

# La relación médico-paciente en salud mental: el documento de voluntades anticipadas y la planificación de decisiones anticipadas

*Sergio Ramos-Pozón*<sup>1</sup> y *Bernabé Robles del Olmo*<sup>2</sup>

### RESUMEN

Durante años, el modo de concebir la relación asistencial ha sido paternalista. En pacientes con enfermedades mentales este es el modelo dominante. No obstante, los profesionales han de asumir que los pacientes pueden ser capaces de escoger y rechazar aspectos relacionados con el tratamiento de su salud. La toma de decisiones compartidas es la mejor relación entre médico y paciente. Y el documento de voluntades anticipadas (DVA) y la planificación anticipada de decisiones es una buena manera para poder respetar al paciente.

### PALABRAS CLAVE

Paternalismo, Relación médico-paciente, Documento de voluntades anticipadas, Planificación anticipada de decisiones.

### The doctor-patient relationship in mental health: advance directives and advance care planning

For ages, doctor-patient relationships have been paternalistic. In patients with mental illness this is still the dominant sort of relationship. However, practitioners have to assume that patients can be able to choose and refuse any aspect about their health. In Medicine, shared decision making is the best type of relationship between patient and doctor. Both, advance directives and advance care planning are good ways to respect the patient.

### KEYWORDS

Paternalism, Doctor-patient relationships, Advance directives, Advance care planning.

---

<sup>1</sup> Fundació Víctor Grífols i Lucas. Barcelona

<sup>2</sup> Parc Sanitari Sant de Déu. Universitat Ramon Llull. Barcelona

Correspondencia:

Sergio Ramos-Pozón. Fundació Víctor Grífols i Lucas.

C/ Jesus i Maria, 6. 08022, Barcelona. España.

E-mail: ramospozon@hotmail.com

## Introducción

Desde los años 60 asistimos a un cambio de paradigma en la relación que mantienen los profesionales sanitarios con las personas a las que prestan servicios, siguiendo un camino vinculado al desarrollo de la Bioética como disciplina en nuestro entorno. Se ha llegado al consenso ético y legal de que es el paciente competente, informado y no coaccionado quien toma sus decisiones sanitarias con el asesoramiento honesto y humanizado de los profesionales sanitarios (“doctrina” del consentimiento informado).

Rápidamente surgió la necesidad de mantener ese respeto a las decisiones del paciente en situaciones en las que su competencia esté menoscabada por cualquier razón. En los 60 se desarrolló en países anglosajones el llamado “testamento vital” (recogido por nuestra legislación a partir de los 90 como “voluntades anticipadas” o “instrucciones previas”) y con el paso de los años han aparecido otras respuestas a esta necesidad, como la que representa la planificación de decisiones anticipadas. Nos proponemos en este artículo evaluar ambos instrumentos en pacientes con trastorno mental crónico, y reflexionar sobre cuál sería la actitud más correcta para conseguir el objetivo esencial: que los tratamientos y cuidados recibidos se parezcan al máximo a aquellos deseados, dentro del catálogo de intervenciones posibles y eficaces.

### Del paternalismo a la autonomía

Tradicionalmente, el modo de concebir la relación asistencial ha sido un enfoque paternalista, el cual se define por la tendencia de los profesionales a buscar el mayor beneficio y evitar daños hacia el paciente; sin embargo, los únicos criterios de referencia son los valores del médico y los fines intrínsecos de la medicina clásica, los cuales vienen arraigados del Juramento Hipocrático.

Beauchamp y Childress<sup>1</sup> consideran dos tipos de paternalismo. Por un lado, un paternalismo fuerte que actúa en nombre del paciente en contra de sus deseos. Por otro, un paternalismo débil para proteger a las personas que no son autónomas. Esta última postura es defendida por Komrad<sup>2</sup> al considerar que esto puede devolver, progresivamente, la autonomía a los pacientes que no tienen competencia suficiente como para decidir por sí mismo.

El argumento defendido por Komrad M. es frecuentemente utilizado en pacientes que carecen de competencia suficiente. Podría ser, a priori, el caso de los pacientes con enfermedades mentales. Ciertamente, aunque los profesionales reconocen la necesidad de respetar la voluntad de los pacientes y de aplicar un modelo de reciprocidad, la perspectiva

dominante en la práctica médica psiquiátrica es la paternalista<sup>3</sup>.

Junto a ello, en salud mental constatamos un predominio del modelo biomédico reduccionista, positivista, que intenta explicar y tratar la enfermedad en términos bioquímicos. El problema, sin embargo, es que con dicho modelo nos focalizamos especialmente en el “cuadro clínico” y no en la “persona”. Nos ceñimos a lo bio y no atendemos a la persona enferma con una biografía singular.

Esta crítica es la que realizaba Engel<sup>4,5</sup>, al modelo biomédico y reclamaba un modelo bio-psico-social, el cual deberíamos rescatar, aunque debería de ser reformulado, al menos en pacientes con esquizofrenia<sup>6</sup>. Su aplicación ha de realizarse mediante la intervención de redes asistenciales que contemplen programas comunitarios, centros de día y hospitales, y cuyo objetivo sea el cuidado de estos pacientes. La finalidad es reducir la mortalidad, las recaídas, la incidencia y la prevalencia, las discapacidades asociadas a los trastornos mentales graves y la disminución de la mortalidad, tanto global como por suicidio<sup>7</sup>.

Para ello, hemos de hallar modelos centrados en y para la persona. Hacer esto pasa por ejercer una psiquiatría crítica que se base en presupuestos éticos, técnicos y científicos centrados en el paciente y su cuidado<sup>8-10</sup>.

Por tanto, hay que superar el modelo biomédico-paternalista y dirigirnos hacia modelos que tengan en cuenta a la persona íntegramente, de manera que sus deseos, preferencias, etc., sean respetados en la toma de decisiones. En efecto, las leyes sanitarias, como la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre*, establecen derechos y obligaciones de pacientes y profesionales en la relación asistencial. El consentimiento informado y el documento de voluntades anticipadas (DVA) son una expresión de ese respeto. Pero este tipo de relación asistencial no ha de basarse en meras preferencias de los pacientes, sino en un proceso de acompañamiento por parte de los profesionales hacia ellos, que permite un diálogo abierto entre hechos y valores. Esta forma de relación asistencial es la que conocemos como toma de decisiones compartidas. Veámoslo.

### La toma de decisiones compartida

Un tipo de relación asistencial basada en la toma de decisiones compartidas es un proceso interactivo en el que el profesional ayuda a su paciente a escoger qué tratamiento es el mejor para su situación clínica y le informa sobre los riesgos y beneficios que conlleva (hechos). Con ello se introduce a la persona, con sus valores y preferencias, en la toma de decisiones. Será ésta (correctamente asesorada) quien elija finalmente (valores).

En salud mental, esto es sumamente importante porque no siempre estos pacientes tienen competencia

suficiente. La aplicación de este enfoque comporta una mayor comunicación, pues se establece un diálogo que facilita que la persona tenga información sobre la enfermedad y las posibles vías terapéuticas, participando e implicándose en el proceso. Existen estudios que muestran que aplicando este modelo se reducen recidivas y rehospitalizaciones, se muestra una mayor adherencia a los fármacos, puede realinear las expectativas personales, aumenta el bienestar reflejado en su calidad de vida y hay un mayor cumplimiento con el tratamiento<sup>11</sup>.

Este enfoque ha permitido un giro de los fundamentos de la relación asistencial. Hemos pasado de buscar únicamente la beneficencia y no-maleficencia de los pacientes, incluso sin su consentimiento, a una perspectiva que tiene como eje central la autonomía y la dignidad. Pero junto a ello, los profesionales han de aportar sus criterios clínicos para que el paciente escoja responsablemente. Es decir, la medicina, en general, y la psiquiatría, en particular, ha de estar basada en hechos y valores.

No obstante, parece comprensible que incluso siendo competente para decidir no quiera participar y desee dejar en manos de la familia y/o del equipo médico cualquier decisión vinculada con su salud<sup>12,13</sup>. En cualquier caso, a no ser que los pacientes constaten sus deseos de no querer participar, hemos instarlos a participar en la toma de decisiones, en la medida de lo posible, para que escojan tratamientos sobre su propio cuerpo.

Los estudios empíricos sobre la toma de decisiones compartidas en pacientes con trastornos mentales graves indican que el perfil de paciente que manifiesta un deseo de implicarse en la decisión presenta algunas de las siguientes características: joven, alto nivel educativo, sintomatología crónica, buenas habilidades cognitivas para la toma de decisiones, insatisfacción o desconfianza ante los tratamientos y/o profesionales y /o experiencias previas de ingreso involuntario<sup>14-21</sup>.

Para ello, hay que fomentar espacios de diálogo para empoderar a los pacientes y dotarles de los mismos derechos que a cualquier otro. Y es que la relación asistencial en el ámbito psiquiátrico no puede ser tan asimétrica y marcada por el paternalismo. Esto fomenta la discriminación y el estigma. Hemos de reivindicar un modelo asistencial en el que la alianza terapéutica, la confianza, la dignidad y la autonomía, etc., sean esenciales.

Este marco asistencial es el que se da cuando nos anticipamos y planificamos decisiones. Pero, ¿por qué hay que planificar decisiones?

### **Hacia las relaciones “activas” con los pacientes**

Tradicionalmente, en Medicina se ha considerado siempre la enfermedad como algo fortuito: la función

del médico era actuar puntualmente cuando ésta se presentaba. Es lo que podemos llamar como atención “reactiva”. No obstante, actualmente por atención sanitaria entendemos el cuidado integral y continuado de la salud de una persona. Así, la atención no sólo puede sino que debe estar planificada. Planificar la atención conlleva una responsabilidad moral que expresa compromiso con el paciente.

Ha de ser la persona quien elija y determine qué es lo valioso de su vida en relación con sus valores y preferencias, pues se trata de buscar una vida de calidad entendida a su modo. Llevar hasta las últimas consecuencias esta postura puede significar incluso elegir rechazar la vida (biológica) si ésta no es acorde con su proyecto vital, es decir, con aquello que considera como una vida digna de ser vivida. En tal caso, es una obligación moral hacer todo lo posible para que la persona tenga un proceso de morir de manera digna, es decir, sin sufrimiento. Obviamente, siempre que el paciente así lo desee. De hecho, existen contextos culturales o circunstancias (por ejemplo estar consciente durante un acontecimiento familiar relevante) en los que no se acepta que los sedantes “roben” a la persona el proceso de morir.

Al darle a la persona el protagonismo para poder definir qué entiende por calidad de vida se le está concibiendo como un ser dotado de autonomía que decide responsablemente sobre su vida. Y si, efectivamente, queremos respetarle, hemos de asegurar que no se le impondrá ninguna decisión, a no ser que haya motivos suficientes y justificados. En otras palabras, la beneficencia sin autonomía deja de serlo.

Por tanto, lo que se está reivindicando es que en las actividades sanitarias la planificación sea, ante todo, una cuestión ética, consecuencia del nuevo estilo de relación clínica: prudente y participativa, por la persona y con la persona.

En algunos contextos clínicos podemos anticiparnos a futuras situaciones clínicas porque sabemos que pasarán cosas (una recaída, un ingreso involuntario, etc.) y muy probablemente la persona no estará entonces en las mejores condiciones para decidir por sí misma. Si no hay una anticipación de la decisión, corremos el peligro de que quede “condenada” a las decisiones de otros, de modo que es imprescindible que los profesionales conozcan con antelación su voluntad y valores.

Pero este proceso de planificación requiere que la persona sea *autónoma, voluntaria, informada en cantidad y calidad suficiente* y que tenga *competencia* para tomar una decisión. Ciertamente, este último aspecto, el de la competencia, puede ser una cuestión comprometida en pacientes con trastornos mentales. Las limitaciones para planificar de forma compartida la atención deberían radicar básicamente en las aptitudes de competencia para la toma de decisiones (que

muchos trastornos mentales conservan durante períodos largos de enfermedad y que, al revés, muchos trastornos “somáticos” cercenan durante períodos también prolongados). No parece razonable que un código del DSM-V sea el criterio que marque el respeto o no a las decisiones anticipadas y competentes de los pacientes.

Muchos son los instrumentos para la valoración de la competencia. Quizás la metodología más utilizada es el MacCAT<sup>23</sup>, que se basa en los siguientes cuatro parámetros. La comprensión se refiere a la habilidad de la persona para entender el diagnóstico de su enfermedad y su tratamiento. Ha de poder recordar y comprender la información que el médico le está proporcionando. La apreciación se refiere a la capacidad para relacionar la información con su propia situación. El objetivo es verificar si conoce la naturaleza de su diagnóstico y si es consciente de que el tratamiento propuesto puede beneficiarle. Además de ello, es significativo que aprecie la situación, esto es, que disponga de la habilidad para procesar y analizar la información, ponderando las distintas alternativas terapéuticas. Por último, ha de poder expresar su decisión, razonada y razonable.

Ahora bien, “los resultados de las habilidades cognitivas parecen ser necesarios pero no suficientes. La competencia en la toma de decisiones requiere, al menos –pero no sólo-, habilidades cognitivas”<sup>24</sup>. Y es que las decisiones que tomamos a diario frecuentemente están basadas en sentimientos, valores, etc. De este modo, que la elección no sea “racional” no significa, necesariamente, que la persona no sea competente.

Así, cuando valoramos la competencia lo que estamos analizando es la manera por la que él escoge, y no el qué. Por ende, que un profesional no esté a favor de la decisión de un paciente no implica, necesariamente, que no haya de ser respetada. Hemos de partir del respeto por las personas, de sus decisiones y deseos.

Desde el ámbito asistencial también hay que fomentar una relación asistencial que dé mayor protagonismo al paciente. Borrell et al.<sup>25</sup> sostienen que hay que crear un tono emocional, cultivar la curiosidad por el paciente apreciándolo como persona, y distinguir qué necesidades tiene y cuáles verbaliza.

Para todo ello es preciso un buen entrenamiento en habilidades de comunicación, el cual ha de comenzar desde los primeros años de formación del profesional. Además, el modo mismo de recabar información puede estar influenciado por algunas barreras para la comunicación, como: 1) la *distancia socio-cultural* entre profesional y paciente; y/o 2) la *distancia discriminatoria* debida al etiquetaje peyorativo que sufren estas personas con trastornos mentales graves.

Se trata, por tanto, que los profesionales tengan un estilo emocional basado en una actitud comprensiva, compasiva y empática<sup>25-28</sup>.

Estas habilidades han de fomentarse desde el inicio de la formación de estudiantes y residentes y es preciso: 1) crear hábitos reflexivos; 2) identificar situaciones relevantes de profesionalidad; 3) explicar cómo hacer para después invitar a la imitación; 4) evitar comentarios sobre los pacientes; 5) constatar la necesidad de que los médicos están en constante formación; 6) reconocer que los valores de la profesión son el núcleo del hecho de “ser médicos”; y 7) crear climas institucionales apropiados<sup>28,29</sup>.

Así pues, es desde este marco donde hay que enfocar la planificación. Pero, ¿de qué modo podemos llevarlo a cabo?

Un modo de planificar las decisiones con el paciente es el DVA. No obstante, desgraciadamente los estudios empíricos muestran que el conocimiento del DVA por parte de los profesionales aún es escaso, pese a tener aptitudes positivas y favorables sobre el uso, utilidad y contenido del mismo. Esto indica, pues, la necesidad de seguir investigando e informando sobre ello<sup>30,31</sup>.

Ahora bien, resulta llamativo que el DVA se haya encasillado en el ámbito de final de la vida, pues como sabemos el DVA es aquel que una persona *competente* realiza para que cuando carezca de competencia se tenga en cuenta su decisión. Y las situaciones que provocan incompetencia no son únicamente las vinculadas al ámbito oncológico o similar. Un buen ejemplo es el de la salud mental, en el que muchos pacientes sufren recaídas (brotos psicóticos, estados depresivos, etc.) que le incapacitan para decidir por sí mismo. Los estudios empíricos que evalúan el contenido y utilidad clínica los DVA realizados por paciente con problemas de salud mental, indican que hacen referencia sobre todo a cuestiones relativas al tratamiento farmacológico (aceptación o rechazo), modos alternativos de hospitalización, personas a contactar, etc. Además, conocemos que cuando los pacientes realizan el documento (y es respetado por los profesionales) se constata una mayor satisfacción con la relación asistencial, una reducción de las recaídas y del uso de medidas coercitivas así como un mayor sentimiento de empoderamiento<sup>32</sup>.

En efecto, el estudio de Wilder et al.<sup>33</sup> analizan cuáles son los tratamientos elegidos de 123 personas con enfermedades mentales graves, en un período de 12 meses. Los resultados muestran que los fármacos más aceptados por estos pacientes son: valproato (25%), risperidona (20%), olanzapina (17%) y quetiapina (ambos 15%), mientras que los tratamientos farmacológicos más rechazados son: haloperidol (24%), litio (23%), clorpromazina (17%). Srebnik et al.<sup>34</sup> también muestran datos referentes a la elección o

rechazo de fármacos. En dicho proyecto, se analiza la opinión de 106 personas con enfermedades mentales y se llega a la conclusión de que prefieren los tratamientos antidepresivos (54%), los antipsicóticos de segunda generación (53%), los fármacos anticonvulsivos (32%) y los ansiolíticos (19%), mientras que muestran reticencias y rechazo a los antipsicóticos de primera generación (35%), a los estabilizadores del humor (15%), a los antidepresivos (15%) y a los anticonvulsivos (11%).

En cualquier caso, la aceptación de algún tipo de fármaco tiene resultados terapéuticos positivos. Está demostrado que la libre elección del tratamiento, el conocimiento de sus contraindicaciones y la importancia de su seguimiento, suponen una mejora en la adherencia farmacológica y una reducción del número de recidivas. Y es que la elección del tratamiento conlleva una motivación para su seguimiento y un mejor cumplimiento terapéutico con resultados positivos para el bienestar del paciente. Por otro lado, también se sabe que la no adherencia a los fármacos está asociado al tratamiento involuntario y a un peor curso clínico<sup>16,34-36</sup>.

El DVA también tiene aspectos positivos no estrictamente relativos a datos clínicos, sino también al sentimiento de *empoderamiento*. Backlar et al.<sup>37</sup> constataron que los pacientes que habían realizado el DVA estaban más satisfechos con ellos mismos al sentirse más protegidos por saber que, en momentos de mayor vulnerabilidad, eran ellos los que tomarían las decisiones y no únicamente el equipo médico. Saber que habrá respeto por su voluntad también tiene un componente positivo al reducir la sensación de estar recibiendo un tratamiento coercitivamente, por lo que será más fácil una colaboración durante el proceso. A su vez, si la persona percibe que su voluntad no es respetada, apreciará este hecho como una injusticia y una exclusión, que redundará en una disminución del seguimiento terapéutico<sup>35</sup>.

Sea como fuere, no deberíamos encasillarnos en el hecho de que el DVA sea el único modo de planificar las decisiones. Cabe el peligro, pues, de que se conciba el DVA como un procedimiento meramente legal y administrativo. En esencia, la idea ha de ser llegar a acuerdos consensuados con el paciente, la familia (si es necesario) y los profesionales. Por este motivo, quizás lo ideal sería ir enfocando la toma de decisiones hacia la planificación de decisión anticipada (PDA). Se trata de un proceso deliberativo y estructurado mediante el cual un individuo, competente, expresa sus valores, deseos y preferencias, llegando a acuerdos sobre cómo desea ser tratado. En el DVA el paciente avanza sus decisiones ante escenarios potenciales que planteen decisiones complejas sobre su salud, por lo general poniendo límites a los tratamientos que querría recibir en cada situación. En la

PDA, en cambio, se parte de una situación o condición patológica ya conocida, por lo que las situaciones clínicas sobre las que se quiere anticipar decisiones ya son probables y esperables, no sólo potenciales.

A diferencia del DVA, la PDA no se limita a un documento legal, sino a un cambio de estilo de relación clínica. Se trata de una cuestión bilateral (paciente-familia y profesionales) que persigue un acuerdo consensuado, a diferencia del DVA que tiene un carácter unilateral (el paciente anota qué y cómo). En la PDA la persona ha de tener más de 16 años, pero se podrá valorar la figura del menor maduro (entre 12 y 15 años), mientras que en nuestro ordenamiento jurídico ha de tener 18 años o más<sup>38</sup>.

Consideramos pues que no se debería plantear la cuestión como una "elección" entre DVA o PDA, porque son instrumentos compatibles. De una excelente PDA puede surgir un DVA como herramienta para registrar total o parcialmente el proceso de planificación-comunicación llevado a cabo entre la persona y el profesional. No obstante, sostenemos que redactar un DVA en la notaría, al margen del sistema sanitario, debe seguir siendo una opción, especialmente para aquellos pacientes que no precisan asesoramiento médico para tomar la decisión que plasmarán en el DVA (como por ejemplo un rechazo de transfusión en testigos de Jehová, ciertas confesiones espirituales que no desean depresores del sistema nervioso central en ningún caso, etc.).

## Conclusiones

En definitiva, la asistencia sanitaria en salud mental también debería de ir hacia una relación asistencial en la que el eje central sea el paciente, sus necesidades y valores, y en el que no haya discriminación relacionada con un etiquetaje peyorativo. Los pacientes con enfermedades mentales deberían poder escoger entre las diferentes opciones asistenciales posibles. Además, los datos disponibles muestran que los resultados en salud son mejores cuando se aplica este modelo. Los profesionales han de abandonar ese modelo paternalista y biologicista, e ir hacia marcos más bio-psico-sociales que contemplen al paciente íntegramente, respetándole en todo momento. Tanto el DVA como la PDA pueden ser instrumentos válidos en este camino.

## Bibliografía

1. Beauchamp T, Childress J. Principios de ética biomédica. Madrid; Masson: 1999.
2. Komrad M. A Defence of Medical Paternalism: Maximising Patients' Autonomy. Journal of medical ethics. 1983;9:38-44.

3. Pelto V, Engström K, Engström I. Paternalism, autonomy and reciprocity: ethical perspectives in encounters with patients in psychiatric in-patient care. *BMC Medical Ethics*. 2013;14:49.
4. Engel G. The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine. *Science*. 1977;196:129-36.
5. Engel G. The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. *Am J Psychiatry*. 1980;137:535-44.
6. Ramos S. Una propuesta de actualización del modelo bio-psico-social para ser aplicado a la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. En prensa.
7. Ramos J. La reforma psiquiátrica y la organización asistencial. ¿Hacia dónde vamos? En: VV.AA. *Ética y modelos de atención a las personas con trastorno mental grave*. Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas; 2013.
8. Rubnick A, Roe D. (Ed.) *Serious Mental Illness. Person-Centered Approaches*. London: Radcliffe Publishing; 2011.
9. Bracken P, Thomas P, Timimi S, Asen E, Behr G, Beuster C, et al. Psychiatry beyond the current paradigm. *Br J Psychiatry*. 2012;201(6):430-4.
10. Ortiz A. *Hacia una psiquiatría crítica. Excesos y alternativas en Salud mental*. Madrid: Grupo 5; 2013.
11. Ramos S. La toma de decisiones compartidas en pacientes con esquizofrenia: cuestiones médicas y éticas. *Dilemata*. 2012;10:263-77.
12. McKinstry B. Do Patients Wish to be involved in decision Making in the Consultation? A Cross Sectional Survey with Video Vignettes. *BMJ*. 2000;321:867-71.
13. Levinson W, Kao A, Kudy A, Thiste R. Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. *J Gen Intern Med*. 2005;20:531-5.
14. Bunn MH, O'Connor AM, Tanset MS, Jones BD, Stinson LE. Characteristics of clients with schizophrenia who express certainty or uncertainty about continuing treatment with depot neuroleptic medication. *Arch Psychiatr Nurs*. 1997;11(5):238-48.
15. Hamann J, Leucht S, Kissling W. Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;107:403-9.
16. Hamann J, Cohen R, Leucht S, Busch R, Kissling W. Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? *Am J Psychiatry*. 2005;162(12):2382-4.
17. Hamann J, Cohen R, Leucht S, Busch R, Kissling W. Shared decision making and long-term outcome in schizophrenia treatment. *J Clin Psychiatry*. 2007;68:992-7.
18. Hamann J, Mendel R, Fink B, Pfeiffer H, Cohen R, Kissling W. Patients' and psychiatrists' perceptions of clinical decisions during schizophrenia treatment. *J Nerv Ment Dis*. 2008;196(4):329-32.
19. Hamann J, Cohen R, Diplich S. Why do some patients with schizophrenia want to be engaged in medical making and others do not? *J Clin Psychiatry*. 2011;72(12):1636-43.
20. Hill S, Laugharne R. Decision making and information seeking preferences among psychiatric patients. *Journal of Mental Health*. 2006;15(1):75-84.
21. Adams J, Drake R, Wolford G. Shared decision-making preferences of people with several mental illnesses. *Psychiatr Serv*. 2007;58:1219-21.
22. Simón-Lorda P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2008;102:325-48.
23. Grisso T, Appelbaum PS. *Assessing Competence to Consent to Treatment: A Guide for Physicians and Other Health Professionals*. New York: Oxford University Press; 1998.
24. Breden TM, Vollmann J. The cognitive based approach of capacity assessment in psychiatry: a philosophical critique of the MacCAT-T. *Health Care Anal*. 2004;12(4):273-83.
25. Borrell F, Suchman A, Epstein R. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med*. 2004;2(6):576-82.
26. Epstein R, Borrell F. The biopsychosocial model: exploring six impossible things. *Families, Systems, & Health*. 2005;23(4):426-31.
27. Borrell F, Epstein R, Pardell H. Profesionalidad y profesionalismo: fundamentos, contenidos, praxis y docencia. *Med Clin (Barc)*. 2006;127(9):337-42.
28. Borrell F. Empatía, un valor troncal en la práctica médica. *Med Clin (Barc)*. 2011;136(9):390-97.
29. Clèries C, Borrell F, Epstein RM, Kronfly E, Escoda JJ, Martínez-Carretero JM. Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica. *Aten Primaria*. 2003;32(2):110-7.
30. Toro R, Silva A, Piga A, Alfonso MT. Conocimientos y actitudes de médicos y enfermeras sobre las instrucciones previas. *Aten Primaria*. 2013;45(8):404-8.
31. Champer A, Caritg F, Marquet R. Conocimientos y actitudes de los profesionales de los equipos de atención primaria sobre el documento de voluntades anticipadas. *Aten Primaria*. 2010;42(9):463-9.
32. Ramos S, Román B. Las voluntades anticipadas en pacientes con esquizofrenia: un instrumento para potenciar la autonomía. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2014;34(121):21-35.
33. Wilder CM, Elbogen EB, Moser LL, Swanson JW, Swartz MS. Medication preferences and adherence among individuals with severe mental illness and psychiatric advance directives. *Psychiatr Serv*. 2010;61(4):380-5.
34. Srebnik DS, Rutherford LT, Peto T, Russo J, Zick E, Jaffe C, et al. The content and clinical utility of psychiatric advance directives. *Psychiatr Serv*. 2005;56(5):592-8.
35. La Fond JQ, Srebnik DS. The impact of mental health advance directives on patient perceptions of coercion in civil commitment and treatment decisions. *Int J Law*

- Psychiatry. 2002;25:537-55.
36. Rittmannsberger H, Pachinger T, Keppelmüller P, Wancata J. Medication adherence among psychotic patients before admission to inpatient treatment. *Psychiatr Serv.* 2004;55(2):174-9.
37. Backlar P, McFarland BH, Swanson JW, Mahler J. Consumer, provider, and informal caregiver opinions on psychiatric advance directives. *Adm Policy Ment Health.* 2001;28(6):427-41.
38. Generalitat de Catalunya. Grup de treball del model català de planificació de decisions anticipades de Catalunya. *Model Català de Planificació de les decisions anticipades.* Document conceptual. 2015.