



Artículo de Revisión:

Deber ético de promover la autonomía y competencia del paciente psiquiátrico.

Ethical duty to promote the autonomy and competence of the psychiatric patient.

Rev. chil. neuropsicol. 2010; 5(1): 13-20
Publicado online: 15 de febrero 2010

Francisco Javier León C. ^a*

^a Centro de Bioética, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica. Chile.

(Rec.: 20 de noviembre 2009. Acep.: 30 de enero 2010)

Resumen

Artículo de revisión teórica sobre el deber ético de promover la autonomía y la competencia del paciente, como fin fundamental en la actuación del profesional psiquiatra. Más allá del respeto por la autonomía, su interpretación legal, las decisiones sobre la competencia del paciente y la subrogación en sus familiares, está la promoción de su autonomía –dentro de lo posible en cada caso- como parte del respeto por su dignidad personal. El autor parte del análisis del concepto de autonomía y su papel en la bioética, y su aplicación en el caso de las enfermedades psiquiátricas, siguiendo el modelo de “intención ética” de Ricoeur, para articularla con la beneficencia y la justicia. Concluye que es deber ético primordial de los profesionales, en el ámbito de la psiquiatría, promover la mayor participación posible del paciente en las decisiones que se tomen sobre su salud, así como mejorar su competencia mediante el tratamiento y mediante la educación en salud.

Palabras Clave: autonomía, competencia, bioética, psiquiatría.

Abstract

Theoretical review article on the ethical duty to promote the patient's autonomy and competence, as a fundamental aim in the professional psychiatrist's performance. Beyond the respect for the autonomy, his legal interpretation, the decisions on the patient's competence and the subrogation on his relatives, is the promotion of his autonomy – as long as it is possible in each case – as part of the respect for his personal dignity. The author starts analyzing the concept of autonomy and its role in bioethics, and its application in the case of psychiatric diseases, following Ricoeur's "ethical intention" model, for articulating it with that of charity and justice. He concludes that it is the professionals' vital ethical duty, in the field of psychiatry, to promote the patient's participation in the decisions to be made on his health, as well as to improve his competence through the treatment and health education.

Key words: autonomy, competence, bioethics, psychiatry.

* Correspondencia: Francisco Javier León Correa. Dr. en Filosofía y Letras, Magíster en Bioética. E-mail: gibioetica@vtr.net Centro de Bioética. Facultad de Medicina, Edificio Gastroenterología, 5º piso. Alameda 340. Santiago.

1. El principio de autonomía en Bioética.

Hay una gran variedad de concepciones y de valoraciones acerca del principio de autonomía y su ámbito dentro de la ética clínica, en las decisiones que se toman en la atención de salud, y también de modo especial en el ámbito de la Psiquiatría, donde se ha estudiado, sobre todo, desde el punto de vista de la relación con los derechos humanos (Arechederra, 1995, 1998), la responsabilidad del médico (Carrasco, 1998), y las consecuencias jurídicas en temas como el consentimiento informado (Sánchez Caro, 2002; Federación Galicia, 2004; Prato, 2008), la subrogación de la autonomía en los familiares (Gutiérrez 2004), o la internación involuntaria (Chileno, 2005; Ortega-Monasterio, 1994). Sí hay una abundante bibliografía – como veremos más adelante– en el análisis de la competencia del paciente, como base previa al ejercicio de su autonomía, donde el análisis psiquiátrico tiene un papel esencial (Lolas, 2000; Zaruma, 2004). Más recientemente se han comenzado a analizar los aspectos éticos propiamente dichos (Rovaletti, 1995; Gafo, 1996; Santander, 2000; Picard-Amí, 2009), y la aplicación de los principios bioéticos en la relación psiquiatra-paciente (Martínez, 2002; García Férrez, 2005; Losoviz, 2006 y 2008; Novoa, 2006; Slachevsky, 2007).

En Chile, uno de los principios inspiradores del Proyecto de Ley de Derechos y deberes de las personas en la atención de salud, es precisamente la autonomía de las personas, que fundamenta tanto el deber de información como el consentimiento informado del paciente, (Mensaje, 2006), en un modelo de relación de atención en salud participativa, con el ideal de que el paciente entre a formar parte de las propias decisiones que se toman para su curación o atención, también en el caso de pacientes con enfermedades psiquiátricas:

“Cuando la condición de la persona no le permita recibir la información directamente o padezca de dificultades de entendimiento o se encuentre con alteración de conciencia, la información (...) será dada a su representante legal, o en su defecto, a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre. Sin perjuicio de lo anterior, una vez que haya recuperado la conciencia y la capacidad de comprender, deberá ser informada en los términos indicados en los incisos anteriores” (Proyecto Ley, 2007: art. 8°).

“Tratándose de personas con dificultades de entendimiento o con alteración de conciencia, o que carezcan de capacidad para expresar su voluntad por causa de enfermedad mental, certificada por un médico cirujano, igualmente se les deberá informar y consultar su opinión, sin perjuicio que la decisión temporal o definitiva, según corresponda, deberá ser adoptada por quien tenga su representación legal o, en su defecto, por el apoderado designado para fines vinculados a su tratamiento y, en último caso, por la persona a cuyo cuidado se encuentre” (Proyecto Ley, 2007: art. 16°).

Para esto se han desarrollado en los hospitales los protocolos de consentimiento informado, están previstos los documentos de voluntades anticipadas y otros modos de dejar constancia de la voluntad del paciente (Pérez, 2004; León, 2009a), que de algún modo se tienen que aplicar adecuadamente al ámbito del paciente psiquiátrico.

Lo que en este momento nos interesa es un análisis ético del principio de autonomía, para profundizar en lo que la filosofía nos puede aportar en el ámbito de la competencia y las decisiones en ética clínica en el ámbito psiquiátrico.

Nos encontramos con la afirmación de una autonomía radical en bastantes autores, especialmente en el ámbito anglosajón. Se afirma la autonomía como una posesión del individuo que decide con independencia absoluta sobre sí mismo, conforme a lo escrito por Stuart Mill (1970: 4):

“Ningún hombre puede, en buena lid, ser obligado a actuar o a abstenerse de hacerlo, porque de esa actuación o abstención haya de derivarse un bien para él, porque ello le ha de hacer más dichoso, o porque, en opinión de los demás, hacerlo sea prudente o justo. Éstas son buenas razones para discutir con él, para convencerle o para suplicarle, pero no para obligarle o causarle daño alguno si obra de modo diferente a nuestros deseos. Para que esta coacción fuese justificable, sería necesario que la conducta de este hombre tuviese por objeto el perjuicio de otro. Para aquello que no le atañe más que a él, su independencia es, de hecho, absoluta. Sobre sí mismo, sobre su cuerpo y su espíritu, el individuo es soberano”.

Pero en la práctica nos enfrentamos muchas veces a pacientes no competentes o con la competencia disminuida, que hacen difícil la aplicación inmediata del principio de Stuart Mill, aunque estuviéramos de acuerdo con él, de forma que debemos ir a decisiones subrogadas, cada vez más alejadas de esa “soberanía individual”. También, en el ámbito latinoamericano, la familia cumple un papel importante en las decisiones clínicas y en el consentimiento informado, frente al individualismo más extremo. Y asimismo, frente a esa independen-

cia del paciente que decide, muchas veces vemos situaciones de desigualdad de recursos, injusticias en el acceso igualitario a los cuidados de salud, grandes diferencias entre la medicina pública y la privada, y fuertes desigualdades entre pacientes muy bien informados y pacientes con una muy baja educación sanitaria.

Son diferentes las valoraciones que los propios pacientes muestran acerca de la importancia del ejercicio de la autonomía en las decisiones de salud. Vemos usuarios del sistema privado que defienden cada vez más sus derechos, y pacientes que se encuentran a gusto en el paternalismo y a los que incomoda la libertad de opción que ofrece el médico. Aunque sólo sea una pequeña muestra, en dos investigaciones que hemos dirigido efectuadas por alumnos de Medicina en dos hospitales de Santiago, los resultados han sido reveladores (Ortega y otros, 2005; Azócar y otros, 2005). En un hospital privado, los pacientes que estaban descontentos con la atención recibida sobre todo porque habían recibido poca información eran alrededor del 30%, mientras que en un hospital público, en una zona urbana de menos recursos económicos, el porcentaje de pacientes descontentos no llegaba al 10%. En el primer hospital existían en ese momento numerosos protocolos de consentimiento informado, mientras en el segundo, eran aún pocos los consentimientos detallados para patologías o intervenciones concretas.

Por esto, a la hora de legislar sobre los derechos de los pacientes, debemos atender al modelo imperante en cada uno de los países y conocerlo a fondo, para poder después conseguir una transformación efectiva. No deseamos el modelo paternalista ya obsoleto, pero estamos en cada país definiendo qué tipo de modelo queremos, y no siempre la aplicación de modelos importados sin más es lo mejor. Coexisten en nuestros países de hecho dos modelos, el de la salud privada y el de la salud pública. Pero no podemos mantener la idea de que la privada sería el ámbito del paciente que desea ser autónomo, mientras la pública queda –de hecho, no en los teóricos derechos- como el ámbito de la beneficencia y la justicia. Este planteamiento sería radicalmente injusto.

La autonomía es un concepto introducido por Kant en la ética (Gracia, 2001). Etimológicamente significa la capacidad de darse a uno mismo las leyes. En la ética kantiana el término autonomía, tiene un sentido formal, lo que significa que las normas morales le vienen impuestas al ser humano por su propia razón y no por ninguna instancia externa a él. En bioética tiene un sentido más concreto y se identifica con la capacidad de tomar decisiones voluntarias y de gestionar la propia atención en salud. Este concepto se nutre de diversas disciplinas que se interesan por el respeto del ser humano, de sus derechos y de su dignidad.

La autonomía es una expresión de la dignidad de la persona humana, de todos los seres humanos (León, 1992). El problema actual que algunos autores norteamericanos tratan de resolver es equilibrar en el análisis bioético los principios de autonomía con los de justicia y beneficencia, en un sistema que ha privilegiado de modo unilateral la autonomía del paciente. Se busca ahora una “beneficencia no paternalista” que pueda sustentar un sistema de salud más humanizado, y una medicina que no esté simplemente a la defensiva ante los derechos cada vez más exigentes de los pacientes. En un reciente libro Alfred Tauber (2005), médico y filósofo, estudia cómo el principio de autonomía del paciente –vivamente reivindicado en la sociedad contemporánea- se debe articular con la beneficencia (no paternalista) y la responsabilidad. La beneficencia y la responsabilidad son principios morales no sólo compatibles con la autonomía del paciente, sino estrechamente atados a ella, afirma el autor.

2.- Bioética y enfermedad.

La ética tiene dos caras, la que apunta al bien que anhelamos realizar y que llamamos felicidad, y la que nos muestra el deber o la norma que debemos cumplir. En Aristóteles y las éticas teleológicas, la atracción por el bien, y el ideal de felicidad nos llevan a obrar con la ayuda de las virtudes. En Kant, y las éticas deontológicas, descubrimos en nosotros mismos los imperativos universales que norman nuestro actuar. La ética se

vive en plenitud cuando se articulan las dos caras, teleológica y deontológica.

Por esto, analizaremos la relación de la ética con la enfermedad desde la propuesta de "intención ética" que hace Paul Ricoeur (1990), y que define así: "anhelo de vida realizada –y, como tal, feliz-, con y para los otros, en instituciones justas". Pensamos que puede ser especialmente importante en el ámbito de la enfermedad psiquiátrica. El sujeto moral, en todo el análisis, no es solamente el paciente, sino también el médico (León, 2007).

2.1 Primer nivel ético: anhelo de una vida realizada.

Lo primero es "desear eficazmente una vida lograda". La ética es ese deseo, antes que una mera normativa. Deseamos ser felices, disfrutar de una vida que vale la pena ser vivida, lograda, realizada, en un proyecto de autorrealización. La libertad está en la raíz del deseo: es el medio para lograr la felicidad. El enfermo, el paciente debe aún en su situación explorar sus potencialidades y no renunciar a ese deseo. Y el médico también.

Acorde con ese deseo está la estima de sí mismo, psicológica (autoestima) y moral: la autoconfianza, que no sólo es constatar nuestras capacidades sino tener una conciencia lúcida de las propias limitaciones. Todos somos sujetos de dignidad, e iguales, y así Ricoeur comenta que la estima de sí es moral cuando no es ególatra, cuando reconoce a los otros como sujetos de autoestima dignos.

Todos ejercemos nuestra libertad en el horizonte de una vida buena que pretendemos realizar, en el horizonte que nos dan los ideales. La vida moral pretende llevar a plenitud nuestras potencialidades y proyectos de vida. Por eso, la enfermedad –especialmente la psiquiátrica- se nos presenta como una limitación fuerte de nuestra libertad, en un primer momento. El enfermo, todos, debemos reescribir bastantes veces en nuestra vida esos horizontes e ideales, aunque los mantengamos como fines. Todos tenemos limitaciones, y cuando enfermamos, se nos presentan de modo más fuerte. Y

todos los enfrentamos con la ayuda de los demás, no solos. El enfermo, con ayuda del médico, de su familia y de todos los profesionales que le atienden.

Pero, ¿qué es una vida plena, lograda, realizada? Podemos contestar que es una vida que alcanza unos niveles de excelencia externos al sujeto: el genio científico, el rico empresario, el médico exitoso, el deportista de élite, realizan plenamente su vida, en ese aspecto de su actividad, que no quiere decir por eso que sea realizada en todo, vida familiar, afectos, ideales, etc. En los enfermos psiquiátricos, este nivel de excelencia externa puede estar de hecho muy afectado.

Pero quizás una contestación más plena, desde un sentido propiamente moral, sería que una vida realizada es aquella en la que hay concordancia entre lo que acabamos haciendo y siendo y los ideales que nos marcamos desde las potencialidades que tenemos, incluyendo las personales y las que nos aportan los demás, las potencialidades sociales exigibles desde la justicia para todos. Esta sería una vida lograda con niveles de excelencia internos, y a esta autorrealización estamos todos llamados, también los enfermos psiquiátricos, que deben contar con la mayor calidad de vida posible (Núñez y otros, 2007), desde la ayuda externa y desde la autorrealización interna

Visto así, la autonomía sería "la cara deontológica de la estima de sí que se concreta en un horizonte de realización". Se hace pasar al deseo de felicidad por la criba de la norma. No sólo es un mero deseo, porque también debe tenerse presente la ley, pero tampoco hay una negación de la estima de sí, porque la ley que debemos obedecer nos la damos a nosotros mismos, guiados por la universalidad razonable de la misma. Planteada así, la autonomía:

- está centrada por un lado en el sujeto, permite hablar de deberes para consigo mismo, no sólo hacia los demás, de modo que no debemos realizar con nosotros simplemente lo que queramos. Estamos un poco distantes del "soberano en sí mismo" de Stuart Mill.

- Pero por otro lado, se da siempre en una perspectiva relacional: debemos siempre considerar al otro como sujeto, con estima de sí, con autonomía.

Todos estamos convocados a vivir nuestra vida con una autonomía desde la que nos hacemos cargo de nosotros mismos, con responsabilidad. Todos los sujetos éticos son sujetos con responsabilidad que deben decidir por criterios adecuados y hacerse cargo de las consecuencias de los propios actos. Lo contrario sería una expresión de paternalismo que considera al otro inferior, que no le reconoce plenamente su dignidad. Esto vale para los pacientes y también para los que tienen patologías psiquiátricas. La finalidad de la atención médica en este caso es, precisamente, devolver al paciente el máximo posible de competencia y autonomía personal.

2.2 Segundo nivel ético: autonomía con y para los otros. Articular Beneficencia y Autonomía.

Nuestros proyectos de realización, autónomos, no son estrictamente individuales, o por precisar mejor, individualistas. La apertura a los otros es precisamente lo que nos construye moralmente y posibilita la realización personal. La acogida equilibrada del otro, la solicitud, la compasión, el respeto y el reconocimiento del otro son fundamentales en nuestra propia construcción moral. Tanto el paciente como el médico deberían tenerlo en cuenta.

Es importante en la relación clínica el respeto a la autonomía de la persona a la que se dirige la acción benefactora. Entre otras consecuencias, podemos mencionar éstas:

- No se puede hacer el bien sin contar todo lo que se pueda con aquel a quien se le hace ese bien. En la base de toda relación humana está el respeto a la dignidad, a quien es persona con dignidad.
- El paternalismo, la decisión efectiva por parte del benefactor sobre lo que es bueno para el beneficiario, sólo está justificado si responde a carencias reales de autonomía en éste, si se expresa sólo en el ámbito de esas ca-

rencias y en proporción a las mismas, y si se ejerce con la intención prioritaria de que pueda superarlas en la medida de lo posible.

- La beneficencia debe prolongarse todo lo posible en autonomía, y ser substitutiva de ésta sólo en lo inevitable.
- En aquellos ámbitos en los que las personas tienen suficiente capacidad, tienen derecho al respeto a su autonomía, frente a cualquier paternalismo, aunque después desde ella les toca discernir lo que es su bien y tenerlo presente en su relación con el benefactor (el médico), esa es su responsabilidad.
- Por lo tanto, en la decisión del paciente responsable, es la autonomía la que debe abrirse lúcida y libremente a la beneficencia.
- Dentro de la responsabilidad en la construcción de una vida lograda desde su autonomía, puede estar en muchas ocasiones para el enfermo el pedir ciertas ayudas del médico y de los demás profesionales de la salud. Autonomía no se identifica, en nadie, con autosuficiencia en sentido duro, aunque sí con la gestión de las propias insuficiencias.
- La acción benefactora no sólo debe respetar la autonomía, debe acogerla, debe transformarse desde las demandas del beneficiario, que son en este sentido un factor de discernimiento para el médico.

2.3 Tercer nivel ético: Articular autonomía, beneficencia y justicia.

El médico está ligado al paciente por un contrato profesional, y en el marco de una institución. Es, por tanto, el médico un agente que interviene en lo que denominamos con Paul Ricoeur el tercer nivel de la intención ética, el de la justicia. Pero a la vez, debe establecer relaciones personalizadas con los pacientes que atiende, y por eso su actuación se mueve en el segundo nivel ético del "con y para los otros". No puede ignorar la justicia, pero debe actuar con beneficencia, desde una

ética de las virtudes que ayude al otro a conseguir una vida lograda, en la mayor medida posible.

No podemos olvidar que muchos de los problemas en ética clínica no hacen referencia exclusivamente a la relación médico-paciente individual, sino que están en lo que podemos denominar problemas éticos institucionales, situaciones dadas por las instituciones, la política de salud, y los recursos disponibles, que están en la base de muchas de las quejas y demandas de los usuarios de nuestros hospitales. Es necesario pasar de una ética clínica a una bioética social, donde analicemos también la ética de las políticas de salud, de la gerencia de las instituciones de salud, de la distribución de recursos, de las condiciones laborales de los profesionales de la salud, de la importancia que se dé a una atención psiquiátrica acorde con el progreso social y el respeto a las personas más vulnerables, etc. (León, 2008).

Por tanto, debemos construir también desde el principio de justicia, base de los principios de autonomía y beneficencia. Aquí es donde deben unirse la Bioética y el Derecho sanitario, pues ambos buscan el mismo fin: la atención de salud justa y, donde sea posible, una relación interpersonal que lleve a una vida lo más lograda posible al paciente y al médico.

3. Competencia y autonomía: el deber de educar en salud.

Como hemos visto, la autonomía, no es solamente el respeto por las decisiones libres, voluntarias e informadas del paciente, a través del proceso del consentimiento informado. Existe también, más allá, el deber ético de los profesionales de la salud de promover la competencia, y de ayudar –sin paternalismos– a que el paciente pueda ejercer una libertad responsable (León, 2009b). La competencia es la base para poder ejercer la decisión autónoma, y esa capacidad para darse cuenta de la propia situación y poder deliberar sobre la mejor opción que deseamos es imprescindible para poder elegir sin coacciones externas e internas.

En el ámbito jurídico, lo que preocupa fundamentalmente es asegurar la capacidad o incapacidad de la persona para poder ejercer sus derechos o ser subrogada por otro (Sánchez Caro, 2002; De Lorenzo, 2003; Rodríguez López, 2004). En el ámbito clínico, el debate sobre la competencia se centra fundamentalmente en los aspectos físicos y psíquicos: si el paciente está en condiciones de decidir o debe decidir un familiar, con consentimiento por representación (Simón, 2008). Se han enumerado así diversos modos de reconocer de forma rápida la competencia de un paciente, desde los primeros tests (Roth et al., 1977), a los más elaborados desde la psicología y la psiquiatría (Appelbaum, Roth 1982; Appelbaum, Grisso 1988), aunque está claro que no se trata de establecer un dictamen definitivo, sino de evaluar una escala móvil de competencia a lo largo del proceso de atención clínica de un paciente (Drane, 1985). También se ha desarrollado en la evaluación de competencias de los niños (Esquerda y otros, 2009). Cuando es necesario el médico debe acudir a la interconsulta de los especialistas psicólogos o psiquiatras.

El Grupo de Trastornos Cognitivos y de la Conducta de la Sociedad Española de Neurología, ha analizado durante cuatro años, con reuniones entre neurólogos, notarios, magistrados y pacientes, la incapacitación de las personas con demencia. El resultado es una guía de buena praxis jurídica y médica –Documento de Sitges– que persigue informar y educar en este ámbito partiendo de la premisa del respeto y la defensa de los enfermos (Boada, Robles 2005). Abordan los distintos tipos de decisiones que influyen en la propia salud, las decisiones de participar en investigaciones, las relacionadas con el patrimonio. Se centran sobre todo en la adopción de decisiones en casos de falta de capacidad del paciente y las condiciones neurológicas necesarias para ser capaz de tomarlas; se exploran las condiciones neurológicas que intervienen en la toma de decisiones y la correlación entre ambas. Como resultado final de un estudio con técnica Delphi, establecen los niveles de alteración de la competencia y la alteración máxima permisible en las diferentes funciones mentales que intervienen en la toma de decisiones para doce grupos de decisiones

posibles, de menor a mayor importancia. Aunque el estudio está pendiente de validación, la tarea realizada es bien útil para contribuir a la defensa del derecho a decidir de las personas con demencia, que resulta imprescindible para participar en la actividad social.

Pero más allá de la subrogación de la autonomía desde el punto de vista legal -muchas veces confundido con el ético- en los casos de falta de competencia momentánea o definitiva, está siempre el deber de buscar al mejor representante de los intereses del paciente, y el papel de la familia en nuestra cultura: no se trata de una autonomía individualista, en muchos casos, sino del individuo en el ámbito familiar, y a veces comunitario, más amplio.

Aquí queremos destacar el deber ético del médico de promover la competencia del paciente, como fin propio del acto médico, que no es solamente curar o sanar, sino restaurar o proporcionar la mejor calidad de vida posible al paciente. Buscar la mejor calidad de vida, o proporcionar la mejor calidad de atención al paciente, son principios éticos básicos derivados del deber de beneficencia de los profesionales de la salud (León 2009b: 76). Y dentro de la calidad de vida, lo fundamental es mantener la propia competencia psíquica, antes incluso de la independencia física, o aunque se esté en condiciones de dependencia física. Esto tiene especial relevancia en la atención psiquiátrica.

Parte de esa competencia es también la educación en salud básica de las personas. La pobreza material y la pobreza intelectual son factores que anulan la competencia de las personas e inciden directamente en su vulnerabilidad en salud, también en su salud mental (Cely, 1999; Cortina y Pereira, 2009). Es imprescindible por esto, desde la bioética, incidir en la importancia de la educación para la salud, no sólo en la atención primaria (Arratia, 1999), sino en todos los procesos y niveles de asistencia en salud, para potenciar la competencia y autonomía de los pacientes.

También esta tarea educativa es la mejor forma de contribuir a la prevención en salud, y a la vez, se convierte en el mejor modo de garantizar a todos la debida asistencia en los

niveles de la no maleficencia y la justicia como equidad en el acceso a la atención en salud.

“Una aptitud imprescindible del médico es su capacidad docente. El clínico tiene la obligación de enseñar a sus pacientes cuáles deben ser sus demandas, y a los empresarios de la salud qué necesidades médicas deben cumplimentarse para ser realmente útiles a sus pacientes, además de, como siempre, tener la obligación de perfeccionar a sus colegas. En este sentido uno de los rasgos más importantes del perfil del médico es su capacidad docente y su formación ética” (Agrest, 2008: 57) y sería un grave error práctico del médico “la incapacidad docente con los pacientes” (Agrest, 2008: 133).

Por el contrario, una buena educación preventiva del paciente es la mejor manera de promover su autonomía responsable y su competencia para hacerse cargo de los cuidados de sí mismo, cuando sea esto posible, ayudado siempre por los profesionales de la salud.

Referencias.

- Agrest A. (2008) *Ser médico ayer, hoy y mañana. Puentes entre la medicina, el paciente y la sociedad*. Buenos Aires, Libros del Zorzal; 2008
- Appelbaum PS, Roth LH. (1982) Competency to Consent to Research: a Psychiatric Overview. *Arch Gen Psychiatry*; 39: 951-958.
- Appelbaum PS, Grisso T. (1988) Assessing Patient's Capacities to Consent to Treatment. *NEJM*; 319 (25): 1635-1638.
- Arechederra JJ. (1995) *Psiquiatría y derechos humanos*. Madrid: Laboratorios Duphar Nezel.
- Arechederra JJ., Ayuso J., Choza J. (1995) *Bioética, Psiquiatría y Derechos Humanos*. Madrid: I.M. & C.
- Arratia A. (1999) Bioética y toma de decisiones en Enfermería. *Cuadernos de Bioética*, Santiago de Compostela; 10, 39 (3): 512-521.
- Azócar A., Bravo D., Guzmán F., Henderson N., Parr MI. (2005) Percepción de la relación médico-paciente en los usuarios del Hospital de Talagante. En: *Bioética hoy y mañana. X Jornadas Argentinas y Latinoamericanas de Bioética*. Mar del Plata: Ediciones Suárez: 16-17.
- Boada M, Robles A. (2005) (Ed.) *Análisis y reflexiones sobre la capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia: "Documento Sitges"*. Barcelona: Editorial Glossa.
- Carrasco Gómez, JJ. (1998) *Responsabilidad médica y psiquiatría*. 2ª ed. Madrid: Colex.
- Cely Galindo G. (1999) *La Bioética en la sociedad del conocimiento: los pobres del Tercer Milenio son los que no acceden al conocimiento*. Bogotá: 3R Editores.
- Cortina A, Pereira G. (2009) (Ed.) *Pobreza y libertad. Erradicar la pobreza desde el enfoque de Amartya Sen*. Madrid: Tecnos.

- Chimeno Cano M. (2005) *Incapacitación, tutela e internamiento del enfermo mental*. Navarra: Editorial Aranzadi, SA.
- De Lorenzo R. (2003) *Derechos y obligaciones de los pacientes*. Madrid: Colex.
- Drane JF. The many faces of competency. *Hastings Center Rep* 15, 1985, (2): 17-21.
- Esquerda M, Pifarre J, Gabaldón S (2009). Evaluación de la competencia para tomar decisiones sobre su propia salud en pacientes menores de edad. *Form Med Contin Aten Prim*; 16 (09):547-53.
- Federación de Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales de Galicia (2004) *Guía para el tratamiento informativo del enfermo mental*. Santiago de Compostela: Feafes-Galicia.
- Gafo J. (1996) (Ed.) *La Ética ante el Trabajo del Deficiente Mental. Dilemas éticos de la deficiencia mental*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- García Férrez J. (2005) *La Bioética ante la enfermedad de Alzheimer*. Madrid: Desclée De Brouwer.
- Gracia D. (2001) La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin*, Barcelona; 117: 18-23.
- Gutierrez Calles JL. (2004) *La guarda del enfermo mental: deberes y responsabilidades*. Madrid: Dykinson.
- León Correa FJ. (1992) Dignidad humana, libertad y bioética. *Cuadernos de Bioética*, Santiago de Compostela; 12 (4): 5-22.
- León Correa FJ. (2007) Autonomía y beneficencia en la ética clínica: ni paternalismo ni Medicina defensiva. *Bio-Phrónesis*. Departamento Bioética UBA, Buenos Aires. Edición electrónica; 1 (1).
- León Correa FJ. (2008) De los principios de la Bioética Clínica a una Bioética Social para Chile. *Rev Méd Chile*; 136: 1084-1088.
- León Correa FJ. (2009a) Autonomía y toma de decisiones por terceros. En: Coordinación Académica de Bioética. *Salud e interculturalidad: desafíos y proyecciones. Libro de Actas*. Temuco: Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera: 24-28.
- León Correa FJ. (2009b) Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social. *Acta Bioética*, 2009; 15 (1): 70-78.
- Lolas Stepke F. (2000) El desvalimiento como proceso biográfico. En: *Bioética y Antropología médica*. Santiago: Mediterráneo: 131-137.
- Martínez MC. (2002) *Ética psiquiátrica*. Bilbao: Universidad de Comillas y Desclée de Brouwer.
- Losoviz A., Vidal DA., Bonilla A. (2006) (Coord.) *Bioética y Salud Mental. Intersecciones y Dilemas*. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial.
- Losoviz A. (2008) Dilemas bioéticos en la moderna psiquiatría. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*; 54 (3): 181-190.
- Mensaje de la Presidenta de la República*, con el que inicia un Proyecto de Ley que regula los Derechos y Deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. (2006) Mensaje n° 223-354. Il. 2. Santiago de Chile.
- Novoa F. (2006) ¡Algo debemos hacer! Reflexión ética. *Rev Chile Neuro-Psiquiat*; 44(4): 282-284. Núñez D., Acuña F., Rojas G., Vogel EH. (2007) Construcción y validación inicial de un cuestionario para medir calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. *Rev. Chil. Neuro-psiquiat*; 45 (2): 148-160.
- Ortega C., Palma C., Rojas MJ., Rojas A., Saavedra R. (2005) Apreciación de pacientes hospitalizados sobre la atención entregada en el Hospital Dypreca. En: *Bioética hoy y mañana. X Jornadas Argentinas y Latinoamericanas de Bioética*. Mar del Plata: Ediciones Suárez: 14-15.
- Ortega-Monasterio L et al. (1994) (Coord.) *El internamiento del enfermo mental*. 1° Simposium de la Sociedad Española de Psiquiatría Forense. Tema monográfico. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Pérez M. (2004) El acto médico. En: Escribar A, Pérez M, Villarroel R. *Bioética, fundamentos y dimensión práctica*. Santiago: Mediterráneo: 182-194.
- Picard-Ami LA. (2009) Dilemas éticos en la psiquiatría contemporánea. En: *Problemas éticos en la profesión médica*. Panamá: Árticas; 2009: 237-253.
- Prato JA. (2008) *El consentimiento informado en Psiquiatría. Consideraciones para la práctica clínica* Tesis de Magister en Bioética. Santiago: Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Proyecto de Ley que regula los Derechos y Deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención en salud*. (2007) Versión última, Santiago de Chile.
- Ricoeur P. (1990) *Soi Même Comme un Autre*. Paris: Editions du Seuil.
- Rodríguez López P. (2004) *La autonomía del paciente, información, consentimiento y documentación clínica*. Madrid: Dilex.
- Roth LH, Meisel A, Lidz CW. (1977) Tests of Competency to Consent to Treatment. *Am J Psychiatry*; 134 (3): 279-284.
- Rovaletti ML. (1995) (Ed.) *Ética y psicoterapia*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Sánchez Caro J. (2002) *El consentimiento informado en Psiquiatría*. Madrid: Díaz de Santos.
- Sánchez-Caro J., Abellán F. (2002) *Derechos y deberes de los pacientes: consentimiento informado, historia clínica, intimidad e instrucciones previas*. Granada: Comares.
- Santander F. (2000) (Coord.) *Ética y praxis psiquiátrica*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Simón Lorda P. (2008) La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*; 28 (102): 325-348.
- Slachevsky A. (2007) La neuroética: ¿Un neologismo infundado o una nueva disciplina? *Rev Chil Neuro-Psiquiat*; 45 (1): 12-15.
- Stuart Mill J. (1970) *Sobre la libertad*. Alianza Editorial, Madrid.
- Tauber A. (2005) *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility*. Massachusetts: MIT Press.
- Zarama de la Espriella S. (2004) *Bioética y capacidad mental*. Bogotá: Universidad Militar Nueva Granada.