

RESPONSABILIDADES Y DEBERES ÉTICOS EN LA INCLUSIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA.

RESPONSIBILITIES AND ETHICAL DUTIES IN THE INCLUSION OF INDIVIDUALS WITH PSYCHIATRIC DISABILITIES.

RESUMEN

Las personas con discapacidad psiquiátrica han sido precariamente atendidas, escasamente consideradas y socialmente invisibilizadas en nuestro país. Desde el inicio de la década pasada, en el ámbito de la salud pública se proyectaron directrices para optimizar intervenciones que culminaran con la inclusión efectiva en la comunidad. Las estrategias diseñadas fueron perdiendo sustento y, sumado a la justificación de servicios y programas, el modelo en salud mental pregonado, ante todo el comunitario, transitó de calidad a cantidad de abordajes ejecutados. El presente trabajo revisa los roles que le competen tanto a familias, comunidad y al propio equipo de salud mental respecto a la inclusión de estas personas, analizando las responsabilidades compartidas y deberes éticos para que cada actor involucrado gestione las decisiones, autonomía y promoción de ciudadanía en las personas con discapacidad psiquiátrica. Se concluye que la inclusión se logra solo de manera coordinada desde la incorporación de dispositivos pertinentes, el cuidado y protección del equipo de salud mental, y actividades que involucren a familia y comunidad por igual.

Palabras clave: Discapacidad psiquiátrica, inclusión, salud mental comunitaria, ética.

ABSTRACT

Individuals with psychiatric disabilities have been precariously served, poorly considered, and made to be socially invisible in our country. Since the beginning of the last decade, the field of Public Health has constructed guidelines and strategies to optimize interventions to promote effective community

Los tres autores antes nombrados, declaramos no tener conflictos de interés.

MANUEL PÉREZ-AYALA
Psicólogo. Magíster en Bioética.
Universidad Autónoma de
Chile, sede Talca. Escuelas de
Psicología y Fonoaudiología.
mperezayala@gmail.com

BEATRIZ GÁLVEZ
Terapeuta ocupacional.
Diploma en Salud Mental
y Psiquiatría Comunitaria,
Hospital de Día Curicó.

CLAUDIA PACHECO
Terapeuta ocupacional.
Candidata a Magíster de Terapia
Ocupacional, Mención Salud
Física, Hospital de Día Curicó.

inclusion. However, these strategies have been losing support and, in the process of justifying programs and services, the mental health model, especially the community approach, has begun to prioritize the quantity, rather than the quality, of interventions. This article reviews the roles that families, the community, and mental health teams play in the inclusion of this population and analyzes their shared responsibilities and ethical duties that influence the decisions, autonomy, and civil promotion of individuals with psychiatric disabilities. It is concluded that inclusion is achieved only when relevant services are incorporated; when mental health teams are cared for and supported; and when activities involve both family members and the community at large.

Keywords: Psychiatric Disability, inclusion, community mental health, ethics.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de programas de prevención y promoción de la salud mental dentro de las estrategias generales de los modelos de salud pública reducen el estigma asociado a las personas con trastornos mentales y mejoran el entorno social de cada país (WHO, 2013). En esa línea, y planteando directrices de rehabilitación al evitar o disminuir la hospitalización completa para alcanzar una vida independiente e integrada en la comunidad –contribuyendo a la desinstitucionalización–, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2000) pretendía poner en práctica un modelo de sustitución progresiva de los hospitales psiquiátricos como alternativa de tratamiento a personas con discapacidad psiquiátrica. Se aspiraba a otorgar un inusitado énfasis en la atención ambulatoria y la rehabilitación a través del enfoque psicosocial, gradualmente a través de hospitales de día, centros diurnos, residencias y hogares protegidos.

La enfermedad mental crónica se expresa en la pérdida del juicio de realidad a través de anomalías como delirios, alucinaciones, pensamiento y comportamiento motor desorganizado, y expresión emotiva disminuida (APA, 2014). En su conjunto tiende a evolucionar hacia una disociación de la personalidad, causando un cuadro psicótico crónico que altera progresiva y profundamente a la persona. El trabajo de los equipos de salud mental en general –desde profesionales a operadores comunitarios– apunta a mitigar el sufrimiento y deterioro que trae consigo esta enfermedad (Aldaz y Vásquez, 1996;

Lafuente, Francisco, Criado y Covarrubias, 2007; López y Lavaina, 2007), pero esta labor no ha estado exenta de obstáculos, como la falta o falla en la vinculación con el medio en el cual se está inserto. Algunas de sus causas podrían explicarse así: 1) desde el equipo de salud, las directrices propuestas no se ejecutaron a cabalidad por factores como falta de tiempo, recurso humano, formación comunitaria, e incluso disposición, siguiendo indicaciones de documentos programáticos; 2) desde los diferentes servicios regionales o entidades supervisoras, por descoordinación, desprolijidad en el monitoreo o desconexión en la delegación de funciones y responsabilidades con cada equipo; y 3) desde las familias y comunidad, por falta de información, ignorancia no resuelta eficazmente y a tiempo, o franco desinterés, por estigmas y temores asociados o invisibilización/negación de la problemática.

Existe, al parecer, una equívoca y disfuncional percepción respecto a que una vez que se obtuviera el alta de los hospitales, con el explícito afán de terminar ese enfoque asilar que pretendía superar el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, las personas con discapacidad psiquiátrica (PDP) naturalmente se iban a incorporar e integrar a la sociedad, algo que no ha resultado de esa manera en todos los casos. Como esto, persisten también otras temáticas aún pendientes en Chile respecto a las PDP. El Observatorio de Derechos Humanos de personas con discapacidad mental (2014) señala además como puntos críticos el respeto de los derechos al reconocimiento jurídico, el derecho a vivir en forma independiente, a la participación en la vida

política-pública y a ser incluido en la comunidad, así como la participación en organizaciones sociales, derechos a la atención de salud y la adecuada provisión de servicios de salud mental comunitarios.

El presente texto planteará y discutirá responsabilidades tanto del Equipo de Salud Mental (ESM) como de cada familia y comunidad en incluir activa y efectivamente en el proceso de estabilidad e inclusión a las PDP, lo que implica una reflexión del trabajo planificado por cada ESM, para llegar a una concienciación crítica a nivel de sociedad. Se proyecta a su vez como un imperativo de carácter ético, el articular acciones que no solo ayuden, sino que protejan la dignidad y velen por el cuidado de personas especialmente vulnerables.

MÍNIMOS ÉTICOS DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD

Durante la última década se ha visto un aumento del interés por la Salud Pública debido al deterioro del nivel de la salud poblacional en diversos países, lo que ha causado que la atención se dirija desde las diferencias entre las definiciones de la salud hacia valores que deben ser promovidos y, en general, hacia una ética de la salud pública que considere tanto los derechos como las necesidades humanas a su disposición (Benatar, 2003).

La relevancia de la toma de decisiones en la gestión de los procesos de la salud es fundamental cuando se dirige específicamente a conseguir resultados en la calidad total de la atención a la salud (Rico y Domínguez, 2012), además de revelar la participación de aspectos esenciales y mínimos de la ética, como la dignidad, el respeto, la responsabilidad y la autonomía. Las instituciones responsables de otorgar y gestionar la salud comparten los propósitos de conseguir una mejora continua, en donde la calidad de atención en la salud, resultado de parámetros de buenas prácticas y búsqueda de excelencia es una preocupación universal.

Por otra parte, en sistemas de salud con enfoque paternalista, o profesionales con esta actitud, que conciben y traten a sus beneficiarios como incapaces e incluso como incom-

petentes (Gracia, 2001), pueden ser genuinos los deseos de ofrecer calidad pero se apartan de valores éticos porque los consideran implícitos, aun cuando impera toda necesidad de hacerlos no tan solo explícitos sino también categóricos (Domínguez y Manrique, 2011). El apego al trato digno como principio orientador abarca desde la planificación hasta la organización, dirección y evaluación, ubicándose como elemento irrenunciable de la calidad en cada establecimiento que realice prestaciones de salud. Sin embargo, aunque quienes viven con discapacidad psiquiátrica puedan creer que la ayuda ofrecida en la red asistencial no sea acorde a sus necesidades e idea de mejoría (Bentall, 2011), igualmente acuden a ellos porque para una considerable cantidad de casos representan su única red y acceso a una posible estabilidad.

El grupo conformado por personas con esta discapacidad históricamente ha sido vulnerado y violentado en sus derechos fundamentales. Si ya reformas psiquiátricas en el resto del mundo se generaron para proteger y respetar los derechos de este grupo, hoy el tema se encuentra en pleno debate en nuestro país (Pino y Valderrama, 2015), ad portas de un nuevo Plan Nacional de Salud Mental, y de una impostergable Ley de Salud Mental. Es esencial la reformulación de una política pública en discapacidad mental, que se construya en la perspectiva de derecho que permita hablar de ella como un fenómeno social, de derechos humanos, de participación sociocomunitaria y de ciudadanía, debido a que particularmente nuestro país muestra altas tasas de enfermedades mentales, cuyos costos directos e indirectos afectan negativamente a los individuos que las padecen, sus familias y la sociedad en su conjunto, aumentando –por ejemplo– los costos y usos de los servicios generales de salud (Errázuriz, Valdés, Vöhringer y Calvo, 2015). El bajo porcentaje del presupuesto total de salud que es destinado a salud mental no solo preocupa porque los recursos son insuficientes para prevenir y tratar las patologías mentales, sino que además es una señal de la discriminación que viven las personas con este tipo de trastornos.

En este marco nacional, el Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago (2013) refiere que si bien numerosos estudios se han enfocado en aspectos tanto epidemiológicos, sociológicos, como económicos y políticos a la hora de proponer o ejecutar acciones de salud, ha estado ausente una deliberación destinada a establecer específicamente cuáles deben ser los bienes éticos a cautelar, como puede ser estimular la elección de la propia atención de salud (Ganzini et al., 2005). Se da la paradoja de un sistema que se esfuerza por ajustarse a ciertos estándares públicos y privados, pero que parece satisfacer cada vez menos las expectativas técnicas, humanas –en consecuencia éticas– de usuarios/as, funcionarios/as y profesionales de la salud por igual. Es fundamental que en este sistema los profesionales de la salud mental cultiven ciertas habilidades hasta que prosperen como virtudes éticas manifestadas en el compromiso con el paciente al disponer de un particular modo de pensar y decidir, como pueden ser la empatía, compasión, cuidado, justicia y juicio prudencial, que finalmente guíen el cómo actuar (Ramos, 2015b).

En consecuencia, una organización de salud para ser éticamente aceptable debería aspirar a sanar, mejorar y/o rehabilitar a los enfermos cuando sea factible, a la vez que acoger y ayudar siempre, con conciencia de las dificultades sociales y económicas que enfrentan el diseño y puesta en práctica de las complejas acciones de salud de la actualidad, considerando cada capacidad de adaptación y necesidad personal (Vila, 2003). Rescatar la voz de los afectados y propiciar su sociabilidad más allá de los espacios terapéuticos son dos tareas necesarias para potenciar la inclusión. Mientras los afectados solo puedan habitar los territorios catalogados como terapéuticos, la rehabilitación social e inclusión será un horizonte inalcanzado. Ante esto se puede actuar mediante la exclusión o asumir nuestra responsabilidad y ayudarles a imaginar otro futuro para sí mismos (Martínez, 2009). En palabras de la filósofa española Victoria Camps (2001), “sin responsabilidad no hay ética que valga”.

FAMILIA, COMUNIDAD Y EQUIPO DE SALUD MENTAL: DEL RESPETO EN LA TOMA DE DECISIONES A LA INCLUSIÓN

Al hablar de inclusión, primero se han de acordar como punto de partida los elementos que la hacen posible. Están directamente relacionados con los recursos tanto personales como sociales, los cuales al potenciarse a través de actividades de participación comunitaria posibilitan en el tiempo transformaciones que buscan minimizar la exclusión (Alvarado, Moreno, y Rodríguez, 2009). Tanto el desarrollo personal y familiar, y de redes de bienestar y de comunicación, interactúan a nivel individual y familiar, comunitario e institucional, para ir logrando cambios que se retroalimentan y modifican de acuerdo con las necesidades. Se hace factible en la medida en que se favorecen desde la interdisciplinariedad los procesos de acompañamiento para la formación y empoderamiento de la comunidad, al participar en actividades como el cuidado en casa y la formación de agentes de salud a través de las cuales se generan las condiciones para que finalmente la autonomía se privilegie y alcance. Lo anterior es avalado por Ramos (2015), respecto a que después de cada uno de ellos, los beneficiarios/as, los más capacitados para decidir son los familiares. Como la mayoría de éstos carecen de conocimientos técnicos y formación específica, necesitan a los profesionales del área salud mental para que las intervenciones cumplan su objetivo (Rivas, 2003). Mutuamente, familia junto a profesionales son en quienes recae la responsabilidad de ayudar a tomar decisiones (Weiss, Warner y Brody, 2000), lo que es diferente a decidir por otro/a.

En este caso en particular se logra incrementar el apoyo sociocomunitario para que las personas en condición de discapacidad y sus familias puedan afrontar los problemas que se presentan en la cotidianidad, entendiendo que cada familia (Vivas; 2009) se preocupa por atender, de un modo único y especial, sus cuidados físicos y/o psíquicos, su personalidad y vida afectiva; adecuada formación, desarrollo de aficiones y el logro de una óptima relación social.

Más allá del soporte familiar, Valverde e Inchauspe (2014) refieren experiencias en países como Reino Unido, Estados Unidos, Holanda, Australia, y localmente en Brasil, donde hay pacientes, muchos diagnosticados de trastorno mental grave, que se han asociado para influir en aspectos asistenciales y de investigación. Este movimiento, algo alejado de lo que se puede considerar la realidad nacional, denominado de la recuperación (Recovery Movement), se ha hecho oír ante profesionales de la salud mental y la sociedad en general, construyendo un discurso de denuncia respecto a no haber sido tratados adecuadamente, ocultándoseles información y sin apreciar ni valorar su palabra, discurso actualmente recogido y apoyado por numerosos profesionales que conocen lo complejo de las intervenciones del área.

Relacionarse con personas con un cuadro psicótico supone habilidades que es necesario entrenar para ejercer una práctica clínica correcta (Valverde e Inchauspe, 2014), y quienes nos dedicamos a la salud mental debemos formarnos estrictamente en ellas dentro de un modelo general de atención que ayude a preservar su persona y considerar su estado circunstancial como una base para la integración y mejoría. Tapia, Grandón y Bustos (2014) señalan que para cumplir esto se debe dejar de hablar de un modelo centrado en los recursos disponibles y plantear seriamente otro centrado en los requerimientos de los usuarios. ¿Cómo? Un inicio es esforzarse por crear un vínculo respetuoso, cercano y afable donde se identifiquen y razonen las opiniones respecto a cómo ser tratado/a. El acordar en lo posible los términos de cada tratamiento va de la mano con desenvolverse en tareas o prestaciones conforme sus intereses y nivel cognitivo –cuidando de no sobrevalorar ni tampoco desvalorizar destrezas–, mediante actividades que resulten poco o nada motivantes para alcanzar un anhelado funcionamiento básico e independiente. Generar espacios y situaciones de incentivo, acorde a las diferentes personas y repertorios de competencias, resulta una tarea compleja y desafiante. Una forma de compatibilizar es creando espacios donde la interacción social sea el eje, potenciando

roles y relaciones saludables de colaboración y ayuda en un claro fomento de la participación a través de acciones sociocomunitarias.

Se puede entender esta intervención de tipo comunitaria como un reto aplazado en nuestro país, en donde aún prevalece desde un punto de vista más clínico, independientemente de la severidad del diagnóstico y tiempo transcurrido desde que éste se realizó. La incorporación gradual del modelo comunitario para atención de cuadros psiquiátricos obedece a que se ha demostrado que los factores biológicos explican solo parcialmente la etiopatogenia de éstos, ya que ciertos elementos psicosociales condicionan su aparición y duración mediante la interacción entre la persona y su entorno social; así, es considerada por un importante número de investigadores como el modelo óptimo para la atención de trastornos psiquiátricos (Minoletti y Zaccaria; 2005), ya sea desde la perspectiva terapéutica como ética.

Una adecuada concepción y ejecución del modelo de atención comunitario (Uriarte, 2007; Montero, 2010; Carrasco y Yuing, 2014; Font et al., 2012; y Winkler et al., 2014) permitiría que los recursos asistenciales disponibles, ya sean públicos o privados, se apliquen a los trastornos de salud mental y a las enfermedades psiquiátricas de la población en forma sistematizada e integrada, dando prioridad a las estrategias comunitarias y participativas, según las realidades e inquietudes de cada grupo sociocultural, sostienen Minoletti y Zaccaria (2005). Los casos en que no ha sido así se podrían explicar por la disminución progresiva de supervisión por parte de referentes nacionales e internacionales, y el detrimento en los intercambios de experiencias entre equipos. Además, cada vez los objetivos centrales apuntan a cumplir con la mayor cantidad de prestaciones y asegurar el financiamiento de los programas, dejando de lado la observación y reflexión, la posibilidad de conocer de manera más cercana a los usuarios/as y así impactar de manera más profunda en cada uno/a.

Como ESM, ciertamente se está consciente del delicado proceso de tratamiento y posterior inclusión de personas con disca-

pacidad psiquiátrica, sobre todo si se tienen presentes sus derechos, que exigen se respete su posibilidad de tomar decisiones en situaciones clínicas, sociales y económicas que les acontecen (Muñoz y Lucero, 2014). Además, se suma la dificultad de llegar a un consenso en evaluaciones de capacidad que no vulnere la autonomía de las personas, en donde, como profesionales competentes, se vele no solo por conocer las normativas y leyes frente a la investigación y tratamiento, sino que también por la realidad e historia de cada persona que se pretende apoyar, guiar o proteger. Es una motivación adicional relacionada con la mayor responsabilidad que adquieren los pacientes en su proceso de rehabilitación, señalan Camino, Hernanz y Bosch (2010). En este tipo de intervenciones, los mismos autores resaltan que es importante tener en cuenta factores clave, como la identidad, pues representa la columna vertebral de ese proyecto vital que ha interrumpido la psicosis. La identidad está formada por el conocimiento de uno mismo, por todas aquellas cosas con las que nos asemejamos y que al mismo tiempo permiten a los otros saber quiénes somos y adónde pertenecemos, esencial para la inclusión, pues lo que somos es un reflejo de lo que los otros ven, y además, es la fuente principal de la que se nutre el criterio con el que se escogerá el camino para cómo y de qué manera transitar la existencia.

Si se quiere hablar de inclusión efectiva, es imprescindible una construcción participativa a través de la vinculación con la comunidad, previo reconocimiento y promoción de derechos civiles, sociales, económicos y culturales, que potencien la vida independiente de las personas afectadas y procuren mejorar su calidad de vida (Vallespí, 2007). A esto se accede luego de determinar la necesidad e idea de autonomía de las PDP y asimilar las necesidades de familiares y cuidadores cuando corresponda, a quienes incluso se les debe un papel activo en la elaboración de políticas y legislación respectiva (Ariño y San Pío, 2007). El trabajo colaborativo y coordinado de familias, comunidad y ESM –guiados por estos últimos–, es más que solo “salir a la calle”, sino que de manera estratégica se deben

promover actividades y tareas adaptativas que sensibilicen ante la discapacidad y comprendan no solo la patología mental, sino la salud mental en sí, sus características y manifestaciones, lo que además es parte de una responsable formación y promoción de la ciudadanía. En nuestro rol de ESM debemos mantener un alto estándar de funcionamiento no solo por la calidad, sino porque es un imperativo ético; mismos principios al situarnos desde las responsabilidades compartidas que no se deben delegar como familia y comunidad, hasta ahora deseables y esperables, mas se duda hasta qué punto exigibles.

CONCLUSIONES

La tónica en la transición a la inclusión sigue siendo institucionalizar personas, donde las residencias y hogares han tomado el lugar que antaño ocupaban asilos y hospitales, sobre todo en usuario/as sin red familiar ni social. No contar con una red completa e integrada de dispositivos favorece la dependencia y genera una atención irresponsable e incluso negligente, donde el Estado es el que debe pronunciarse.

En ocasiones, el entendible objetivo de la estabilidad clínica se permuta por la dependencia a los diferentes dispositivos de salud. Lo primero sin duda es primordial en una instancia inicial del proceso de tratamiento, pero no asegura una mejoría continua, el ejercicio de autonomía ni participación en la sociedad. Por criterios o normas establecidas, las personas deben ser derivadas o dadas de alta sin un mínimo de habilidades requeridas para un funcionamiento adecuado, lo que también es una forma de desamparo y abandono.

Es recurrente que el funcionamiento interno de los ESM se gestione desde condicionantes como la limitación de los tiempos y la falta de recursos (humanos, infraestructura, equipamiento, movilización) para cada actividad, sea reactivación, despliegue o trabajo en redes. Hechos como éstos llevan a que el equipo continúe abocándose a la urgencia, la crisis, y no a prevenir, sensibilizar, desestigmatizar y a favorecer la salud mental en sí; inclusión mediante. Estos objetivos

deben obligatoriamente estar asociados a repensar el recurso existente, especialmente el humano, y hacer lo necesario para cuidarlo y resguardarlo, fortaleciendo un autocuidado formal y crítico.

La búsqueda de mejorías debería comenzar por identificar las barreras o problemáticas en la incorporación de familias y comunidad en los tratamientos y el real compromiso con la inclusión, hasta la revisión de funcionamientos de las comisiones de protección de los derechos de los usuarios/as con discapacidad dependientes de la SEREMI, su reactivación en caso de no sesionar regularmente o su creación en caso de inexistencia. Una propuesta es la gestión de redes comunitarias que coordinen con el macro y micro nivel, es decir tanto regional, provincial como intracomunalmente, realizando diagnóstico de redes existentes y establecer relaciones para determinar oferta a través de reuniones informativas, talleres, grupos de autoayuda y formación de monitores. Desarrollar y replicar tácticas efectivas que apunten a la vinculación de los beneficiarios con grupos de pertenencia de carácter comunitario tiene la finalidad de conformar agrupación de usuarios/as autogestionados. Esto, en respuesta a la constante demanda de las personas en los servicios clínicos, lo que genera cierta dependencia y configuración de la patología de salud mental como definitorio en su biografía y eje central en sus proyecciones de estilo y calidad de vida.

La estabilidad clínica es el primer gran objetivo en estos casos, pero la intervención global debe activamente trascender a lo más próximo del restablecimiento en el actuar independiente y vida autónoma en sí, contenida por la familia, apoyada por el equipo de salud mental e integrada a la comunidad. Se plantea en términos de responsabilidades compartidas y de obligatoriedad ética; cada actor es fundamental y la ausencia de solo uno merma y afecta cualquier potencial mejoría, como el euclidiano concepto de plano con base de tres puntos. ¿De qué responsabilidad se podría hablar, y de qué serviría la ética si no puede proteger y ayudar a los desvalidos o menos afortunados de la sociedad?

REFERENCIAS

1. Aldaz A y Vásquez V. *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. España: Siglo XXI, 1996.
2. Alvarado A, Moreno M, Rodríguez M. Inclusión social y participación comunitaria: una perspectiva de trabajo frente a la discapacidad. *Ciencia y Enfermería*, 2009; XV(1): 61-74.
3. American Psychiatric Association (APA). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5*. México: Editorial Médica Panamericana, 2014.
4. Ariño B, San Pío M. El papel de las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental. *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria*, 2007; 7(2): 115-126.
5. Benatar S. Public Health and Public Health Ethics. *Acta Bioethica*, 2003; IX(2): 195-207.
6. Bentall R. *Medicalizar la mente: ¿Sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?* Barcelona: Herder, 2011.
7. Camino A, Hernanz A, Bosch M. Piso Protegido: ¿un medio o un fin en la rehabilitación psicosocial? *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2010; 30(106): 279-290.
8. Camps V. *Una vida de calidad*. España: Ares y Mares, 2001.
9. Carrasco J, Yuing T. Lo biomédico, lo clínico y lo comunitario: Interfaces en las producciones de subjetividad. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 2014; 13(2): 98-108.
10. Domínguez O, Manrique C. Bioética y calidad en la atención de primer contacto y de salud pública. *Acta Bioethica*, 2011; 17(1): 31-36.
11. Errázuriz P, Valdés C, Vöhringer P, Calvo E. Financiamiento de la Salud Mental en Chile: una deuda pendiente. *Rev Med Chile*, 2015; 143: 1179-1186.
12. Font J, Serrano D, Font M, Otín R. Urgencia y Hospitalización Psiquiátrica en coordinación con la atención comunitaria. *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria*, 2012; 11(1): 79-92.
13. Ganzini L, Volicer L, Nelson W, Derse A. Ten myths about decision-making capacity. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2005; May: 263-267.
14. Gracia, D. *Bioética Clínica*. Bogotá: El Búho, 2001.

15. Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago. Dimensión ética en la organización de la atención de salud. *Rev Med Chile*, 2013; 141: 780-786.
16. Lafuente S, Francisco J, Criado I, Covarrubias C. Desinstitucionalización y calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. El caso de Segovia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 2007; 27(100): 319-31.
17. López M, Laviana M. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 2007; 27(99): 187-223.
18. Martínez A. Más allá de la rehabilitación psicosocial. Metáforas de exclusión y tareas de inclusión. *Cad. Bras. Saúde Mental*, 2009; 1(1): 42-54.
19. Ministerio de Salud (MINSAL). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. Unidad de Salud Mental; Santiago de Chile, 2000.
20. Minoletti A, Zaccaria A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Rev Panam Salud Pública / Pan Am J Public Health*, 2005; 18: (4/5).
21. Montero M. Fortalecimiento de la Ciudadanía y Transformación Social: Área de Encuentro entre la Psicología Política y la Psicología Comunitaria. *Psykhé*, 2010; 19(2): 51-63.
22. Muñoz M, Lucero B. Aspectos legales y bioéticos de intervenciones e investigaciones en personas con discapacidad intelectual en Chile. *Acta Bioethica*, 2014; 20(1): 61-70.
23. Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental. *Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental: Diagnóstico de la Situación en Chile*. Santiago, Chile, 2014.
24. Pino J, Valderrama C. Análisis desde el enfoque de derechos a la política chilena en discapacidad mental. *Rev Chil Salud Pública*, 2015; 19(3): 270-283.
25. Ramos S. Las decisiones subrogadas en pacientes con esquizofrenia. *Revista de Bioética y Derecho*, 2015 (enero); 33: 68-81.
26. Ramos S. Una propuesta de actualización del modelo bio-psicosocial para ser aplicado a la esquizofrenia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsi*, 2015b; 35(127): 511-526.
27. Rico V y Domínguez O. Aspectos bioéticos en la toma de decisiones para la calidad de atención en salud. *Acta Bioethica*, 2012; 16(2): 142-147.
28. Rivas F. La psicosis en la comunidad y el espacio sociosanitario: Nuevos retos y nuevos protagonistas para la vieja reforma psiquiátrica. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 2003; 22(85): 59-73.
29. Tapia C, Grandón P, Bustos C. Relación entre el funcionamiento de un hogar/residencia protegida para personas con trastorno mental severo, el apoyo social del cuidador y las habilidades de la vida diaria de los residentes. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 2014; 52(1): 20-28.
30. Uriarte J. Psiquiatría y Rehabilitación: la Rehabilitación Psicosocial en el contexto de la Atención a la Enfermedad Mental Grave. *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria*, 2007; 7(2): 87-101.
31. Valverde M, Inchauspe J. ¿Hay lugar para el consentimiento informado en los tratamientos de las personas con psicosis? Una reflexión sobre el tratamiento de la psicosis. *Revista de Bioética y Derecho*, 2014 (enero); 30: 40-65.
32. Vallespí A. Algunas reflexiones sobre la situación actual del desarrollo de la rehabilitación psicosocial y los programas de atención a la enfermedad mental grave en el estado. *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria*, 2007; 7(2): 105-113.
33. Vila F. Psicopatología y funcionamiento social en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que viven en la comunidad. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*, 2003; 30(6): 319-323.
34. Vivas I. Una aproximación al patrimonio protegido a favor de la persona con discapacidad. *Revista de Derecho*, 2009; XXII(1): 55-76.
35. Weiss L, Warner T, Brody J. Perspectives of Patients with Schizophrenia and Psychiatrists Regarding Ethically Important Aspects of Research Participation. *Am J Psychiatry*, 2000; January: 66-74.
36. Winkler M, Alvear K, Olivares B, Pasmanik D. Psicología Comunitaria hoy: Orientaciones éticas para la acción. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 2014; 13(2): 44-54.
37. World Health Organization. *Investing in mental health. Evidence for action*. Geneva: WHO; 2013.