a las autoridades.

Guardar el sigilo es también obligación de las personas, profesionales o no, que asisten al médico en el estudio y manejo de sus casos. Pienso que es preferible no registrar datos íntimos en los expedientes abiertos en los hospitales. Los reportes psicológicos no deben quedar al alcance de otras personas. La obligación de proteger el carácter privado de los datos incluye a los familiares y también a otros médicos.

Hoy es frecuente registrar por sonido o filme sesiones terapéuticas. La autorización previa de los pacientes es necesaria. Los documentos deben ser guardados celosamente y si estos documentos son usados en la enseñanza o en la investigación, la identidad de los pacientes debe suprimirse.

En la psicoterapia en grupos la discreción es más difícil de mantener. Todo lo que el psiquiatra puede hacer es comprometer a los participantes a no discutir el contenido de las sesiones, fuera de ellas. Se

debe advertir a cada nuevo integrante del grupo del riesgo de que otros cometan indiscreciones.

### **El consentimiento informado**

Inicialmente, acoger a enfermos mentales incapaces de valerse por sí mismos y aislar a otros que representaban peligro, era visto como un derecho y un deber de la sociedad. Hoy, además se ha llegado al reconocimiento de que estos pacientes tienen también derechos. No sólo se considera necesario salvaguardar los derechos de los individuos mentalmente enfermos, sino que se piensa que hasta donde es posible, debe hacérseles copartícipes de las decisiones que les afectan. Es necesario ver con claridad las diferencias entre sufrir una enfermedad mental, requerir tratamiento, necesitar hospitalización y tener o no capacidad para consentir o negarse a aceptar un tratamiento.

Salvo condiciones extraordinarias, el psiquiatra debe solicitar el consentimiento de cada enfermo para proceder a su hospitalización y su tratamiento después de haberle informado de la indicación, objetivos y consecuencias previsibles de ambos. Un psiquiatra puede privar de su libertad a una persona sólo por razones muy poderosas de defensa de esa persona o de otras, y sólo por el tiempo indispensable.

Si para una persona que no está severamente perturbada, la hospitalización y el tratamiento son inaceptables, el psiquiatra sólo puede insistir en las ventajas y dejarle a ella la decisión. Pero no debe ser abandonada a su suerte una persona que ha perdido el contacto con la realidad y que bajo el influjo de sus delirios es peligrosa para ella misma, para su familia o para otras personas. En estos casos la responsabilidad debe compartirse si tal cosa es posible, con los familiares más cercanos. Sin contar con ellos, puede ser difícil evitar una tragedia.

La información que debe darse al enfermo antes de solicitar su consentimiento, incluye la discusión de las ventajas y de los riesgos de un tratamiento y la presentación de otras opciones, si las hay. Esto último sólo es posible si el médico está realmente al tanto de los avances en el campo y si conoce los criterios que conllevan la mayor autoridad y los datos sobre los cuales se apoyan. La información que se dé al enfermo, no debe estar orientada hacia las preferencias particulares del médico.

En el estado actual de nuestros conocimientos, no parece justificado preconizar un sólo método de tratamiento con exclusión de otros. ¿Podemos acaso distinguir entre tratamientos etiológicos y tratamientos sintomáticos?. Nuestros conocimientos acerca de las complejas causas de los desórdenes mentales son fragmentarios, y sin embargo es en base a ellos que debemos informar al paciente y proponerle un plan terapéutico. Hasta ahora ninguno de los tratamientos con que contamos es etiológico. Por otra parte es equivocado o engañoso calificar desdeñosamente de "sintomático" a un tratamiento como p. ej. el que actúa sobre el sustrato cerebral del desorden y de etiológico a otro, p. ej. el que explica los síntomas en términos psicodinámicos o sociodinámicos. Las decisiones terapéuticas, debemos insistir, no son hoy en día un asunto de "escuelas", sino de conocimientos científicos. Es cierto que al igual que ocurre en otros campos de la medicina, los datos científicos pueden ser controvertidos en sus detalles, pero en principio son datos establecidos.

Si un enfermo mentalmente competente rehusa el tratamiento, el psiquiatra no puede, agotados sus recursos persuasivos, asumir responsabilidad por las consecuencias. Por ejemplo, un alcohólico o un enfermo mental, ni desvalidos ni peligrosos, pueden rehusarse a recibir tratamiento psiquiátrico. El hecho puede ser lamentable, pero en todo caso es la sociedad la que debe diseñar otras formas efectivas para contender con estos problemas.

Recientemente se ha discutido desde el punto de vista ético la validez de practicar diversas intervenciones que causan efectos irreversibles y que varían entre la implantación cerebral de electrodos con el objeto de controlar la epilepsia y otras condiciones patológicas, y el uso de medicamentos, que inyectados, pueden mantener sus efectos por semanas y aun por meses. Las indicaciones de estas intervenciones son precisas tanto desde el punto de vista médico como desde el punto de vista moral.

Otro aspecto del consentimiento, se refiere a la investigación con fines terapéuticos. Hay dos clases de experimentos terapéuticos conducidos en el contexto de la clínica. Unos, están dirigidos a beneficiar directamente al paciente. Otros, a adquirir conocimientos que no son de beneficio directo para el sujeto de la investigación pero sí lo son potencialmente para otros enfermos. Esta segunda categoría de investigaciones es la que plantea problemas éticos. El asunto ha sido discutido en forma sofisticada. La diferencia entre terapia y experimento, ha sido claramente establecida.

Ciertas reglas derivadas del Código de Nuremberg, han sensibilizado a los investigadores en cuanto a la necesidad de proteger a personas que por estar recluidas en instituciones públicas o sufrir desórdenes mentales severos, están especialmente desvalidas. Además del consentimiento del paciente, o en su caso de su tutor legal, otras consideraciones que deben hacerse son la evaluación de los posibles riesgos y beneficios y la evitación del sufrimiento. Una investigación sólo debe llevarse a cabo si se prevee que el paciente recibirá un beneficio próximo y directo o si este beneficio lo recibirá un grupo de pacientes que sufren un desorden similar.

En ciertas circunstancias es dudoso que el consentimiento dado por el paciente tenga validez. Un caso ilustrativo es el de la investigación planeada en la Clínica Lafayette, con prisioneros violentos e incorregibles. A un grupo de ellos se les administrarían un tipo de hormonas femeninas de acción prolongada y los sujetos del otro grupo se les sujetaría a una intervención psicoquirúrgica, con la expectativa de reducir su agresividad. Sobre la base de que un prisionero no tiene verdadera libertad para tomar decisiones, un juez se opuso al experimento y el permiso para llevarlo a cabo fue denegado.

En general, no se acepta como válido el consentimiento de personas que sufren reclusión penal. Se supone que estos sujetos aceptan porque son coaccionados con la promesa de una recompensa o de una reducción de la pena. Recientemente, en Michigan, un comité de expertos prohibió una intervención psicoquirúrgica en un sujeto violento y peligroso que había sido escogido como caso favorable y había aceptado someterse a ella. El asunto es debatible. Quienes están en favor de estas investigaciones, argumentan que la sociedad necesita comprender y controlar la conducta criminal y que es razonable esperar que un sujeto operado pueda tener una vida

más libre y satisfactoria para él y menos peligrosa para los demás.

Tenemos advertencia de la incertidumbre inherente a nuestro trabajo. En ocasiones es duro contestar con franqueza las preguntas de nuestros pacientes. Comunicarles esa incertidumbre disminuye nuestra eficacia terapéutica. Confrontar a un enfermo con su situación sin esperanza, es en ocasiones aumentar su sufrimiento. Sin embargo, hemos dicho que el paciente tiene derecho a una información completa y comprensible sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de su enfermedad. Ambas cosas son ciertas.

Cabe aquí una reflexión sobre la naturaleza de la verdad y el engaño en medicina. Engañar intencionalmente a una persona es hacerle creer lo que es falso. El engaño puede ser verbal o mediante gestos, señales u otros medios de que los humanos disponemos para confundir a los demás. Lo que es común a todo engaño son la información falsa y la intención. Melvin Levine dice que "la profesión médica ha usado la verdad como si fuera una especie de instrumento terapéutico que puede ser dada en dosis pequeñas o no ser usada del todo cuando se considera que sus efectos serían en detrimento de los pacientes". Creo que el hecho central es que la "verdad médica" no es idéntica a la verdad científica. La verdad es un valor central en el trabajo del médico, pero no es siempre el valor más elevado. En ocasiones excepcionales, la verdad puede ser dejada a un lado. Pero esto es diferente a una forma de trabajo médico en la cual el engaño fácilmente sustituye a la verdad, se niega a quien la pide y es capaz de recibirla, o por sistema se le distorsiona.

En general, el principio de la información veraz es éticamente necesario. Una medida que afecta la salud de alguien no debe tomarse sin su explicación veraz, pero esto no es absoluto. En algunos casos, un médico razonable escoge mantener entreabierta la puerta de la esperanza aun cuando no diga "toda la verdad".

### **La hospitalización de los enfermos**

Hemos dicho que si se hospitaliza a un enfermo, privándolo de su libertad, debe haber razones muy poderosas. Además hemos dicho que la hospitalización de los enfermos mentales debe hacerse por el mínimo de tiempo necesario para el buen resultado del tratamiento. Es claro que la hospitalización voluntaria es siempre preferible. Es interesante que aun enfermos severamente perturbados pueden ser persuadidos de aceptarla.

¿Cuándo es permisible el tratamiento involuntario de una persona mentalmente enferma? Solamente en caso de que su incompetencia sea grave, represente un peligro inmediato para los demás o para sí mismo o se anticipe en base a experiencias establecidas, que los resultados del tratamiento serán favorables. Es claro que la hospitalización involuntaria nunca está indicada solamente porque la conducta de un enfermo es insuportable para alguien.

Varios países avanzados cuentan con códigos de salud mental en los que se proveen salvaguardas legales para los enfermos mentales. Se postula que es indebido mantener hospitalizado a un paciente que no lo requiere, aislarlo y tratarlo sin su consentimiento o usar los medios de contención químicos o físicos con fines punitivos. Del mismo modo, se protege su

derecho a ser tratado y se establecen salvaguardas para que su internamiento nunca se prolongue en forma indebida.

P.ej. el Código de Salud Mental de Illinois provee 3 criterios para el internamiento involuntario de un enfermo mental: la peligrosidad hacia otros, la peligrosidad contra sí mismo y su incapacidad de satisfacer sus necesidades físicas. Al internarlo, se protege a la sociedad de una amenaza y se protege al individuo del daño que se pueda causar a sí mismo. El riesgo debe ser sustancial, la persona debe estar severamente afectada y su hospitalización no debe prolongarse más allá de lo que es necesario.

El confinar a personas que son peligrosas para sí mismas, no va de acuerdo con la máxima de John Stuart Mill, quien en 1859 en su ensayo sobre la libertad, sostiene que el único propósito por el cual debe ejercerse poder sobre un miembro de una comunidad civilizada contra su voluntad, es prevenir el daño a otros; su propio bien, ya sea físico o moral, no es suficiente. En relación con ese criterio es conveniente considerar el caso de una persona severamente deprimida que intenta o amenaza suicidarse. El internamiento de emergencia está justificado con la esperanza de que acepte una ayuda, que en su caso puede ser muy efectiva. Una vez superado el estado crítico, si el individuo quiere dejar el hospital, hay poca justificación para retenerlo. La experiencia es que la mayor parte de las personas agudamente perturbadas aceptan la ayuda que se les ofrece sin amenazas, y no objetan a su hospitalización y tratamiento. Cuando sanan, los enfermos deprimidos ya no desean suicidarse.

En México y en varios países europeos, los internamientos se hacen informalmente y el médico tiene gran poder para ordenar y mantener la hospitalización involuntaria. P.ej., es él quien decide si una persona mentalmente enferma requiere ser hospitalizada a causa de su peligrosidad o su invalidez y su necesidad de tratamiento. En Inglaterra y en otros países las salvaguardas legales consisten en la obligación de constatar periódicamente si persiste la necesidad de continuar con la hospitalización y asegurar al paciente su salida oportuna. Sin embargo, dejar al arbitrio de un médico el poder de limitar la libertad, tiene desventajas. Una de ellas, ya lo hemos señalado, es el peligro de verse atrapado entre su obligación de servir al paciente y a la sociedad.

### **El problema de la competencia mental**

Es injusto juzgar a quien cometió un crimen si no tuvo entonces o no tiene conciencia de ello y voluntad. También es injusto dejar sin protección a una persona desvalida cuya capacidad de cuidar de sí misma y de su propiedad es deficiente, debido a su estado mental. Desafortunadamente, ante la ley, competencia e incompetencia son asunto de todo o nada: o se es competente o se es incompetente. Sin embargo, la realidad clínica es menos tajante. Es frecuente que los enfermos conserven intactas algunas de sus funciones mentales, en tanto que sufren la declinación de otras, y que sus capacidades disminuyen o mejoran de tiempo en tiempo y bajo condiciones diferentes. Aconsejar la incapacitación legal de una persona, es aconsejar que todos sus derechos sean traspasados a otra. Es necesario ser prudente, sobre todo en los casos limítrofes, puesto que para una persona, algunas de cuyas funciones mentales

están intactas, el ser declarado legalmente incompetente y sobre todo ser confinado a un hospital psiquiátrico acelera su declinación psicológica.

Hay un problema que ahora se presenta con frecuencia en virtud de los avances farmacológicos. Se trata de opinar como experto sobre la competencia de un enfermo que sufre una psicosis pero a quien el uso de ciertos medicamentos psicotrópicos restaura su perdido contacto con la realidad. ¿Se debe considerar incompetente en un juicio civil o en un juicio penal a una persona en estas condiciones? Un juez dijo de un enfermo que sólo estaba "sintéticamente sano". ¿Se puede decir que alguien sufre una enfermedad mental grave cuando se le puede mantener cuerdo por tiempo indefinido? ¿Puede decirse entonces que está sano?. Este es un punto que demanda reflexión por parte de los médicos y de los jueces.

### **Aspectos éticos de la influencia personal del psiquiatra**

Un principio ético general en la medicina sostiene que los médicos no deben intentar alterar ni la moralidad ni la ideología de sus pacientes. ¿Es aplicable este principio en el campo de la psiquiatría?. Debido a la naturaleza y a las metas de los tratamientos psicoterapéuticos es inevitable que el médico cuestione los móviles, las actitudes y los valores de sus pacientes neuróticos. El principio es que el paciente sea quien encuentre por sí mismo las soluciones a sus problemas, soluciones que pueden afectar los intereses de otras personas.

Ocurre en tratamientos psicoterapéuticos prolongados una identificación del enfermo con el médico que le inclina a adoptar como propias ciertas actitudes y valores de este último. Es indispensable que el médico deje fuera de su trabajo profesional su activismo político o religioso y sea respetuoso de la ideología de sus pacientes. Este respeto al paciente hace tan indeseable que el psiquiatra en su influencia sobre los enfermos sea un agente del status quo, como un agente del cambio social. Por supuesto que el psiquiatra nunca debe incurrir en el error sustancial de explotar en beneficio propio su influencia sobre los pacientes. Sin embargo, el peligro de que alguien use el poder que le da su relación con el paciente, en una forma que no esté directamente relacionada a las metas del tratamiento, es un peligro real.

### **Alcances y limitaciones del testimonio psiquiátrico**

Un psiquiatra sólo puede actuar eficientemente como experto en el campo forense si tiene suficiente experiencia en el diagnóstico y tratamiento de los desórdenes mentales y conoce la ley. El peso de su opinión puede ser decisivo para que el juez acepte que un acusado sufre o no sufre una enfermedad mental, si su enfermedad se relaciona con el acto criminal que se le imputa y si tiene capacidad para ser juzgado y sentenciado. Su opinión puede también ser requerida para evaluar la peligrosidad y la tratabilidad de un criminal.

Los motivos que tiene para sujetarse a un examen y a un tratamiento psiquiátrico una persona que busca espontáneamente la ayuda profesional del médico, difieren de los que tiene quien es examinado por mandato judicial o espera obtener pruebas que le fa-

vorezcan en un juicio. En todo caso, antes de proceder al examen, el psiquiatra debe explicar al examinado cuál es su papel como experto y cuáles son los posibles usos que el abogado y el juez pueden hacer de su dictamen. Debe hacerle saber que sus opiniones se basarán en hechos reales. Si actúa como perito de la defensa, puede excusarse de dictaminar una vez que ha explorado las perspectivas del caso, y puede también estar de acuerdo en que su dictamen no sea usado en la defensa. Lo que no puede hacer, es desviar su opinión para favorecer a su cliente.

Un psiquiatra que opina como experto debe basarse en observaciones, investigaciones y razonamientos médicos y psicológicos expresados en relación con los hechos. Su opinión es solamente un balance de las probabilidades y puede estar limitada por el examen, por las limitaciones de la psiquiatría como ciencia y también por las de la ley. En los casos legales su responsabilidad termina ahí donde comienza la responsabilidad del juez.

#### BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ARIETI, S.: Psychiatric Controversy: Man's Ethical Dimension, *Am. J. Psychiatry*, 132(1), 39-42, 1975.

LUND, CH. C.: The Doctor, the Patient and the Truth. *Annals of Internal Medicine*, 24(6), 955-959, 1946.

NOLL, J.O.: The Psychotherapist and Informed Consent. *Am. J. Psychiatry*, 133(12), 1451-1453, 1976.

OLIN, G.B.: Informed Consent in Voluntary Mental Hospital Admissions. *Am. J. Psychiatry*, 132(9), 938-941, 1975.

Position Statement on the Confidentiality of Medical Research Records. *Am. J. Psychiatry*, 130(6), 739, 1973.

REDLICH, F.: Overview: Ethical Issues in Contemporary Psychiatry. *Am. J. Psychiatry*, 133(2), 125-136, 1976.

WOLFENBERG, W.: Ethical Issues in Research with Human Subjects. *Science*, 47-51, 1967.