

Los sistemas de salud mental: del modelo asilar a la promoción de derechos fundamentales

Boris Pinto*

Palabras clave

Salud mental, derechos humanos, atención primaria.

Resumen

El desarrollo de las prácticas en salud mental ha evidenciado un tránsito importante en las últimas décadas. De la concepción “manicomial” que imperó por siglos en los sistemas asilares originados en Europa se ha pasado lentamente a una concepción que privilegia el manejo ambulatorio, las hospitalizaciones de corta estancia, el modelo de comunidad terapéutica y la rehabilitación psicosocial. Diversos factores han influido en este cambio de paradigma: el desarrollo de psicofármacos con un mayor potencial terapéutico y un mejor perfil de seguridad; la contribución de las nuevas formas de psicoterapia; el desarrollo de los modelos de hospitalización parcial desde mediados del siglo xx; la evidencia de la preservación de la autonomía de la persona como insumo terapéutico; la extensión de la red de servicios de salud mental hacia la comunidad, y

el reconocimiento de los derechos de ciudadanía y la promoción de las libertades fundamentales de las personas que conviven con trastornos mentales.

Introducción

Diversos autores, desde una corriente crítica, han señalado las peculiaridades culturales e históricas que han acompañado a los trastornos mentales. Son ampliamente conocidos los aportes de Michael Foucault, Thomas Szasz, Erving Goffman, entre otros, cuyos trabajos dan cuenta de las metáforas de exclusión que han debido soportar las personas que conviven con trastornos mentales. Desde la concepción griega de la locura como una fuerza proveniente de algún lugar desconocido (*energoumenos*), pasando por la versión romana de *mente captus* (de donde proviene el término peyorativo *mentecato*)¹, hasta la concepción “moral” de la enfermedad mental en la Edad Media como manifestación de una “posesión diabólica”, los sujetos con alguna forma de discapacidad mental han experimentado, primero desde el lenguaje y luego desde las prácticas institucionales, diferentes procesos de discriminación.

El objetivo de este artículo es ofrecer una concisa revisión sobre los progresos en materia de derechos humanos relativos a las personas que conviven con condiciones de salud mental, haciendo énfasis en la necesidad de articular, desde las generación de políticas públicas, un entorno normativo, cultural e institucional que permita la realización efectiva de tales derechos.

Salud mental y derechos humanos

Desde la perspectiva de Michael Foucault, la locura ha sido vinculada históricamente con alguna forma de incorrección moral, legal o social. Desde las *naves de los locos*, en las que los insensatos errantes eran confiados al cuidado de barqueros, la torre de los Locos en Caen (Francia), pasando por la creación del *Hôpital Général* en París en 1656², la internación, la coerción y el confinamiento fueron vistos como formas de corrección social. Particularmente desde el siglo xviii, se marginó sistemáticamente a estas personas de las posibilidades de participación en las sociedades de su tiempo a través de la institucionalización de los internados.

A partir de un lenguaje medicalizado, las prácticas de la psiquiatría se erigieron como ejercicios de *biopoder*, de predominio político sobre personas, colectivos y comunidades. Al asignar a las personas algún diagnóstico relacionado con trastornos mentales, se pretendía, en muchos casos, justificar racionalmente su exclusión social y su internamiento en instituciones asilares que predominaron en Europa desde el siglo xviii. Este ejercicio biopolítico de exclusión se puede rastrear desde el “show de Bethlem” en la Inglaterra del siglo xix (en el cual se exhibía a los pacientes del Bethlem Royal Hospital de Londres al público general por el precio de un penique), en la Alemania nazi, en la Unión Soviética y en antecedentes como el experimento de Willowbrook en Nueva York, en el que se inocularon niños con diferentes formas de discapacidad mental (autismo, síndrome de

* Médico cirujano. Magíster en Bioética. Profesor Bioética Fundación Universitaria Sánitas; profesor-investigador Universidad El Bosque; coordinador II semestre maestría Bioética Universidad El Bosque; miembro comité en ética de la investigación Universidad El Bosque; miembro comité de ética en investigación Organización Sánitas Internacional.

Down, parálisis cerebral) con el virus vivo de la hepatitis A.

Con el progreso de las formas jurídicas, la reivindicación de los derechos fundamentales de las personas que conviven con trastornos mentales ha sido ratificada en diferentes documentos internacionales: Las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad³, la Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (CIDPD), los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y El Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, adoptados por las Naciones Unidas, en 1991; la Declaración de Hawái de la Asociación Mundial de Psiquiatría, la Declaración de los Derechos Humanos y la Salud Mental enunciados por la Federación Mundial para la Salud Mental en Barcelona (1989), la Declaración sobre los Problemas Éticos de Pacientes con Enfermedades Mentales (Asociación Médica Mundial, París, 1995). Cabe destacar dentro de estas iniciativas las Recomendaciones del Consejo de Ministros del Consejo de Europa (2004), y el Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina, aprobado el 4 de abril de 1997 en Oviedo⁴, así como la declaración de Caracas (OPS), acogida por la Conferencia Internacional para la Reestructuración de la atención Psiquiátrica en Latinoamérica en 1990, (con un fuerte énfasis en la articulación de los servicios de salud mental desde la comunidad), la declaración de Buenos Aires en 2010 y la declaración de Madrid en 1996, adoptada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría.

En Colombia, la norma jurídica más reciente, que reemplazó los procesos para la protección de los derechos civiles enunciados en el Código Civil de 1887, es la Ley 1306 de 2009, denominada *Normas para la protección de personas con discapacidad mental y régimen de repre-*

sentación legal de incapaces emancipados. La citada ley acoge los principios formulados en la Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (CIDPD) y ratifica el compromiso en promover “la observancia y el respeto de los derechos humanos” de los colombianos que convivan con trastornos de salud mental expresada en la Resolución 2358 de 1998 del Ministerio de Salud de Colombia.

> Con el progreso de las formas jurídicas, la reivindicación de los derechos fundamentales de las personas que conviven con trastornos mentales ha sido ratificada en diferentes documentos internacionales

Sin embargo, algunos críticos consideran que si bien la Ley 1306 de 2009 representa un progreso en materia de protección de derechos civiles de los sujetos con discapacidad e introduce cambios simbólicos y procedimentales en consonancia con los principios de la CIDPD, así como favorece la protección de los derechos civiles al introducir una distinción entre *discernimiento* y *capacidad* (reconociendo que la presencia de un trastorno mental no implica necesariamente la exclusión del discernimiento para tomar decisiones), al mismo tiempo, se centra de forma preferente en asuntos de protección patrimonial, dejando la protección de la autonomía y la libertad como elementos marginales en la discusión⁵. Por ejemplo, algunos señalan que si bien se enuncian las causales para la privación de la libertad en sujetos con discapacidad mental, no se abordan de forma amplia los criterios de internación involuntaria, así como los criterios referentes a las prácticas de aislamiento y las restricciones físicas⁶.

Internación involuntaria y derechos humanos

Las posturas frente al internamiento de personas que conviven con trastornos de salud mental exhiben claras divergencias. Algunos abogan por una prohibición amplia de tales prácticas al considerarlas una intromisión arbitraria en el ámbito de las libertades fundamentales. Otros consideran que existen criterios mínimos que justifican la internación involuntaria en ciertas circunstancias específicas. Cabe citar las recomendaciones de la Declaración de Zandvoort (1991), que respaldan la abolición del tratamiento compulsivo en psiquiatría y la autodeterminación de los usuarios frente a los tratamientos propuestos. Dentro de sus enunciados encontramos:

- El trabajo para abolir el tratamiento involuntario.
- El incremento de la influencia de los usuarios en su propio tratamiento (por ejemplo, el derecho a describir o definir el propio caso, el derecho a rehusar la «ayuda» profesional, el derecho a realizar correcciones sobre su propio historial).
- Asegurar que los usuarios reciben adecuada información (por ejemplo, el derecho a recibir información escrita acerca de todos los posibles riesgos del tratamiento, el derecho a establecer defensa independiente)⁷.

Igualmente, la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes de la Psiquiatría (World Network of Users and Survivors of Psychiatry - WNUSP) propone dentro de sus objetivos los siguientes:

- Abogar por el avance de los derechos humanos de los usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría.
- Proporcionar representación internacional y consultas para

influir en asuntos que afectan a usuarios y sobrevivientes.

- Fomentar el desarrollo de organizaciones nacionales de usuarios y sobrevivientes en cada país.
- Facilitar el efectivo intercambio de información entre organizaciones de usuarios y sobrevivientes alrededor del mundo.
- Desarrollar oportunidades de trabajo en red para usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría individuales a través del mundo⁸.

En términos amplios, se acepta que en ciertos escenarios puede ser necesaria la internación involuntaria, lo cual ha sido ratificado por la OMS (2005) y por la Convención de Oviedo (1997), entre otros documentos. En general, se acepta la internación involuntaria cuando tal intervención procura dos propósitos fundamentales:

- Restablecer la salud del enfermo mental, cumpliendo además con la exigencia jurídica en legitimar la privación de la libertad.
- Prevenir daños a terceros o autoagresión.

La internación de urgencia debe propender al restablecimiento de los derechos fundamentales de la persona con trastorno mental y a la promoción de sus mejores intereses en términos de igualdad e inclusión. Debe ser estrictamente dirigida a restablecer el conjunto de habilidades necesarias para lograr tales objetivos, y debe ser revisada y supervisada en el tiempo para permitir la inclusión de la persona y su familia en la toma de decisiones. El *Libro blanco (White Paper)*⁹ establece algunas recomendaciones a propósito del tratamiento involuntario:

- Debe realizarse siempre en beneficio del paciente, en res-

puesta a síntomas clínicos reconocidos.

- Cuando una persona sea involuntariamente internada, su capacidad para consentir debe ser verificada para cada forma y línea de tratamiento proyectado.
- El representante de la persona tiene que ser consultado, pero cuando rechaza el tratamiento para la persona afectada debe posibilitarse el acceso a un tribunal con poder para respetar o modificar la decisión del representante.
- El grupo de trabajo es de la opinión que un programa escrito de tratamiento involuntario debe ser perfilado, si es posible, en consulta con el paciente, su representante y, cuando no exista representante, sometido a la decisión de una autoridad independiente. El programa debe ser revisado de forma regular y abierto a cualquier modificación en consulta con los anteriormente citados. Si el paciente no consiente el programa, debe tener acceso al recurso judicial.
- El tratamiento debe ser proporcionado al estado del paciente y procurarse su administración con el consentimiento del paciente tan pronto como sea posible¹⁰.

La internación de urgencia debe considerarse como una excepción a la regla de la libertad, la cual debe estar debidamente indicada por el médico tratante y debe ser soportada legalmente. Siempre se debe procurar la alternativa menos restrictiva de las libertades fundamentales, dentro de lo cual se consideran otras modalidades como la internación parcial, la internación ambulatoria y los modelos comunitarios de atención en salud mental. Dentro de la promoción de los derechos humanos de las personas que conviven

con trastornos mentales, este es un punto que requiere iniciativas desde los grupos locales de apoyo y los entornos comunitarios, desde la formación de los profesionales, y desde la confección de políticas públicas en salud mental y atención primaria en salud, pues ante el desarrollo de modelos de atención descentralizados basados en la comunidad como alternativas a los modelos asilares, se requiere una articulación orgánica entre el Sistema General de Seguridad Social en Salud y los entornos locales como estrategias de apoyo y promoción para las personas que conviven con trastornos mentales y para sus familias.

Psiquiatría basada en la comunidad

- En tal sentido, son diversos los modelos asistenciales de psiquiatría comunitaria que se han propuesto desde hace varios años, con el propósito de descentralizar la atención en salud mental, promover una mayor participación de la comunidad en la promoción de los derechos de las personas que conviven con trastornos mentales a través del reconocimiento de las dimensiones intersubjetivas, familiares y sociales de la salud mental y la superación del estigma social y la discriminación hacia tales personas, y explorar estrategias ambulatorias e intermedias de prevención, promoción y asistencia en salud mental que redunden en una cada vez menos frecuente práctica de internación hospitalaria y contención involuntarias.

Diversas experiencias han sido reportadas en el mundo desde hace varios años; por ejemplo, las experiencias de Brockington en el manejo domiciliario de mujeres con psicosis puerperal¹¹, los servicios de



cuidado comunitario en salud mental para madres con enfermedad mental severa descritos por Brunette y Dean¹², experiencias de programas comunitarios para la prevención del suicidio¹³ y reportes de programas de telepsiquiatría basados en la comunidad¹⁴. De igual forma, los modelos comunitarios de atención en salud mental¹⁵, la descentralización en la organización de tales servicios y la inserción del componente de salud mental en los programas de atención primaria de salud¹⁶ hacen parte de las estrategias para la superación de las brechas (de tratamiento, financiera y de información) sugeridas para Latinoamérica y el Caribe por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su informe de 2009.

Uno de los modelos asistenciales en psiquiatría comunitaria propone, entre otras características, las siguientes:

- El sistema básico de atención es el Centro de Salud Mental, formado por un equipo multi-

disciplinario que se hace responsable del cuidado de los pacientes mentales de la zona que le corresponde.

- La asistencia se sectoriza en una zona geográfica concreta, que corresponde a un centro de salud mental, determinado por el número de habitantes de la zona (1/250.000).
- Cuidados a disposición del usuario durante toda la semana y las 24 horas del día.
- Continuidad y garantía de esos cuidados por parte del personal hacia los pacientes en cualquier momento.
- Cada área puede resolver los problemas de salud mental sin necesidad de salir de la misma¹⁷.

Algunos autores consideran que en Colombia es imperativo un mayor desarrollo y un mayor énfasis en la formación en posgrados en cuanto a los modelos contemporáneos de salud mental basada en la comunidad¹⁸; en años recientes se

han reportado propuestas interesantes en este sentido, como son el modelo de atención en salud mental del Instituto Departamental de Salud de Nariño¹⁹ y las iniciativas del Instituto Colombiano del Sistema Nervioso y la Universidad del Bosque en la reflexión sobre el enfoque comunitario y psicosocial de la salud mental. Cabe resaltar que estos desarrollos territoriales obedecen a una línea de política nacional impulsada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Salud mental y promoción de la autonomía personal

Uno de los temas de mayor debate en torno al consentimiento informado se ha centrado en la evaluación de la capacidad para la toma de decisiones. La capacidad puede ser definida como “el conjunto particular de habilidades funcionales que una persona necesita poseer con el fin de poder tomar una decisión específica”²⁰,

las cuales incluyen la capacidad para entender la información necesaria, la habilidad para apreciar la relevancia de la información, y la habilidad de procesar tal información y la capacidad para expresar una elección.

Actualmente, se reconoce que las personas que conviven con trastornos mentales pueden tomar parte en las decisiones concernientes a su tratamiento en diferentes escenarios. Algunos estudios sugieren que aproximadamente el 50% de los pacientes hospitalizados con un episodio agudo de esquizofrenia tienen impedimento en al menos un elemento relativo a la competencia (con niveles de discapacidad comparables al trastorno afectivo bipolar sintomático), en comparación con 20 a 25% de los pacientes ingresados por depresión²¹. Existe consenso en que pacientes ambulatorios diagnosticados con formas leves de depresión pueden conservar intacta su capacidad para la toma de decisiones²², así como que personas con formas leves de demencia también podrían conservar intacta tal capacidad para expresar su consentimiento²³.

En los casos en que no se alcanza el umbral de capacidad, cabe la toma de decisiones por representación. En cada escenario particular se debe procurar una ponderación entre dos valores fundamentales: la promoción de la autonomía y la protección de personas vulnerables contra daños. Diversos instrumentos y aproximaciones teóricas se han propuesto para la evaluación de la capacidad en la toma de decisiones.

- *Insight and Treatment Attitudes Questionnaire (ITAQ; MC EVOY et al., 1981)*²⁴.
- *Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD; Amador y Strauss, 1990)*.
- La ayuda para la evaluación de la capacidad (*Aid to Capacity Evaluation - ACE*).

- *MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment - MacCAT-T*.

Este último instrumento es una entrevista semiestructurada que evalúa cuatro dominios: la comprensión de la enfermedad y de su tratamiento, la apreciación, el razonamiento y la habilidad para expresar una elección²⁵. En años recientes, diversos autores han llamado la atención sobre la necesidad de ir más allá del respeto a la autonomía de las personas que conviven con trastornos mentales. Algunos consideran que es necesario pasar de un modelo basado en el *respeto a la autonomía y la preservación máxima de la capacidad* a un modelo basado en la *promoción de la autonomía*²⁶.

En este sentido, se reconoce que la entrevista clínica y la evaluación de capacidad deben incluir lo que Julie Chalmers ha denominado *estrategias habilitantes*, como pueden ser: un modelo de cuidado centrado en la familia, el tratamiento de una condición mental subyacente, la reducción del impacto de un medicamento formulado, una espera para realizar la evaluación en un período de mayor lucidez, la presentación de la información en forma gráfica, atención a los factores ambientales, estrategias comunicativas para disminuir la ansiedad, entre otras²⁷. La Recomendación R (90) 22 del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados miembros sobre la protección de la salud mental de ciertos grupos vulnerables en la sociedad (de 18 de octubre de 1990) considera que los objetivos de promoción de la salud mental incluyen:

- Promoción de habilidades psicosociales y mecanismos de entrenamiento individualizados.
- Promoción de redes de soporte en los planos interpersonal y social.

- Promoción de servicios psicosociales adecuados para cubrir las necesidades.
- Promoción de condiciones de vida más adecuadas en términos de vivienda, educación, etc., para las personas vulnerables²⁸.

La Resolución 2358 de 1998²⁹ reconoce entre los factores críticos para la formulación de la Política Nacional en Salud Mental "la escasa consolidación de redes sociales de apoyo como un factor protector en los procesos de integración social", como uno de los obstáculos para el ejercicio pleno de los derechos humanos fundamentales. En tal sentido, diversos informes han sugerido que las prácticas que impiden el desarrollo autónomo de capacidades y la inserción social en las personas que conviven con trastornos mentales generan tendencia a la cronicidad, lo cual se traduce en una utilización inadecuada de los recursos sanitarios. Entre estas prácticas se pueden citar:

- El encierro intermitente en los hospitales psiquiátricos.
- El encubrimiento farmacológico de los síntomas.
- La institucionalización en casa.
- El desconocimiento de las habilidades o posibilidades productivas de los enfermos.
- El aislamiento.
- La soledad.
- La gestión especializada en sitios separados de la comunidad³⁰.

Cabe anotar en este punto que si bien las más recientes actualizaciones de los planes de beneficios para el Plan Obligatorio de Salud en Colombia³¹ procuran garantizar un mejor acceso a servicios integrales en salud mental, aún es necesaria una mayor articulación intersectorial en este sentido y una mayor infraestructura en la confección de modelos basados en la comunidad en la atención de tales necesidades, lo que

conlleva el que en muchos casos se practique la internación hospitalaria en largas estancias o se dé el alta a pacientes que no saben (ni sus familias) cómo controlar y manejar su condición en su domicilio por la inexistencia de modelos ambulatorios o comunitarios que puedan suplir estas necesidades. Como afirma un informe sobre salud mental en la comunidad valenciana: "El tratamiento involuntario no puede compensar la falta de servicios apropiados y eficaces en la comunidad"³².

Conclusiones

El modelo de promoción de la autonomía procura el desarrollo de *capacidades* en las personas que conviven con trastornos mentales, entendidas las capacidades como las *libertades fundamentales* que todo ser humano demanda para escoger el tipo de vida que cada quien tiene razones para valorar³³. Más allá de un modelo paternalista, que impone modelos aceptables de conducta y estándares socialmente aceptados, el modelo basado en capacidades reconoce las profundas diferencias intersubjetivas que hacen parte de las dinámicas humanas, promueve el desarrollo de la agencia moral de las personas y las comunidades, y se constituye en un insumo cardinal en la construcción de ciudadanía, la cual implica el saberme parte de una comunidad humana y, a la vez, participe en igualdad de derechos y oportunidades. El modelo basado en promoción de la autonomía y la construcción de capacidades desde las comunidades y los grupos de apoyo en salud mental se convierte en una elaboración democrática que propende a la superación del estigma y la exclusión, en pos del reconocimiento del otro, del nos-otros y de la realización efectiva de sus derechos y aspiraciones vitales.

Referencias bibliográficas

- 1 Ferreirós Marcos CE. Salud mental y derechos humanos: la cuestión del tratamiento ambulatorio involuntario. Madrid: Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad - CERMI; 2007. p. 20.
- 2 *Ibid.*, p. 112.
- 3 Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General. Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Resolución 48/96 de 20 de diciembre de 1993. Disponible en <http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissres0.htm>.
- 4 Tealdi JC. Bioética y derechos humanos en psiquiatría. Conferencia presentada en el Congreso Colombiano de Psiquiatría, Cartagena de Indias (Colombia), 12 de octubre de 2007. *Rev. Colomb. Psiquiat.* 2008; 37 (2).
- 5 Arias López BE. Los derechos civiles de las personas con discapacidad mental en Colombia: una actualización tardía y restringida. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2010; 39 (2): 405-414.
- 6 *Ibid.*
- 7 First European Conference of Users and Ex-users in Mental Health. The Zandvoort Declaration on Common Interests. Zandvoort, The Netherlands, October 1991 (disponible en internet, www.enusp.org). En Ferreirós Marcos CE. Ob. cit., p. 123.
- 8 World Network of Users and Survivors of Psychiatry. Statutes. Vancouver, 2001. Disponible en Internet (www.wnusp.org/wnusp%20evas/Dokumenter/statutes.html). En *ibid.*, pp. 123-124.
- 9 "White Paper" on the protection of the human rights and dignity of people suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment. CM (2000) 23 Addendum. (Realizado por el grupo de trabajo sobre Psiquiatría y Derechos Humanos del Comité Directivo sobre Bioética en el marco del Comité de Ministros del Consejo de Europa).
- 10 Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana. Situación de las personas que padecen enfermedades mentales y de sus familias. Informe especial a las cortes valencianas, 2003. p. 798.
- 11 Brockington I. Motherhood and mental health. London: Oxford University Press; 1996. En Simón Lorda D, Gómez-Reino Rodríguez I. *Psicosis puerperal: aspectos clínicos y asistenciales*. *Psiquiatría Pública*. 1999; 11 (3): 77.
- 12 Brunette MF Dean, W. *Community Mental Health Care for Women with Severe Mental Illness Who Are Parents*. *Community Mental Health Journal*. 2002; 38 (2): 153-165.
- 13 Chen WJ, Chen CC, Ho CK, Lee MB, Lin GG, Chou FH. Community-Based Case Management for the Prevention of Suicide Attempts in Kaohsiung, Taiwan. *Community Ment Health J*. 2012; 1-6.
- 14 Ulzen T, Williamson L, Foster PP, Paris-Barnes K. The Evolution of a Community-Based Telepsychiatry Program in Rural Alabama: Lessons Learned-A Brief Report. *Community Ment Health J*. 2012; 1-5.
- 15 OPS/OMS. 49 Consejo Directivo 61 sesión del Comité Regional. Estrategia y plan de acción sobre salud mental. Washington, D.C., EUA (del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009), CD49/11 (Esp.) p. 11.
- 16 *Ibid.*, p. 28.
- 17 Baca Baldomero E. Psiquiatría social y psiquiatría comunitaria. En Ayuso Gutiérrez JL; Salvador Carulla L. *Manual de psiquiatría*. Editorial Interamericana; 1992. pp. 663-80. En http://www.acsam.com.co/paginas/informacion/monog_AtencionPrimariaPsiquiatriaComunidad.htm.
- 18 Rojas Fernández JC, Moreno M, Arango CA. Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2008; 37 (4): 538-563.
- 19 Arango-Dávila C, Posada J. *Manual básico de atención primaria en salud mental y rehabilitación psicosocial*. Pasto: Instituto Departamental de Salud de Nariño, 2007.
- 20 Grisso A, Applebaum PS. *Assessing Competence to Consent to Medical Treatment: A Guide for Physicians and Other Health Professionals*. New York: Oxford University Press. 1998.
- 21 Grisso T, Appelbaum PS. *The MacArthur Treatment Competence Study. III. Abilities of Patients to Consent to Psychiatric and Medical Treatments*. *Law Hum Behav* 1995;19:149-74.
- 22 Appelbaum PS, Grisso T, Frank E, O'Donnell S, Kupfer DJ. *Competence of Depressed Patients for Consent to Research*. *Am J Psychiatry* 1999;156:1380-4.
- 23 Antúnez MercèBoada C, Alberca R, Bosch A, Berthier M, Montserrat A. Documento Sitges. Capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia: Reflexiones, derechos y propuestas de evaluación. Barcelona: Editorial Glosa, 2009.
- 24 Grisso y Applebaum sugieren que la carencia de *insight* (o pérdida de conciencia de la enfermedad y la necesidad de tratamiento) actúa como el predictor más importante de pérdida de capacidad en personas con condiciones psiquiátricas.
- 25 Grisso T, Appelbaum PS, Hill-Fotouhi C. The MacCAT-T: A Clinical Tool to Assess Patients' Capacities to Make Treatment Decisions. *Psychiatr Serv*. 1997; 48(11):1415-9.
- 26 León FJ. Deber ético de promover la autonomía y competencia del paciente psiquiátrico. *Rev. chil. neuropsicol*. 2010; 5(1): 13-20.
- 27 Singer PA, Viens AM. *The Cambridge Textbook of Bioethics*. New York: Cambridge University Press, 2008. p. 20.
- 28 Ferreirós Marcos CE. Ob.cit., pp. 328-329.
- 29 Resolución 2358 de 1998. Ministerio de Salud. República de Colombia (numeral 4.5).
- 30 Pasquale E. Psiquiatría y salud mental. 2000 [Internet]. Italia: Departamento di Salute Mentale Trieste; 2007 [acceso 4 de diciembre de 2007]. Disponible en http://www.triestesalute-mentale.it/spagnolo/00_introduzione.htm. En Rojas Fernández JC, Moreno M, Arango CA. Ob. cit. p. 552.
- 31 República de Colombia. Comisión de Regulación en Salud (CRES). Acuerdo 029 de 2011.
- 32 Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana. Ob. cit., p. 813.
- 33 Sen A. *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planeta, 2000.