

CONFIDENCIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

CONFIDENTIALITY IN PSYCHIATRY

DR. OCTAVIO ROJAS G. (1)

1. DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA. CLÍNICA LAS CONDES.

Email: orojas@clc.cl

RESUMEN

La confidencialidad ha acompañado al ejercicio de la medicina desde sus inicios. Para la psiquiatría su aplicación, sus restricciones y sus excepciones constituyen una parte nuclear de su propia existencia como especialidad médica. El paciente asiste al psiquiatra con la convicción *a priori* de que compartirá información relevante e íntima con una persona capacitada para recibirla en forma empática, que respetará aspectos valóricos y socioculturales y que emitirá una opinión acerca de síntomas mentales y conductuales proponiendo un esquema de tratamiento. La complejización de la medicina, la tendencia al trabajo interdisciplinario dentro de las instituciones de salud, ha provocado erosiones y cambios en la aplicación de la confidencialidad. Los aspectos legales y la influencia de los administradores de salud, los distintos tipos de registro de la información junto a la implementación de las fichas electrónicas han exigido la construcción de nuevas fundamentaciones acerca del concepto de confidencialidad. Mantener altos estándares éticos en la aplicación del ejercicio de la medicina debiese estar inseparablemente vinculado al estudio de la bioética desde la formación inicial de los médicos.

Palabras clave: Psiquiatría, confidencialidad, ética, relación médico paciente.

SUMMARY

Confidentiality has gone hand in hand with the practice of medicine since its inception. For psychiatry application, its restrictions and exceptions are a core part of its own existence as a medical specialty. They assist the psychiatrist with the conviction that relevant and intimate information is shared

and intimate with a person entitled to receive empathic, will respect socio-cultural aspects and issue an opinion on mental and behavioral symptoms suggesting a treatment schedule. The complexity of medicine, the trend toward interdisciplinary work in health institutions, has led to erosion and changes in the application of confidentiality. The legal aspects and the influence of health managers, different types of recording information by the rise of electronic health records have required the construction of new foundations on the concept of confidentiality. Maintaining high ethical standards in implementing the practice of medicine should be linked the study of bioethics from the initial training of physicians.

Key words: Psychiatry, confidentiality, ethic, physician-patient relationship.

INTRODUCCIÓN

La ética en la práctica psiquiátrica, además de ser un ente rector de nuestro funcionamiento, está implicada en la mayoría de las decisiones clínicas. Muchos de los pacientes que consultan al psiquiatra se resisten durante años a buscar ayuda. Deben superar previamente obstáculos sociales y el peso gravitante de la estigmatización (1). De esta manera, los psiquiatras además de la labor clínica habitual, deben tener estos aspectos presentes con la finalidad de ser tributarios de la confianza del paciente. Toda vez que se supera esta complejidad inicial, se establecen las bases para el inicio de la alianza terapéutica. Usamos este último término en su sentido más amplio, no sólo en lo relativo a la comprensión que tiene el paciente de su propia enfermedad, sino además, la capacidad del mismo para entablar con el terapeuta una alianza de trabajo duradera en función del tratamiento(2). A partir del establecimiento del vínculo terapéutico comienzan a gravitar una serie de temas éticos relevantes tal como se muestran en la tabla 1.

TABLA 1. TEMAS ÉTICOS CLAVES EN PSIQUIATRÍA

• Mantenimiento de los límites terapéuticos.
• No abandono del paciente.
• Consentimiento informado.
• Toma de decisiones alternativas y voluntades anticipadas.
• Aplicación ética del poder.
• Confidencialidad.
• Conflictos de intereses.
• Estigmatización social de la enfermedad mental.

Fuente: Weiss Roberts L, Hoop J.G, Dunn L.B, Aspectos éticos de la Psiquiatría, Hales R.E, Yudofsky S.C, Gabbard G.O, Tratado de Psiquiatría Clínica, 5ª edición en Español, Barcelona, Elsevier España.

La confidencialidad es la piedra angular de la relación médico paciente en psiquiatría (3). Adquiere un peso muy alto por la información íntima dotada muchas veces de pudor y de escrúpulos, que los pacientes proporcionan a sus tratantes. En otras ocasiones, cualquier divulgación de determinadas patologías o de algunos aspectos de las mismas erosionan dolorosamente la dignidad de los pacientes, debido a la visión prejuiciada que las sociedades ejercen acerca de muchas patologías psiquiátricas.

ASPECTOS HISTÓRICOS

Las primeras aproximaciones a la confidencialidad en la relación médico paciente pueden identificarse en fragmentos del juramento hipocrático, entre los siglos VI y III antes de Cristo:

“Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás debe divulgarse, lo callaré teniéndolo por secreto” (4).

Muchos de los planteamientos hipocráticos derivan de los círculos pitagóricos, comunidad que profesaba ciertos preceptos, obligatorios para todos sus miembros y que muchas veces debían ser guardados en el más profundo secreto (5).

Autores como Higgins han hecho la observación de que el juramento aboga por la no divulgación, pero no define qué es lo prohibido, quedando esta decisión en manos del criterio de los médicos insertos en los contextos sociales y profesionales específicos (6). Un documento muy valorado data del año 1370, escrito por el cirujano John Aderne: “Fistula-in-Ano”, quien además de describir técnicas quirúrgicas, se refirió al deber de mantener la discreción y a la confidencialidad que los cirujanos debían profesar sagradamente en relación a las enfermedades de sus pacientes (4).

Durante el siglo XIX surgieron los primeros códigos de ética en medicina. Thomas Percival creó en 1803 un código de normas éticas para el hospital de Manchester, el cual se encontraba bajo el influjo de un intenso conflicto entre los médicos. Este código, contenía en algunas de sus secciones, referencias explícitas acerca de la confidencialidad empleando términos como “delicadeza y secreto en determinadas circunstancias” y “cuidar escrupulosamente el honor de los pacientes” (7).

En el año 1948 la Asociación Médica Mundial dio origen a la Declaración de Ginebra y en 1949 al Código Internacional de Ética Médica. La mencionada Declaración de Ginebra señala: “Respetaré los secretos que me sean confiados”, explayándose más adelante: “Un médico debe a su paciente el secreto absoluto sobre todo lo que le ha sido confiado a él o que él sabe debido a la confianza depositada en él” (4). Por otro lado, la Asociación Psiquiátrica Mundial en 1977, a través de la denominada Declaración de Hawái, dio origen al primer código de ética dirigido a psiquiatras.

Históricamente se han registrado diversas miradas en relación al lugar que ocupa el secreto médico. La idea hipocrática durante siglos tomó la forma de un deber de los médicos, no como derecho de los pacientes, por lo tanto se constituía un paternalismo médico: “criterio médico”, “discreción profesional”. Durante muchos siglos no se consultó a los médicos como peritos desde las cortes de justicia. En épocas de oscuridad se les solicitaron opiniones acerca de “brujas”, “herejías”, asesinatos, pero como observadores o testigos. A partir del siglo XIX el secreto profesional muta desde un deber del médico hacia un derecho ciudadano (8). Como afirma Diego Gracia: “se trata de uno de los llamados derechos-deberes, ya que es un derecho que genera en los profesionales un deber específico” (8). El proceso de relativización del secreto médico en función del derecho alcanza su clímax con el advenimiento de la medicina legal. La idea del sometimiento del secreto médico al sistema legal ha ido creciendo con el tiempo, sobre todo en los países anglosajones. Unido al desarrollo de los sistemas legales, la ciudadanía progresivamente más informada y organizada, comenzó a exigir mayor información en relación a las enfermedades. En un primer momento fueron: la sífilis, la tuberculosis, las epidemias de cólera, la poliomielitis y, más recientemente, el impacto del sida. Los médicos tuvieron que ir abandonando la concepción absoluta del secreto médico, instalándose progresivamente un “paternalismo del estado” sobre el manejo de los datos médicos (6). Este término empleado por Higgins encara el espíritu de las teorías éticas utilitaristas, las cuales propugnan la maximización de los beneficios, minimizando los perjuicios para el mayor número de personas posibles. Otra característica de estas teorías es que tienden a normar cuáles acciones son más adecuadas en relación con las consecuencias de las mismas (9).

Obviamente esta relativización del secreto médico ha traído muchas dificultades, sobre todo en los territorios de la “información sensible”, concepto empleado por ejemplo en genética y en medicina predictiva (8). La psiquiatría sería un territorio poblado de datos sensibles donde la documentación recopilada se estructura en base a la vida privada de las personas.

En Chile se han logrado avances para proteger la privacidad de los pacientes. Un ejemplo práctico fue la implementación de sellos físicos para resguardar la información del diagnóstico médico en las licencias médicas laborales. Un hito importante fue la aprobación en 1999 de la Ley N° 19.628 "Sobre protección de la vida privada o protección de datos de carácter personal" (publicada en el Diario Oficial el 28 de agosto de 1999). En la letra g) de su artículo 2 menciona como datos sensibles a "aquellos datos personales que se refieren a las características físicas o morales de las personas, tales como los hábitos personales, el origen racial, las ideologías y opiniones políticas, las creencias o convicciones religiosas, los estados de salud físicos o psíquicos y la vida sexual". Muy recientemente, el 13 de abril del 2012 fue promulgada la ley N° 20.584 que "Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud". En su párrafo 5 "De la reserva de la información contenida en la ficha clínica", en el artículo 12 se menciona explícitamente la conservación y confidencialidad de los datos aclarándose que "toda la información que surja, tanto de la ficha clínica como de los estudios y demás documentos donde se registren procedimientos y tratamientos a los que fueron sometidas las personas, será considerada como dato sensible, de conformidad con lo dispuesto en la letra g) del artículo 2 de la ley N° 19.628.

Leyes como las anteriormente expuestas, hablan de un sofisticamiento cívico y de un sistema legal que protege al individuo y su privacidad. Pero hay que ser cautos en relación a los límites de las leyes ya que las mismas no pueden abarcar la totalidad de los eventos que pudieran darse en el terreno de los datos confidenciales en psiquiatría. En la práctica diaria de esta especialidad, el abordaje de los problemas relativos a la confidencialidad tienen un cariz más inclinado hacia la bioética que hacia las leyes vigentes. Como analizaremos más adelante existen situaciones clínicas que generan importantes conflictos éticos en psiquiatría. La creatividad de los terapeutas para involucrar al paciente en la solución del supuesto dilema con la confidencialidad y vincularlo con su cuadro clínico específico contribuye a fortalecer la alianza terapéutica y evita escaladas de judicialización innecesarias.

Confidencialidad y comentarios sobre los pacientes en el hospital general

Para muchos pacientes sería importante y hasta imprescindible que los médicos y otros integrantes de los equipos de salud intercambiasen opiniones sobre su caso. En un mismo sentido los médicos u otros profesionales pudieran necesitar conversar y analizar distintos aspectos sobre los pacientes. En el caso de la psiquiatría, muchos síntomas anímicos y conductuales son pesquisados por médicos no psiquiatras que consideran adecuada la derivación. Surgen entonces diversos puntos de vista en relación al tipo de información que pudiera llegar a intercambiarse. Comienzan a instalarse dilemas en relación a la necesidad o no de verbalizar datos sobre el caso. Muchos psiquiatras opinan que sólo a través de un consentimiento informado firmado por el paciente podría producirse este intercambio. Algunos consideran esto como una exageración o como un uso inadecuado de la confidencialidad. Incluso muchos apelan a categorías como "descortesía", de no producirse algún comentario

(10). Particularmente notorio sería este conflicto cuando un síntoma es transversal y produce distintos cuadros médicos tratados por diferentes especialistas. Por ejemplo la angustia, la ansiedad generalizada y el insomnio, en relación a un paciente hipertenso o a un paciente con hiperfagia compensatoria y un sobrepeso. Otros psiquiatras pudieran considerar triviales o rebuscadas tales disquisiciones y entablar conversaciones informales sobre muchos aspectos de los pacientes. Creemos que los médicos, los psiquiatras y todos los integrantes de los equipos de salud debieran estar pendientes en sus conversaciones formales o informales de la importancia de la confidencialidad: el mero hecho de consultarle al paciente sobre si permite o no intercambiar opiniones con el colega que realizó la derivación, ya coloca al psiquiatra como un salvaguarda de la intimidad del paciente, lo que sin duda afianzaría la relación médico-paciente (11). Después de este paso, pudiera afinarse qué tipo de información sería conveniente intercambiar en beneficio del tratamiento médico integral y cuál pudiera prescindirse.

La confidencialidad y sus excepciones en situaciones clínicas especiales en psiquiatría

La idea del concepto de la confidencialidad está implícita a priori en los pacientes, incluso sin que necesariamente hayan reflexionado extensamente acerca de su significado. Es muy difícil que una psicoterapia o una intervención médico psiquiátrica tenga algún sentido sin que el paciente se sienta con la mayor de las libertades para ventilar información íntima. En psiquiatría se manejan datos e información sensible de las personas, las cuales consultan en un período de fragilidad y vulnerabilidad. En muchas ocasiones el seguimiento y control de estos pacientes se prolonga por un largo período de tiempo, incluso años. El manejo de toda esta información y su interpretación forma parte del acto médico, ese es su único fin posible y su uso va en beneficio directo del paciente. Las faltas en el resguardo de estos datos exponen a los pacientes a muchos riesgos que incluyen la lamentable difusión de los mismos. Esto mancilla la dignidad de las personas y contribuye a la estigmatización en el caso de los pacientes psiquiátricos. Acorde a la ética principialista, desarrollada a partir del Informe Belmont (1979) por Childress y Beauchamp (12), se incurriría en una violación del principio ético de no maleficencia, en este caso el derecho de las personas a mantener su privacidad.

El debate fundamental de la ética basada en los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia en psiquiatría se centra entre el principio de beneficencia con relación al principio de autonomía (13). Este último consiste en la obligación moral de permitir a la persona gobernarse a sí misma pudiendo entonces tomar decisiones en relación con su salud. El paciente además ha de ser competente, estar bien informado y estar libre de coacciones externas. Justamente las competencias mentales comprometidas con la perturbación de la capacidad reflexiva y la alteración del juicio de realidad son las que socavan, en el paciente psiquiátrico el pleno ejercicio de la autonomía. El médico al guiarse por el principio de beneficencia, es decir; con la obligación moral de actuar en beneficio del enfermo muchas veces tendrá que abandonar los mandatos estrictos del secreto y de la confidencialidad de manera excepcional para proteger la vida del paciente o de terceros.

Hasta aquí hemos nombrado algunos referentes teóricos desde el punto de vista ético, como la ética utilitarista y la principialista. Por supuesto no son los únicos, otros marcos referenciales como la teoría kantiana (deontológica, basada en las teorías de Immanuel Kant), la ética de la virtud (de la tradición griega clásica: Platón y Aristóteles), la ética del cuidado (focalizada en rasgos como el amor, la simpatía, la fidelidad y la amistad) y la casuística (Jonsen y Toulmin) han sido aplicadas a los problemas éticos de la psiquiatría (14). Tal como ocurre con los sistemas legales, los marcos teóricos éticos tampoco son absolutos, ni pretenden ser normativos. El pensamiento médico, por razones prácticas, tiene una tendencia natural a aspirar a soluciones de carácter universal. Lamentablemente para la aproximación de los dilemas éticos, incluidos los relativos a la confidencialidad en psiquiatría, no existe una teoría que logre depurar y abarcar todos los conflictos posibles. Análisis caso a caso, donde imperen lógicas dialógicas que intenten incluir a los pacientes en las posibles soluciones a los conflictos, tienden a ser más efectivos. Al sentirse involucrados con su médico en la solución de los problemas de revelación de datos, los pacientes la aprecian como un esfuerzo conjunto para abordar un problema complejo (11).

A continuación intentaremos exponer algunas de las situaciones donde se producen excepciones a la aplicación de la confidencialidad en la práctica clínica psiquiátrica.

El suicidio continúa siendo el hecho más traumático y grave de la práctica psiquiátrica (15). Es una de las situaciones donde se relativiza la confidencialidad con la idea directriz de proteger la vida del paciente. En determinados casos el psiquiatra queda sometido a una tensión ética elevada que incluye el debilitamiento de la alianza terapéutica construida. Muchos pacientes con enfermedades del ánimo y episodios depresivos entre otras patologías, verbalizan intenciones suicidas o patrones autodestructivos solicitando expresamente al psiquiatra guardar en reserva estas intenciones. En muchos casos los propios pacientes se alivian al transmitir tales intenciones y son permeables a modelos de intervención psicoterapéuticos en crisis. En otros, el psiquiatra puede considerar de elevado riesgo el caso y opta por informar a los familiares o a redes de apoyo del paciente. Conviene destacar que muchos pacientes escamotean la ideación suicida o esta se encuentra enmascarada en un discurso melancólico. Se disponen hoy en día de distintos instrumentos como predictores de riesgo de suicidalidad (16). En estos casos, incluso cuando la subjetividad del tratante sea el único factor de predictibilidad, está justificado el rompimiento de la confidencialidad. Lo adecuado es que posteriormente el psiquiatra pueda analizar su decisión con el paciente, pasado el período crítico de riesgo. Habitualmente cuando el paciente recupera autonomía y aumenta su capacidad reflexiva valora constructivamente el esfuerzo del psiquiatra por protegerlo.

Un aspecto frecuente en el contexto del hospital general, es el relativo al consumo de sustancias y a la dependencia a alcohol. Por ejemplo, un paciente de 35 años sufre un infarto del miocardio agudo y el psiquiatra dispone de información acerca de una dependencia a cocaína. La relación del consumo de cocaína con patologías cardiovasculares y acciden-

tes cerebros vasculares en adultos jóvenes está bien documentada, por lo que resguardando las formalidades, cuidando la extensión de la información, limitando el número de personas que la dominen al mínimo necesario; el equipo médico tratante debiera manejar los antecedentes sobre el consumo en función de un tratamiento médico adecuado. Esto permitiría, además, que las intervenciones médicas preconicen persuasivamente el inicio de un tratamiento integral para la dependencia de sustancias en programas *ad hoc*.

El riesgo de daño a terceros, donde resaltan la conducta homicida y el abuso a menores de edad, es otra de las situaciones donde el psiquiatra deberá tomar decisiones segregando a un segundo plano la confidencialidad, avisando en muchos casos a la víctima potencial o a las autoridades pertinentes. Un punto de partida global en este aspecto fue el desenlace del caso *Tarasoff (Tarasoff vs Regents of the University of California, 1974-1976)* (17). El tribunal deliberó durante 14 meses y especificó la importancia de la confidencialidad, pero dio más peso al principio ético de beneficencia; por lo tanto, los psiquiatras deben, ante el riesgo de daño a terceros, notificar a la víctima o a allegados a esta, a la policía o realizar las maniobras razonables que se requieran para proteger a las personas amenazadas. No se trata solamente de una obligación legal, antes que nada son obligaciones morales y profesionales las que debieran regirnos.

Tanto en la conducta suicida como homicida, los psiquiatras están sometidos a enormes desafíos clínicos y éticos. Es conveniente precisar que no existe un método absoluto que prediga ambas situaciones. Lo que existe por el momento son aproximaciones clínicas que evalúan el riesgo. Por lo tanto, tras completarse la evaluación del paciente, es pertinente que se explicita el grado de riesgo de suicidio o de homicidio. Si el psiquiatra reúne información clínica valiosa y tiene elevadas sospechas debe romper la confidencialidad.

Todas estas situaciones comentadas están llenas de dificultades para implementarse. Sería contrario a toda regla básica de acercamiento empático con un paciente si en los primeros minutos de la entrevista inicial se definieran los límites de la confidencialidad. Habitualmente los psiquiatras mientras van avanzando en las consultas, en base al material entregado en las entrevistas, definen lo relativo a la confidencialidad. Esto supone importantes riesgos, ya que en muchas ocasiones no es prudente retrasar demasiado la conversación sobre la confidencialidad, dada la posibilidad de que exista información relevante que atañe al paciente o a otras personas (11).

REGISTROS MÉDICOS EN PSIQUIATRÍA

El aspecto concreto de la información médico psiquiátrica y su registro en las fichas clínicas ha sido punto de debate durante muchos años en psiquiatría. El tema se ha ido complejizando con la aplicación cada vez más generalizada de sistemas digitales de fichas clínicas en las instituciones de salud. Las ventajas y desventajas entre la ficha electrónica y de papel es muy amplio y complejo, pero de modo general los sistemas

electrónicos tienen mayor durabilidad, disponibilidad, legibilidad, mayor posibilidad de estandarización y mayor accesibilidad al momento de ubicar datos clínicos (18). Entre sus desventajas destacan el alto costo de implementación inicial, la resistencia natural en el personal sanitario no familiarizado con el uso de sistemas digitales y los temas vinculados a la seguridad (19).

En el caso del manejo de la información en psiquiatría Bengtsson ha advertido sobre la importancia del uso de claves de acceso y de un sistema que verifique las entradas y las salidas a los datos sensibles (20). Hoy en día existen sistemas de seguridad informáticos más sofisticados como los biométricos y los criptográficos, ninguno por cierto, infalible. En muchas instituciones de salud con departamentos de psiquiatría se han desarrollado filtros de confidencialidad que excluyen el acceso de otros profesionales y de personal externo a la ficha electrónica de los pacientes. Cuando son informados de esto, algunos pacientes manifiestan su beneplácito y otros se asombran al considerarlo obvio. Esta barrera protectora de la confidencialidad no está exenta de dificultades ya que, al menos en el contexto del hospital general, otros colegas no pueden ver qué psicofármacos reciben los pacientes, no pudiéndose analizar probables interacciones farmacológicas en los casos en que los pacientes no informasen del tratamiento que reciben (algo bastante común por el temor a la estigmatización). En otras instituciones no se disponen de estos sistemas por lo que los psiquiatras deben ser cuidadosos con sus registros del mismo modo que en los hospitales y establecimientos donde se usan fichas clínicas de papel.

Lo relevante en ambos tipos de registros es el modo y el tipo de información que se consigna. En general información marginal sobre terceros, descripciones de impulsos o fantasías que no se hayan traducido en conductas, sería prudente no anotarlas en las fichas (11). Haciendo un breve resumen básico, debiera usarse un lenguaje neutral, descriptivo, centrado en los síntomas y en el examen mental, incluyendo siempre el nivel de conciencia, el estado del juicio de realidad, la con-

dición anímica, la presencia de ideación suicida y sus características, la potencialidad de riesgos de daño a terceros y los temas relativos a la adherencia al tratamiento médico o psiquiátrico. No es necesario explayarse sobre aspectos biográficos, conflictos personales o familiares. Muchos psiquiatras optan por mantener cierta información delgada en registros separados, lo cual tampoco está exento de riesgos y dificultades.

CONCLUSIONES

La confidencialidad ha vivido una transformación histórica desde los preceptos enunciados en el juramento hipocrático. Las bases éticas que han sostenido el secreto profesional se han desplazado desde el criterio absoluto del médico hacia otros horizontes donde participan las leyes y los tribunales.

Consideramos que son los análisis éticos de cada caso en particular los que van a arrojar soluciones constructivas para los dilemas que aparecen en relación a la aplicación de la confidencialidad. En este sentido, abogamos por soluciones creativas para estos conflictos, donde se mantenga el privilegio del paciente a disponer de una relación confidencial con su psiquiatra. En los casos en que deba ser vulnerada, se debe intentar involucrar al paciente, contar con su consentimiento mientras se pueda, y brindar información restringida, acotada y a la menor cantidad de personas posibles dentro de los equipos de salud.

En psiquiatría la confidencialidad no es un constructo estático ni absoluto y tiene excepciones específicas como lo son el suicidio, la conducta homicida y el abuso a menores de edad.

Más allá de las disposiciones legales vigentes, cada vez más en la línea de la protección de la información sensible, los psiquiatras tienen el deber ético de proteger de manera segura los archivos y la información de sus pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Link BG, Phelan JC: Stigma and its public health implications. *Lancet*.2006; 367:528-529.
2. Sandler J, Dare C, Holder A, La alianza terapéutica, Sandler J, Dare C, Holder A, El paciente y el analista. Las bases del proceso psicoanalítico, 2a edición revisada y aumentada en español, Buenos Aires, Editorial Paidós SAICF, 1993:35-49.
3. Sokol DK : A crisis of confidence. *BMJ*.2006;336:639.
4. Reiser SJ, Dyck AJ, Curran WJ, eds. Ethics in medicine: historical perspectives and contemporary concerns. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology Press, 1977:5,6,12-15,17,26-34.
5. Capelle W, Ciencia y Mística, Capelle W, Historia de la filosofía griega, 2da edición en español, Madrid, Editorial Gredós, S.A, 1992:33-46
6. Higgins GL: The history of confidentiality in medicine: The physician-patient relationship. *Can Fam Physician*.1989;35:921-926.
7. Percival T, Medical ethics, Birmingham, U.K, Classics of Medicine Library, 1985:7-10.
8. Gracia Guillén D, La confidencialidad de los datos clínicos, Calcedo Ordóñez A, Secreto Médico De Datos Sanitarios En La Práctica Clínica, Editorial Médica Panamericana, S.A, 2000:19-34.
9. Stuart Mill, J: Utilitarianism, Collected works of John Stuart Mill, vol. 10, ed J. M. Robson. Toronto, University of Toronto Press, 1969 [trad. esp.: El utilitarismo. Madrid, Alianza, 1999].
10. Fink, R.: Viewpoint. *Psychiatric News*. 3 d febrero de 1989; p.18.
11. Joseph D.I, Onek J, La confidencialidad en psiquiatría, Bloch S., Chodoff P., Green S.A, La ética en Psiquiatría, Primera edición en español, Madrid, Editorial

Triacastela;2001:111-142.

12. Beauchamp T.L, Childress J.F, Principles of Biomedical Ethics, Cuarta edición, Nueva York, Oxford University Press, 1994. Principios de ética biomédica. Barcelona, Masson, 1998.

13. Weiss Roberts L, Hoop J.G, Dunn L.B, Aspectos éticos de la psiquiatría, Hales R.E, Yudofsky S.C, Gabbard G.O, Tratado de Psiquiatría Clínica, Quinta edición, Barcelona, Masson; 2009:1493-1525.

14. Beauchamp T.L, Los fundamentos filosóficos de la ética en psiquiatría, Bloch S., Chodoff P., Green S.A, La ética en Psiquiatría, Primera edición en español, Madrid, Editorial Triacastela; 2001:35-56.

15. Simon RI, Assessing and Managing Suicide Risk: Guidelines for Clinically Based Risk Management. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2004.

16. Benjamin James Sadock y Virginia Alcott, Medicina psicosomática, Sinopsis de Psiquiatría Ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica, Décima edición, Barcelona, Wolters Kluwer Health España, S.A., 2008:1371-1382.

17. Tarasoff vs. Regents of the University of California. 131 Cal. Rptr 14, 17 Cal. 3d 425, 551 P.2d 334 (1976).

18. Fernando B, Kalra D, Morrison Z, Byrne E, Sheikh A. Benefits and risks of structuring and/or coding the presenting patient history in the electronic health record: systematic review. *BMJ Qual Saf.* 2012 Apr; 21(4):337-346.

19. Esper GJ, Drogan O, Henderson WS, Becker A, Avitzur O, Hier DB. Health information technology and electronic health records in neurologic practice. *Neurol Clin* 2010; 28(2):411-427.

20. Bengtsson S. Clinical requirements for the security of the electronic patient record. *International Journal of Bio-medical Computing* 35(Supl):29-31, 1994.

El autor declara no tener conflictos de interés, con relación a este artículo.