

SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS: LA EXPERIENCIA INTERNACIONAL

JULIO ARBOLEDA-FLÓREZ**

REFERENCE: ARBOLEDA-FLÓREZ, Julio; *Mental health and human rights: the international experience*, *Medicina Legal de Costa Rica*, 1994 vol. 10, Nº 2, pp. 22-27.

ABSTRACT: This paper is a review of mental health as related with human rights. With the publication in 1970 of Ramsey's book "The patient as a person", a true ethical revolution operated in the field of Medicine. This was based on a new concept of the physician-patient relationship, until then guided by the Hippocratic tradition, which has as core a paternalistic view of the physician's role. Based on the new concept, the physician is not allowed to deny the patient complete information about the treatment she or he is being proposed, its risks and the expected results.

In Psychiatry the physician-patient relationship is normally even more authoritarian, because often the patient is assumed to be unable to reason. This situation favours the possibility of abuses in psychiatric treatment, which can be unacceptable from the point of view of ethics and human rights.

The presence of an illness should not deprive the patient of autonomy; she or he should be given the opportunity of deciding acceptance, or to ask modifications to the treatment proposed, as long as the patient does not represent a danger for her or his own security or that of other people in the social group.

Unfortunately, abuses in psychiatric treatment are difficult to eradicate, even when ethics has grown stronger in the field with the declarations of the World Medical Association in Helsinki, Tokyo and Venice.

Abuses can also originate in the mental health policies of some dictatorial governments, or where there are oppression of minorities or religious fundamentalistic governments.

Equally to be rejected is the abuse of some governments from industrialized nations which do not provide the psychiatric patient with the necessary facilities for a proper subsistence in the community.

KEYWORDS: mental patients, ethics, human rights.

REFERENCIA: ARBOLEDA-FLÓREZ, Julio; *Salud Mental y Derechos Humanos: La experiencia internacional*, *Medicina Legal de Costa Rica*, 1994, vol. 10, Nº 2, pp. 22-27.

RESUMEN: En el año de 1970 con la aparición del libro *The patient as a Person* (El paciente como persona) de Ramsey, se produce una verdadera "revolución ética" en el campo de la Medicina, fundamentalmente con una nueva conceptualización de la relación médico paciente, que hasta entonces era guiada por la tradición hipocrática, la cual está revestida por un gran paternalismo en la figura del médico.

Basado en esta nueva conceptualización, el médico no puede negarse a dar una información completa al paciente, acerca del tratamiento que le propone, sus riesgos y los resultados esperados.

En la psiquiatría esta relación médico paciente, se vuelve aún más autoritaria, por cuanto muchas veces, se considera al paciente desprovisto de su capacidad de razonar. Esta situación propicia que se puedan cometer abusos en el tratamiento psiquiátrico, que puedan atentar contra la ética y los derechos humanos.

La presencia de una enfermedad no debiera privar al paciente de su capacidad autónoma, debiera permitirle tomar una decisión de aceptar, o pedir modificaciones en el tratamiento que se le propone, siempre y cuando el paciente no presente peligro para su seguridad o la de otras personas del grupo social.

Desafortunadamente, los abusos de la psiquiatría son difíciles de erradicar, a pesar que la ética dentro de la psiquiatría se ha afianzado con las declaraciones de la Asociación Mundial de Medicina en Helsinki, en Tokio y en Venecia. Estos abusos también pueden provenir de las políticas de salud mental que llevan a cabo algunos gobiernos de corte dictatorial, o bien donde existe opresión de minorías o gobiernos de tipo religioso fundamentalista.

Igual de condenable es el abuso que se comete en algunos países industrializados, al no proveer al enfermo mental lo necesario para su subsistencia en la comunidad.

PALABRAS CLAVES: pacientes mentales, ética, derechos humanos.

ÉTICA MÉDICA - TELÓN DE FONDO Y PROPOSICIÓN GENERAL

Kuhn (1962), en su libro ya clásico, *The Structure of Scientific Revolutions* (La Estructura de las Revoluciones Científicas) propone que la ciencia no avanza en forma lineal ni ordenada, sino a saltos y en direcciones diversas, de acuerdo a lineamientos y trazados de pensamiento completamente diferentes a los existentes hasta ese momento en una rama particular del saber. Estas nuevas formas de pensar, las cuales Kuhn denomina "nuevos paradigmas", cautivan la imaginación de los científicos y encausan las

actividades investigativas dentro del nuevo marco paradigmático, hasta cuando un paradigma diferente resurja y le dé nuevo cauce al afán científico para comenzar el proceso nuevamente. Es así como la ciencia se regenera y avanza.

En la rama de la ética médica, la aparición del libro de Ramsey *The Patient as a Person* (El paciente como Persona) en 1970, fue el comienzo de una verdadera "revolución ética" en el campo de la Medicina. Ramsey propuso en su libro que en la relación médico-paciente, el paciente debiera ser el encargado de dictar los términos "substantivos" de la relación, dejando encargado al médico

solamente de los términos técnicos. Este enunciado, completamente contrario a la tradición hipocrática, ha introducido un vuelco en la relación médico-paciente, y se ha convertido, en forma verdaderamente kuhniana, en un nuevo "paradigma ético".

En efecto, por siglos desde Hipócrates, los médicos habían abocado el encuentro con el paciente desde un punto de vista paternalista. Una persona, por el hecho de venir a ver al médico por un problema de salud, se convertía en paciente, es decir, un ser pasivo que abrogaba sus derechos como ente autónomo y se ponía, como un infante, a la disposi-

* Conferencia dictada en el seminario taller sobre Derechos Humanos en la Salud Mental los días 29 y 30 de marzo de 1993, organizado por el Instituto Interamericano de Derechos Humanos, San José, Costa Rica.

** MD, LL.M.C.C., D. Psych., FRCPC, FAPA, DABFP, FACFP, PhD (Epidemiology), Professor and Head, Forensic Division, University of Calgary, Director Department of Psychiatry, Calgary General Hospital, Director Calgary WHO Collaborating Center For Research and Training in Mental Health, Canadá.

ción del médico, pater-padre, quien decidiría entonces si había necesidad de tratamiento, y su clase, y circunstancias. Poca cabida se le daba al paciente para que expresara una opinión acerca del problema a tratar, o de la solución que el médico proponía. Tampoco tenía el médico que dar ninguna explicación, especialmente acerca del diagnóstico. Estas tradiciones que se habían venido pasando de generación a generación de médicos durante siglos, comenzaron con Hipócrates, quien en su Juramento (Edelstein, 1987), el cual todos los médicos tenían que tomar, claramente imponía a los médicos a "dar conocimiento del Arte de la Medicina únicamente a sus hijos, a sus maestros o discípulos... y a nadie más". Más aún, en el *Decorum* (Katz, 1981), Hipócrates también aconsejaba a los médicos "llevar a cabo (sus deberes) calmada y eficientemente, sin decirle nada al paciente".

En la concepción hipocrática de la relación médico-paciente, el médico no solamente le prometía al paciente asistencia de acuerdo a sus capacidades, sino también que le servía de confidente y de guardián de sus secretos. Implícito en la relación se incluía el deber del médico de no tomar ventajas de la debilidad del paciente, y más importante, de nunca comprometer su honor de médico, y a respetar el valor intrínseco de la vida, negándose así a cometer abortos y a no ayudar a nadie a cometer suicidio.

Estas tradiciones que reflejaban la dedicación total a un principio de la santidad de la vida entre los médicos pitagóricos durante el siglo IV a.C., se han visto reemplazadas en menos de dos décadas, desde la aparición del libro de Ramsey, por una filosofía basada en principios kantianos y en el liberalismo del siglo diecinueve. Kant (1967) estipuló el principio de la autonomía de la persona con su pronunciamiento que cada cual tiene el deber de "tratar a la humanidad, en su persona o en la persona de otro, como un fin en sí mismo, no como un medio hacia un fin".

En relación a las filosofías liberales, fue Stuart Mills (reimpresión de 1972) quien propuso que el individuo tenía la libertad de actuar independientemente del control del estado, siempre y cuando no pusiera en peligro los intereses de los otros. El principio de la autonomía tiene como corolario práctico una creencia en la autodeterminación, es decir, nadie tiene el derecho de tomar decisiones sobre

la conducta, la salud, o los intereses privados de otra persona fuera de la persona misma, cuando la persona es de edad y no sufre de ninguna enfermedad que la incapacite para ejercer su libre albedrío. Fuera de este principio de la autonomía, otros dos principios han tenido también una gran influencia sobre los nuevos trazados éticos, el principio de la beneficencia (hacer el bien) y no-maleficencia (no hacer mal), y el principio de justicia, el cual impone un deber de tratar a las personas sobre una base de igualdad, es decir, una obligación de distribuir equitativamente en la población los riesgos y los beneficios de una acción u omisión.

Es poco probable que estos principios éticos hubiesen cogido tanto auge, no obstante su peso moral, si no hubiera sido por el activismo legal de las cortes norteamericanas. Es así como en los últimos veinte años, el corolario de la autodeterminación (libre albedrío), ha sido concretado, desde el punto de vista legal, mediante veredictos cuyo impacto ha sido el de desplazar la balanza en la diada médico-paciente, del lado del médico con su paternalismo, hacia el lado del paciente con su individualismo. Por ejemplo, la tradición médica multicientenaria a través de la cual la decisión sobre el mejor tratamiento a seguir dependía del médico de acuerdo al criterio del "mejor raciocinio médico", o criterio del "médico razonable", ha sido suplantada en el Canadá y en los Estados Unidos por el criterio del "paciente razonable" (Reibl v. Hughes, 1980).

Este nuevo criterio, "establecido por la ley" determina que el paciente es el dueño absoluto de su cuerpo con capacidad de decidir y sin importar las consecuencias de vida o muerte que la decisión pueda acarrear, como lo juzgó la corte estadounidense en el caso de *Canterbury v. Spence* (1972). Es decir, una decisión "irracional" que pueda afectar los intereses vitales del individuo es valedera, si se comprueba que se tomó en una forma "razonada" cuando la persona era competente (Sharpe, 1977). Tampoco puede el médico negarse a dar una información completa acerca del tratamiento que se le propone al paciente, los riesgos que el tratamiento pueda presentar y los resultados esperados. Por ejemplo, por ley en el Canadá, el médico debe informar al paciente cuál es la **naturaleza** y la **gravedad** del procedimiento médico, cuáles son los **riesgos materiales**, y cualquier otra información

específica que el paciente pueda requerir (*Hopp v. Lepp*, 1980).

Es así como el paternalismo médico, por siglos el pivote de la relación entre paciente y médico, se ha convertido, en menos de dos décadas, en un factor a evitar, pues se le considera nocivo al crecimiento emocional del paciente, el cual incluye una aceptación de la enfermedad y de sus riesgos. Hasta cierto punto, el paternalismo también se ha convertido en trampolín de ataque para aquellos que aciertan que el médico utiliza el paternalismo como forma de imponer su autoridad. Mediante el paternalismo, increpan algunos, el médico ocultaría las deficiencias de su ciencia y la falacia de un concepto errado de lo que es la salud y de lo que es la vivencia emocional del enfermarse (Illich, 1975).

ÉTICA, DERECHOS HUMANOS Y PSIQUIATRÍA

Aunque las nuevas conceptualizaciones éticas y las estructuras legales que las soportan se aplican a la práctica de todas las ramas de la medicina, es en el ejercicio de la psiquiatría donde la neo-ética ha cambiado no solamente el balance del poder en la relación médico-paciente, sino también la forma básica del ejercicio de la profesión. Es en la psiquiatría donde el activismo legal se ha sentido con más fuerza; y no pudiera haber sido diferente. Por el mero hecho de que al paciente mental se le considere desprovisto de su capacidad de raciocinar, se le han dado al psiquiatra y a las instituciones psiquiátricas la autoridad, muchas veces de por vida, sobre la persona, los bienes y la libertad del paciente mental. En ningún país hay un grupo social que la ley permita poner a la disposición de otros en una forma tan drástica y tan definitiva. Los prisioneros comunes tienen mejor protección legal, e inclusive a los prisioneros políticos, aun en los países totalitarios, se les somete a juicio, así sea somero, para dar la apariencia de legalidad (esto por supuesto y siempre y cuando no se les impute que sufran de enfermedad mental, como en la ex Unión Soviética, Bloch y Reddaway, 1977, en cuyo caso también pierden todos sus derechos). La asunción de la pérdida de la capacidad del raciocinio le da al estado, por intermedio de la psiquiatría, una semblanza moral para poder actuar paternalísticamente, a guisa de proteger los intereses del incapacitado.

Justiniano (Arboleda-Flórez, 1989). Por otra parte, la primera revolución psiquiátrica fue una revolución ética, cuando en el siglo XIII, con "L'uomo risnacente", se produjo un "despertar del Humanismo", y con él, una conceptualización del hombre como encargado de su propio destino e intrínsecamente, *qua persona*, merecedor del respeto de los otros.

Esta tradición ética de la psiquiatría a través de las edades se ha afianzado en el presente con las diferentes declaraciones de la Asociación Mundial de Medicina en Helsinki, en Tokio, y en Venecia. De igual manera, a nivel mundial, la universalidad de los valores éticos en psiquiatría, su análisis y su impacto al nivel internacional han recibido un ímpetu con la aprobación de la Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 17 de diciembre de 1991 cuando, en relación al Informe Dais, se adoptaron los *Principios para una Política sobre la Salud Mental*. En efecto, la Resolución 46/119 (*International Digest of Health Legislation*, 1992), que técnicamente se llama "La Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de los Servicios de Salud Mental", define las libertades fundamentales y los derechos básicos de los pacientes mentales. La resolución estipula, entre otras cosas, que los pacientes mentales tienen el derecho de vivir y trabajar en la comunidad y a que se les informe de los cuidados y del tratamiento a seguir. Los pacientes también tienen el derecho a dar un consentimiento informado antes de proseguir al tratamiento, a excepción de los pacientes internados a quienes se les debe proteger de acuerdo con procedimientos legales preestablecidos, antes de proceder a darles un tratamiento forzado.

Desafortunadamente, los abusos de la psiquiatría son difíciles de erradicar. Esto es tal vez debido a la facilidad con que la psiquiatría se puede abusar, si se tienen en cuenta la subjetividad de algunos factores diagnósticos, y las influencias sociopolíticas sobre el diagnóstico, el internamiento y el tratamiento ya descritos anteriormente. Desde el punto de vista del abuso diagnóstico y de las interferencias sociopolíticas, la situación en la ex Unión Soviética ejemplifica claramente estas posibilidades. En lo que era entonces la Unión Soviética, el diagnóstico de **delirio de reforma**, dado a los disidentes políticos, permitía su internamiento psiquiátrico y tratamiento con podero-

sos psicofármacos. Estos abusos que fueron muy claramente expuestos por Bloch y Reddway (1977), condujeron finalmente a la expulsión de ese país del seno de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Al parecer, tales abusos se repiten otra vez en Cuba, de acuerdo al informe de Brown quien da detalles acerca de esta situación en su libro, **The Politics of Psychiatry in revolutionary Cuba** (La Psiquiatría Política en la Cuba Revolucionaria, 1991).

La psiquiatría se puede también abusar a nivel de la política nacional de salud mental, en todos aquellos países en donde la única alternativa de tratamiento es la de enviar al paciente a un hospital mental, muchas veces a cientos de kilómetros de distancia, y por prolongadas estadías, negándole así el derecho a convivir con los suyos en su propia comunidad (Basaglia, 1968).

La falta de respeto a la confidencialidad también presenta posibilidades de abuso. Es así, por ejemplo, que en el Uruguay, durante la dictadura, los psiquiatras se podían encontrar en dificultades legales, como colaboradores, por no informar a las autoridades de las actividades políticas de los pacientes (Beigler, 1981). De igual manera, en los Estados Unidos y otros países avanzados, los seguros comerciales de salud exigen del psiquiatra a que suministre información confidencial acerca del paciente bajo pena de no pago de los servicios médicos u hospitalarios (Beigler, *ibid.*). La confidencialidad, y por ende el abuso de los derechos de los pacientes mentales, también se encuentra bajo asedio en aquellos países en donde el avance tecnológico da cabida a la interconexión de base de datos computadorizados. Tal capacidad tecnológica permite trazar una trayectoria de la salud general y mental de una persona, el consumo de servicios sanitarios ambulatorios y hospitalarios, las pólizas de seguros, el nivel de crédito personal y la buena fe como deudor, y las infracciones a la ley, o la historia de criminalidad, para dar una radiografía íntima de un individuo cuya vida privada ya no le pertenece. Desde el punto de vista del ciudadano, especialmente si es un paciente mental o sufre de una aflicción socialmente inaceptable, el mundo orwelliano con sus connotaciones de abuso y discriminación, ya es una realidad.

Cabe también traer a colación los casos de abuso de la psiquiatría entre los

prisioneros en muchos países del mundo. Estos abusos son de tres clases. La primera involucra la tendencia en muchos países avanzados de dar de alta a los pacientes de los hospitales mentales sin proveerles las facilidades necesarias para la subsistencia en la comunidad. Esta política de desinstitutionalización es realmente una *transgresión ética del principio de justicia en la equidad de los riesgos y beneficios*, que se comete a nivel de la burocracia de la salud mental de los gobiernos. La desinstitutionalización sin oferta de servicios alternativos comunitarios es discriminatoria, en cuanto priva a los pacientes mentales del derecho que otros ciudadanos tienen a servicios adecuados de la salud y los condena a servir de otros sistemas sociales adversos a su estado mental, tales como las prisiones. La segunda clase de abusos de la psiquiatría entre los prisioneros se relaciona a su uso como cobayos de investigación, sea para proyectos investigativos claramente así concebidos, pero sin revisión ni aprobación de un Comité de Ética independiente de la institución, o cuando se les somete a terapias conductistas de poca reputación clínica o que no han sido sometidas a un examen riguroso para probar su efectividad. Muchas veces estas investigaciones o uso indiscriminado de terapias de dudosa efectividad clínica se hace sin tener en cuenta los requerimientos mínimos de ética para el uso de seres humanos en las investigaciones científicas (Arboleda-Flórez, 1991). Finalmente, a muchos prisioneros se les somete a tratamientos psiquiátricos cuando no hay realmente una necesidad clínica, sino simplemente como medidas de control de la conducta (Arboleda-Flórez, 1983).

FACTORES SOCIOPOLÍTICOS Y ECONÓMICOS

Tal vez la parte más grave de los abusos de la salud mental son las transgresiones masivas que se pueden catalogar como transgresiones macro-éticas. Este tipo de transgresiones se produce a nivel de los líderes políticos que colocan sus concepciones personales, o de clan, por encima de las necesidades de la población en general, como se ve en Somalia, o en las pendencias perennes entre gobiernos y guerrillas en Latinoamérica, o en el abuso socioeconómico de las minorías étnicas como los negros en Sur África y otros países, o las poblaciones aborígenes americanas en el Cana-

dá y otros países del Continente Americano; en las políticas nacionales de agresión y expansionismo, de guerras fratricidas, de genocidios, de violaciones sexuales, y "limpiamiento étnico" como política militar tal como se estila al presente en Serbia y en Camboya. Tales transgresiones también incluyen el uso de la tortura o de la intimidación. Aunque cualitativamente diferentes, también figuran en el mismo campo de violadores éticos los líderes religiosos fundamentalistas de cualquier índole, que con su intolerancia a las creencias de los otros incitan los odios en vez de fomentar la paz social. O los líderes de las compañías multinacionales que colocan las ganancias de la corporación por encima de las necesidades de la población, especialmente cuando las compañías están establecidas en los países sin industrializar (en este caso el desastre de Bopal en la India, u otra clase de ganancias como en el accidente nuclear de Chernobyl en la ex Unión Soviética, servirían de ejemplo). Todas estas transgresiones tienen un efecto dañino sobre la salud mental no solamente entre las víctimas que sufren sus consecuencias en una forma directa, individualmente o en su colectividad, sino también en los victimarios cuyo sentido de superioridad eventualmente llega a necesitar una alimentación continua de abusos para poder mantenerse. Estas transgresiones se cometen a nivel del agravio al principio de la autonomía kantiana "tratar a la humanidad, en su persona o en la persona de otro, como un fin en sí mismo, no como un medio hacia un fin".

Como se puede ver, los nuevos enunciados de la ética en relación a la salud mental tienen una trascendencia por encima y más allá de las fronteras de la psiquiatría. Pero la ética, considerada como la destilación de los valores de un grupo social, no se puede aplicar cuando una heterogeneidad de valores afecta al grupo, y lo paraliza, hasta el punto de que sus miembros no se pueden poner de acuerdo en lo que es correcto y permitido. Por ejemplo, el impacto de la heterogeneidad de valores se ve claramente en la imposibilidad de resolver el problema del aborto en Irlanda, el Canadá, los Estados Unidos y otros países, o en el presente dilema en relación a la eutanasia. Es aquí cuando se presenta la necesidad de introducir leyes que, como en el Canadá, en algunos países europeos, y en los Estados Unidos, dicten cuáles son

las reglas éticas a acatar y que son mandatorias para toda la población, independientemente de los valores morales y percepciones sociales de los diferentes grupos que constituyen la comunidad nacional. Tal ha sido, por ejemplo, la solución dada muy recientemente al problema de la eutanasia en Holanda.

Por otra parte, los problemas éticos no se pueden abordar únicamente desde el punto de vista moral y legal; falta adionarles el punto de vista económico. Es aquí cuando ocurre una cisura entre los enunciados éticos provenientes de los países desarrollados y su aplicabilidad en los países en vía de desarrollo. Así como la ética se convierte en una materia básica cuando hay una disparidad de los valores sociales, así también los derechos aumentan cuando los medios económicos permiten aceptar las exigencias de la población en general. Una población en donde los valores son homogéneos, no tiene conflictos éticos; y una población superdotada de medios económicos, puede expandir los derechos hasta donde la cornucopia pueda alcanzar. Desafortunadamente, la cornucopia tiene poco alcance en muchos países. Este problema, sin embargo, al nivel local o nacional, debiera ser éticamente espurio, puesto que si se respeta el principio de justicia, el de que los riesgos y beneficios se apliquen equitativamente en la población, no importaría si los medios disponibles para la distribución son muchos o pocos, siempre y cuando la población y sus líderes políticos decidan que la distribución se haga con un sentido de justicia social. Los gobiernos nacionales no tienen que pedir permiso a otros gobiernos para distribuir las riquezas y los recursos de una nación entre sus habitantes. Una distribución equitativa de los recursos incrementaría la paz social, y como resultado, la salud mental de la población.

Por otra parte, el problema es real a nivel internacional, en el que el principio de justicia dictaría que las riquezas no pertenecen a una nación, o grupos privilegiados de naciones, sino a la humanidad entera. El problema es real en el que un gobierno, o grupo de gobiernos, no puede imponer a gobiernos extranjeros a que se deshagan de sus ganancias y las distribuyan entre los otros que no ganan tanto. ¿Debiera ser esta la próxima arremetida de un sistema de ética internacional? Hasta cierto punto, este es el nudo gordiano que no se ha podido desatar a

pesar de los años de diálogo en las reuniones Sur-Norte cuya meta es la de establecer un mejor balance comercial y más equitativo entre los países productores de materias primas y los países exportadores de productos manufacturados, es decir, entre los países en vía de desarrollo, la mayoría de ellos en el hemisferio sur, y los países desarrollados que se encuentran generalmente en el hemisferio norte. Tal vez una mejor distribución de las riquezas a nivel internacional pudiera traer más estabilidad y darle una mejor oportunidad a la paz mundial. Los beneficios para la salud mental de todas las poblaciones del planeta serían incalculables. Una elucubración ética de estas interacciones a nivel internacional, sin embargo, está por encima de los límites de esta presentación.

UN ESQUEMA DE ACCIÓN

La similitud de problemas a la escala internacional permite considerar las relaciones ético-legales de la psiquiatría y de la salud mental desde un punto de vista universal, y permite también avanzar soluciones que, teniendo en cuenta peculiaridades culturales y socioeconómicas, pudieran aplicarse a muchos países. La salud mental, sin embargo, aunque comienza con una disposición personal y se incrementa con el apoyo del grupo comunitario inmediato, depende de muchos factores nacionales e internacionales, en donde los balances geo-políticos toman más importancia que las necesidades del individuo o del grupo social. Tal vez este sea el esquema de acción más inmediato para los psiquiatras y los otros profesionales de la salud mental, el de empeñarse a demostrar a sus gobiernos y a sus líderes que el tratamiento de los trastornos mentales depende del respeto de los derechos humanos como base esencial de la salud mental.

REFERENCIAS

1. ARBOLEDA-FLÓREZ, J.: *The Ethics of Psychiatry in Prison Society*, Canadian Journal of Criminology, January (47-54), 1983.
2. ARBOLEDA-FLÓREZ, J.: *Associate Editor's Editorial, Ethical Issues Regarding Research on Prisoners*, International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 35(1):1-5, 1991.
3. ARBOLEDA-FLÓREZ, J.: *Two solitudes: mental health and law*, Journal of Forensic Psychiatry, 1(2):143-163, 1991.

4. ARBOLEDA-FLÓREZ, J.: "Problemas Médico-Legales de las Terapéuticas Psiquiátricas", en H. Puppo Touriz, A. Solza Larrosa y D. Puppo Bosch (eds.) *Medicina Legal Latinoamericana*, Montevideo: Copygraf s.r.l., 1990.
5. BASAGLIA, F.: *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*. Torino: Einaudi, 1968.
6. BEIGLER, J.S.: *Privacy and Confidentiality*, en C.K. Holling (ed), *Law and Ethics in the Practice of Psychiatry*, New York: Brunner/Mazel, 1981.
7. BERLINGER, G.: *Psiquiatría y Poder*, Trans. Mazia F. Buenos Aires: Granica Editor, S.A., 1972.
8. BLOCH, S. and REDDAWAY, P.: *Psychiatric Terror. How Soviet Psychiatry is Used to Suppress Dissent*. New York: Basic Books, 1977.
9. BROWN, C. J. y Lago, A. M.: *The Politics of Psychiatry in Revolutionary Cuba, Freedom House*, New Brunswick (USA): Transaction Publishers, 1991. Canterbury v. Spence, 464 F. 2d. 772, 1972.
10. EDELSTEIN, L.: *The Hippocratic Oath; Text, Translation, Interpretation*. In O. Temkin and 6derCL Temkin *Ancient Medicine*, Baltimore: John Hopkins University Press, 1987:3-63.
11. GUTTMACHER, M. S.: *The Role of Psychiatry in Law*, Springfield, ill.: Charles C. Thomas, 1968.
12. HIPÓCRATES: *Decorum*. Citación en Katz, J.: Chapter 4, "Disclosure and consent in psychiatric practice: mission impossible?" In CK Holling (ed) *Law and ethics in the practice of psychiatry*, New York: Brunner/Mazel, 1981.
13. HOPP V. Lepp 2 S.C.R. 192, 1980.
14. ILLICH, I.: *Némesis Médicale - L'expropriation de la Santé*. París: Seuil, 1975.
15. *International Digest of Health Legislation: United Nations General Assembly adopts Principles for policy on mental health*, 43(2):413-423, 1992.
16. KANT, I.: *Foundations of the Metaphysics of Morals*, in A. I. Meiden, *Ethical Theories-A Book of Readings*, Englewood Cliffs (N.J): Prentice Hall, 1967.
17. KUHN, T.S.: *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago The University of Chicago Press, 1962.
18. MILLS, S.: *On Liberty*, in S.M. Cahn (ed), *Classics of Western Philosophy*, Indianapolis: Hackett Publishing Company, 1972.
19. RAMSEY, P.: *The Patient as a Person: Explorations in Medical Ethics*. New Haven: Yale University Press, 1970.
20. REIBL V. Hughes, 2 S.C.R. 880, 1980. Sharpe, G.: *Consent and Competency*, *Can Medical Assoc Journal*, 117, Nov. 1977.