

# La toma de decisiones compartidas en pacientes con esquizofrenia: cuestiones médicas y éticas

**Sergio Ramos Pozón**  
Universidad de Barcelona  
sergioramos@ub.edu

## Shared Decision Making in Schizophrenic Patients: Medical and Clinic Issues

**RESUMEN:** El objetivo de este artículo es presentar el modelo de toma de decisiones compartidas y examinar si es posible y positivo aplicarlo a una enfermedad mental como es la esquizofrenia. Para ello, en primer lugar mostramos cuáles son las características principales de este tipo de relación clínica. En segundo lugar, exponemos algunos aspectos médicos y éticos que avalan su aplicabilidad. Por último, anotamos algunas características esenciales que deberían de tener los profesionales para realizar este tipo de relación asistencial.

**ABSTRACT:** The aim of this paper is both to present the model of shared decision making and to review if it is possible and positive to apply it to mental illness like schizophrenia. First, we show the main features of that clinic relationship. Second, we expose both some medical and some ethical aspects that endorse its applicability. Finally, we annotate some essential characteristics that a medical team should have to do that kind of care relationship.

**PALABRAS-CLAVE:** toma de decisiones compartidas, esquizofrenia, aspectos médicos, aspectos éticos

**KEYWORDS:** shared decision making, schizophrenia, medical issues, ethical issues

ISSN 1989-7022

ILEMATA año 4 (2012), n° 10, 263-277



### 1. El modelo de toma de decisiones compartidas

El modelo de toma de decisiones compartidas denota un proceso interactivo de relación clínica en el que el profesional ayuda a su paciente a escoger qué tratamiento es el mejor para su situación clínica y le informa qué riesgos y beneficios conlleva. Con ello, se introduce a la persona en la toma de decisiones, siendo ésta finalmente quien elige con asesoramiento qué decisión tomar.

La elección de un modelo de relación clínica en la esquizofrenia está vinculada con el nivel de intervención y con las características clínicas y personales del paciente. Por un lado, se ha de valorar el tipo de tratamiento y el modo en el que se presenta la psicopatología. Si se



Received: 22-06-2012  
Accepted: 19-09-2012

trata de una situación de urgencia, propia del nivel secundario en la que hay sintomatología en propia de un episodio agudo (delirios, conductas auto-heteroagresivas...), ha de aplicarse un modelo paternalista en el que el paciente no tenga mucha participación, pues es prioritaria la eliminación de la sintomatología psicótica. Por un lado, es necesario reducir la sintomatología psiquiátrica para prevenir algún de conducta auto y/o heteroagresiva, las cuales pueden darse en estados delirantes, de agitación... Es por este motivo por el que es frecuente recurrir a ingresos involuntarios en centros hospitalarios y su respectivo tratamiento obligatorio, etc., en el que el paciente, dado su situación incapacitante, no tiene una mucha participación en el proceso.

Si estamos en el nivel terciario en el que hay estabilización sintomática, es más probable una implicación de la persona. En efecto, una vez que la persona tiene conciencia de enfermedad y de su necesidad de tratamiento, menor índice de recaídas, un abordaje terapéutico... es más probable una mayor participación en la toma de decisiones porque la enfermedad ya no le incapacita tanto, pudiéndose establecer un diálogo en el que opine de manera coherente sobre cualquier aspecto de su situación clínica.

Por otro lado, es posible que, incluso siendo competente para decidir, no quiera participar en la relación asistencial y desee dejar en manos de la familia y/o de los profesionales de la salud cualquier decisión vinculada con su salud (Mckinstry, 2000; y Levinson y et al., 2005). En tal caso, hay que respetar su decisión y tomar un modelo paternalista en el que se busque su mayor beneficio. Ahora bien, ¿qué modelo hay que realizar en aquellos pacientes con esquizofrenia que tienen la competencia suficiente como para poder decidir por sí mismos y que quieren tomar parte de la decisión?

## **2. Características del modelo de toma de decisiones compartidas**

De manera general, podemos establecer una serie de características que lo distinguen de otros modelos de relación asistencial (Charles y et al., 1997, 685-688):

1. En la toma de decisiones compartidas hay relacionadas *como mínimo* 2 personas, profesional y paciente. Aunque es posible que la familia y/o amigos jueguen un papel importante, sobretodo en pacientes con enfermedad mental.
2. Ambos participan en el proceso de la decisión. Para ello, es necesario establecer un ambiente propicio para que el paciente manifieste sus sentimientos en relación a los diversos tratamientos. El equipo de profesionales le informa qué riesgos y beneficios conllevan las distintas terapéuticas y cuáles son los que corresponden mejor con los valores y preferencias del paciente. Finalmente, se recomienda un tratamiento para que la persona decida libremente entre las distintas opciones ofrecidas por el clínico.
3. La información compartida es un requisito para la toma de decisiones. El profesional comunica la información clínica pertinente y el paciente establece cuáles son sus valores en relación a éstos. Se trata de un proceso diálogo entre ambos.
4. Finalmente, se llega a un consenso sobre qué línea terapéutica llevar a cabo. No obstante, también es posible que no se alcance ningún acuerdo sobre el tratamiento, por lo que el paciente acude a otro profesional u otros tratamientos alternativos.

Aunque éstas son las características principales del modelo, hay que remarcar que el objetivo de esta relación clínica ha de ser la de diagnosticar, prevenir y tratar al paciente. Para ello, los profesionales han de orientar y guiar el proceso terapéutico en relación a la Medicina Basada en la Evidencia. El objetivo ha de ser determinar qué línea terapéutica es la que mejor se adapta a los valores del paciente en relación al sufrimiento, necesidades, valores, prioridades, deseos... que ésta presenta. Y si es preciso o recomendable que la familia participe en la toma de decisiones, ha de fomentarse su participación.

### 3. ¿Todos los pacientes desean este modelo?

Los estudios empíricos sobre la toma de decisiones compartidas analizan qué características y por qué motivos los pacientes con esquizofrenia desean tener mayor o menor participación en la toma de decisiones (Hamann y et al., 2005 y 2011). En cuanto a los aspectos que señalan el rechazo del paciente a participar en la decisión se destaca: un menor nivel educativo, desconfianza sobre sus propias habilidades para tomar decisiones, carencia de *insight*, estar convencido de que necesitan la medicación, y una satisfacción con el cuidado recibido. Por otro lado, los pacientes que reflejan un aumento del deseo de implicarse en la decisión son aquellos que tienen un mayor nivel educativo, pacientes jóvenes, los que han cronificado la sintomatología, los que tienen buenas habilidades para tomar decisiones (nivel cognitivo), aquellos que manifiestan una pobre satisfacción con el tratamiento y/o que tienen actitudes negativas (reacciones adversas) hacia el fármaco, y los que reflejan experiencias previas de ingreso involuntario y/o insatisfacción con su psiquiatra.

### 4. ¿Quiénes son los implicados en este modelo?

En el modelo de toma de decisiones compartidas hay varios implicados, además del equipo de profesionales y el paciente. Por un lado, la familia se presenta como una de las principales afectadas por la patología, por lo que se requiere adicionalmente un enfoque *sistémico* para analizar y valorar el contexto socio-familiar y los valores individuales y familiares, pues la esquizofrenia es una enfermedad mental que tiene repercusiones en el seno familiar. No hay que olvidar que la gran mayoría de pacientes con esquizofrenia suelen convivir con la familia y esto supone un desgaste psicológico y unas repercusiones considerables (descenso en la calidad de vida, gastos económicos, aumento de la incidencia de trastornos mentales, de morbilidad somática y de suicidio, etc.) que pueden afectar a la salud de sus cuidadores (Tizón, 2010). Con ello, es deseable que la familia también forme parte del proceso, ya que ha de conocer qué medicación, qué dosis y cuándo tomarla, conocer las reacciones adversas

del fármaco, qué hacer ante las recidivas, qué habilidades interpersonales son aconsejables para una mayor comunicación, etc. Por otro, si el paciente no tiene la competencia suficiente como poder decidir por sí mismo, es necesaria la intervención de la familia para dar su consentimiento.

Ahora bien, en la toma de decisiones hay implicados otros profesionales que también han de formar parte del proceso. Los estudios sobre la etiología de la esquizofrenia (Zubin y Spring, 1977; Lemos, 2000b; Obiols y Vilanova, 2003) indican que existen factores biológicos (predisposición genética, anomalías neuropsicológicas y neuroanatómicas, etc.) pero también se requiere de situaciones estresantes que desencadenen la sintomatología. A su vez, el tratamiento utilizado es el farmacológico (Tajima, et al., 2003) pero también se requiere una rehabilitación psicosocial: intervenciones psicoeducativas a la familia, entrenamiento en habilidades sociales, terapias cognitivo-conductual para la sintomatología psicótica y paquetes integrados multimodales que abordan tanto las deficiencias cognitivas como sociales (Vallina y Lemos, 2001; Gisbert, 2003; y Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Incipiente, 2009:19-26). Por esta razón, en un tratamiento, integral, bio-psico-social, suelen haber psicólogos, psiquiatras, equipo de enfermería, médicos internistas, trabajadores sociales, etc. Es deseable que haya un diálogo entre éstos para ver el curso, evolución y pronóstico de la enfermedad, y para analizar de qué manera incide la sintomatología y las reacciones adversas del tratamiento en las distintas esferas de la vida cotidiana. Este diálogo puede darse con anotaciones en la historia clínica, las cuales no tienen que hacer únicamente alusión a aspectos médicos, sino también a psico-sociales (deseos, preferencia, valores...).

## 5. ¿Qué aporta este modelo? Aspectos médicos y aspectos éticos

Este modelo de relación asistencial tiene aspectos positivos que hacen alusión a cuestiones médicas y a cuestiones éticas. Por un lado, va a tener repercusiones en la mejoría terapéutica y en la participación del paciente en la decisión. Por otro, va a respetar una serie de principios éticos, considerándose al paciente como *persona* y no sólo como *enfermo*.

### 5.1. Aspectos médicos

Pocos son los estudios empíricos que analizan el modelo de toma de decisiones compartidas en el ámbito psiquiátrico (Helen y et al., 1997; Hamann y et al., 2003, 2005, 2007 y 2008; Hill y Laugharne, 2006; y Adams y et al., 2007). Aunque la escasa bibliografía señala algunos aspectos favorables, todavía falta más investigación de campo para tener resultados más consistentes.

Es obvio que la aplicación de este modelo depende del curso y evolución de la patología, pues difícilmente el paciente va a poder participar si está en fase aguda o si hay un deterioro cognitivo considerable. La esquizofrenia suele ser una enfermedad mental que se asocia con la incapacidad para la toma de decisiones, pues hay factores que pueden señalar una posible incompetencia: intensidad de la psicopatología, deterioro cognitivo (en particular procesos de atención), rendimiento intelectual bajo, problemas de almacenamiento de información... (Lemos, 2000b; Mckenna y Rodríguez, 1996:55-88; y Obiols y Obiols, 1989:78-89); sin embargo, estudios empíricos (Carpenter, et al., 2000; Kovnick, 2003; Palmer, et al., 2004; y Jeste, et al., 2006) demuestran que no se debe principalmente a la sintomatología *positiva* (alucinaciones, delirios...), sino que están asociados a las funciones cognitivas. No hay que olvidar que los problemas de tipo cognitivos no se dan exclusivamente en la psicosis, sino también en varios cuadros clínicos psiquiátricos como por ejemplo trastornos neurodegenerativos (Alzheimer) o anímicos (trastorno bipolar). Por tanto, la presencia de esquizofrenia no necesariamente daña la competencia para la toma de decisiones.

El estudio de El-Wakeel, et al. (2003) demuestra que los pacientes de esquizofrenia, si son tratados y están en una fase de la sintomatología estable, no únicamente pueden tomar decisiones sobre su propia vida, sino que también muestran una actitud positiva para hacerlo, queriendo tener un rol activo y participativo en la toma de decisiones. Esta participación no se refiere a una elección basada *únicamente* en sus deseos, sino a una decisión tomada conjuntamente con el profesional. Esto suele estar vinculado con el tratamiento farmacológico y sus

reacciones adversas, de manera que los pacientes desean conocer qué fármacos hay disponibles para su patología, qué contraindicaciones tienen y cuáles son los mejores para su situación clínica teniendo en cuenta sus valores y preferencias. Un aspecto frecuente que determina las ganas de participar en la toma de decisiones es la solicitud de cambios de tratamientos y/o de las dosis psicofarmacológicas. El deseo de acordar un fármaco concreto y una dosis adecuada es un hecho que comparten tanto paciente como psiquiatra. Es curioso que los aspectos psicosociales (trabajo, rehabilitación...) tienen menos, o escasa, importancia a la hora de determinar si un paciente quiere participar en la relación asistencial, pues la gran mayoría de las investigaciones indican que se interesan principalmente por el tratamiento farmacológico.

En cualquier caso, con este modelo de toma de decisiones se da una mayor comunicación entre profesional y paciente, pues se establece un diálogo que facilita que la persona tenga participación e información sobre las posibles vías terapéuticas y las diversas reacciones adversas del tratamiento. Como resultado de la aplicación de este modelo hay una disminución del número de 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 (Hamann, et al., 2003, 2005, 2007 y 2008).

## **5.2. Aspectos éticos**

El modelo de toma de decisiones compartidas tiene la ventaja de que dispone de fiabilidad clínica, pues se basa en un asesoramiento clínico, pero también es positivo en tanto que se fundamenta en unos principios éticos. En efecto, en la deliberación clínica se introducen los aspectos psico-sociales (miedos, deseos...) que pueden determinar la elección de una línea terapéutica, de manera que se toma en consideración real las opiniones de la persona. Además, se acompaña al paciente durante el proceso terapéutico informando, aconsejando y estimulándole para que tome una decisión correcta. A su vez, se fomenta el *empowerment* en la toma de decisiones médicas, ya que al paciente se le da la oportunidad de poder escoger libremente el tratamiento, lo cual contribuye al desarrollo



de la autonomía. El que sea la persona la protagonista del proceso asistencial es uno de los derechos que se tiene en el ámbito sanatorio y que a fin de cuentas es el de poder tomar decisiones que afectan a su vida. Por tanto, este modelo concibe a la persona como *ciudadano* con una enfermedad mental y no simplemente como *enfermo*, esto es, hay un respeto por la autonomía.

Ese diálogo entre profesional-paciente señala a un *reconocimiento recíproco* entre ambos (Costa, 2012; y Costa y et al., 2011a, 2011b). Esta relación clínica busca el restablecimiento de la salud del paciente, pero no entendido *sólo* como la supresión de la enfermedad sino también como el reconocimiento de que hay una *persona* que tiene una psicopatología. El profesional realiza un trato individualizado en relación a las características de su paciente, invitándole a que tome parte del proceso. Se trata de averiguar qué tipo de tratamiento es el más efectivo para su situación clínica, de informarle adecuadamente sobre los posibles tratamientos y de sus contraindicaciones, de analizar cuáles son los valores que pueden incidir en la elección del tratamiento y su correspondiente mejoría, y de alcanzar un consenso sobre una línea terapéutica. Por su parte, también hay un enriquecimiento del profesional, pues se potencia la actualización de los conocimientos técnicos y se perfeccionan las habilidades comunicativas. Por tanto, esta relación asistencial se basa en la confianza y en el reconocimiento recíproco.

En este reconocimiento recíproco se aprecia cómo la relación asistencial está formada por *personas* a las que les une un vínculo comunicativo que comporta una corresponsabilidad y un compromiso entre ambas partes. Con ello, se da un diálogo entre profesional-paciente para consensuar un tratamiento. En ese proceso se garantiza la posibilidad de que ambos puedan exponer sus propios intereses y de argumentar y escuchar la opinión del otro. Puesto que se garantiza que el paciente puede escoger, libremente, una línea terapéutica y descartar otras, con ello se respeta el principio ético de *inviolabilidad*. Este principio significa que no hay que imponer a las personas sacrificios y privaciones en contra de su voluntad (Nino, 1989, 239). Se trata de tomar en consideración real la perspectiva del afectado, teniendo en cuenta su punto de vista y no juzgando por él, sino dándole la oportunidad de escoger de manera libre.



Al contar con la opinión del paciente estamos asumiendo que se trata de una *persona* con una biografía y unos valores determinados, y que tiene el derecho a elegir y/o rechazar un tratamiento clínico. Esto es precisamente el polo opuesto del paternalismo, ya que en éste se concibe *sólo* a un cuerpo enfermo sin tener en cuenta los aspectos psico-sociales. El reconocimiento de que las personas tienen unos valores, que pueden y tienen que opinar sobre su propia vida y que no han de ser instrumentalizadas por fines externos, está indicando el respeto por la *dignidad* de las personas, por lo que hemos de tratarlas personas como fines en sí y no como medios. Cuando una persona hace uso de su decisión autónoma para dar a entender cómo quiere ser tratada, su postura está señalando a un modo de vida, una vida *digna* que desea llevar. Una cosa es su propia decisión (autonomía) y otra por qué la decide (dignidad). Y cuando no se aceptan dichas decisiones (si son autónomas, competentes...) no sólo no se respeta la autonomía, también se atenta contra la dignidad de la persona al negarle un tipo de vida que quiere llevar. La obligatoriedad de respeto por la dignidad marca límites a la moralidad, pues obliga a respetarla con independencia de qué opinión concreta tenga la persona, qué beneficio esperar, etc. Por tanto, no es posible sostener ningún principio ético si no hay previamente un respeto por la dignidad de la persona.

Cuando aseguramos el derecho de la persona a participar en la toma de decisiones no sólo estamos respetando su autonomía, su dignidad y la inviolabilidad, sino que también luchamos para que sea el mejor tratamiento desde su punto de vista. En efecto, este procedimiento garantiza unos resultados clínicos positivos, ya que el profesional asesora a su paciente sobre las mejores líneas terapéuticas y qué reacciones adversas tiene el tratamiento farmacológico. El estudio de Hamann et al. (2005) demostró que la libre elección del tratamiento, el conocimiento de sus contraindicaciones y la importancia de su seguimiento, tienen como balance una mejor adherencia farmacológica y una reducción del número de recidivas. Por tanto, este modelo garantiza el mayor beneficio para el paciente entendido desde su perspectiva, pues se tiene en cuenta su proyecto vital y su decisión libre. A su vez, asegura el respeto por

el principio de no-maleficencia ya que se evitan daños como son el abandono terapéutico, que supone la reaparición de la sintomatología psicótica y, por consiguiente, la recaída y una posible rehospitalización.

En definitiva, esta tipo de relación asistencial se fundamenta en aquellos principios que constata Adela Cortina (2007, 221-243) y que son necesarios para una ética cívica cordial: 1) no instrumentalizar a las personas; 2) empoderarlas (actuar activamente para potenciar las capacidades de las personas); 3) tener dialógicamente en cuenta a los afectados por la norma; y 4) minimizar el daño en el caso de los seres sintientes no humanos y trabajar por un desarrollo sostenible. El primer apartado es lo que hemos defendido como el principio de inviolabilidad. El empoderamiento hace alusión a la capacidad de la persona para tomar parte del proceso asistencial. La actitud dialógica en el proceso asistencial corresponde con el hecho de tener en cuenta el consentimiento de los afectados, en condición lo más próxima a la simetría, alcanzando un consenso mediante un diálogo. Y el cuarto apartado, aunque ceñido a los seres humanos, se refiere al principio de no-maleficencia, junto con el de beneficencia, pues se busca el mayor beneficio y el menor daño entendido desde la perspectiva de la persona. Y todo este proceso ha tenido como eje principal el respeto por la dignidad de la persona, en tanto que no se le concibe como un medio, sino como un fin en sí.

## 6. ¿Qué características deberían de darse para su aplicación?

En el proceso de toma de decisiones compartidas el profesional ha de implicarse en la relación clínica para desvelar cuáles son aquellos aspectos psico-sociales de su paciente que pueden incidir en la decisión. Para ello, ha de darse un diálogo en el que profesional y paciente compartan información significativa, y si es necesaria y conveniente también la familia. El objetivo ha de ser alcanzar una *mente, información, deliberación y decisión compartida* (Epstein y Street, 2011). En efecto, las decisiones que toman los pacientes sobre su salud suelen tener en cuenta la opinión de otras personas, ya que difícilmente se decide en

solitario. Además, es posible que la persona no tenga claro qué es lo mejor para sí mismo. A mi juicio creo que esto puede ser debido a varios factores: persona edad avanzada, pobre nivel cultural y educativo, bajo nivel intelectual... Por este motivo, ha de haber un diálogo entre profesional y paciente (frecuentemente con apoyo familiar) para recabar información sobre qué ideas, valores, emociones, sentimientos... están relacionados con la toma de decisiones. Para que se puedan constatar estos aspectos, el profesional ha de informar tanto al paciente como a la familia sobre los datos relevantes de la situación clínica y ha de hacerlo adaptándose a las características de éstos, con una cantidad de información adecuada y explicando las posibles vías terapéuticas y sus contraindicaciones. Con ello, ha de realizarse una deliberación que establezca los pros y contras de las distintas opciones, gracias a las cuales poder llegar a una decisión compartida.

Todo este proceso no es posible si no hay a) *preocupación por el cultivo de la verdad* (reconocer y respetar las emociones del paciente y saber cuándo expresar sus propias emociones); b) *un estilo emocional basado en la curiosidad empática*; c) *una educación en las emociones*; y d) *capacidad para comunicar la evidencia clínica como deseo de establecer un diálogo y no sólo como aplicación del protocolo* (Borrell y et al. 2004).

La empatía es un concepto clave en la relación clínica (Borrell, 2011). Ésta ha de ser concebida como un proceso que nos permite adentrarnos en el mundo de los valores personales del paciente. Se trata de analizar y comprender qué tipo de sufrimiento refleja el paciente, el cual está vinculado con aspectos bio-psico-sociales de la situación clínica. La empatía, portanto, va a ser necesaria en la toma de decisiones compartidas pues es la que nos va a ayudar a comprender qué valores, miedos, preferencias... tiene la persona, así como la posibilidad de descartar los prejuicios que podemos tener antes de iniciar la relación asistencial.

Gracias a la empatía apreciamos la fragilidad, vulnerabilidad y el sufrimiento del paciente, tendremos una actitud empática que conlleva *compasión* al compartir el sufrimiento ajeno, pero alegría, perplejidad, desazón... (Borrell, 2011:392). Estos sentimientos posibilitan que haya

un acercamiento desinteresado y un deseo de ayuda hacia éste. Con ello, consideramos al paciente como *persona* que sufre y no sólo como cuerpo enfermo, esto es, reflejamos un *respeto* por la persona. De este modo, el profesional actúa motivado por un sentimiento de *benevolencia*, es decir, el deseo de conseguir el bien del paciente pero teniendo en cuenta que dicho bien ha de ser concebido desde su postura. En definitiva, se requiere además de habilidades técnicas de comunicación, una serie de sentimientos hacia el paciente, gracias a los cuales poder adentrarnos a sus deseos, valores y preferencias.

## 7. Conclusiones

Algunos pacientes con esquizofrenia debido al curso, evolución e incidencia de la sintomatología no pueden participar debidamente en la relación asistencial. Por otra parte, también es posible que, incluso siendo capaces, no deseen formar parte de la decisión. Ahora bien, los estudios empíricos demuestran que la gran mayoría pueden y quieren participar, decantándose por un modelo de toma de decisiones compartidas. La ventaja de este modelo es que tiene aspectos médicos de suma importancia para la recuperación de la enfermedad y para el aumento de la calidad de vida. Además, se apoya en una serie de principios éticos que dan mayor consistencia al modelo. No obstante, para poder establecer esta relación clínica es necesaria una *mente, información, deliberación y decisión compartida*. Además, se requiere una serie de habilidades comunicativas para apreciar los valores y preferencias del paciente y unos sentimientos que hagan surgir el deseo de ayudarlo.

---

## Agradecimientos

Me gustaría agradecer a los evaluadores de *Dilemata* los comentarios y sugerencias, pues han contribuido a una mayor comprensión y una redacción más clara.

**Bibliografía**

- Adams, Jared; Drake, Robert; y Wolford, George, *Shared Decision-Making Preferences of People with Several Mental Illnesses*. *Psychiatric Services*. 2007;58:1219-1221.
- Borrell, Francesc, *Empatía, un valor troncal en la práctica médica*. *Med Clin (Barc)*. 2011;136(9):390-397.
- Borrell, Francesc; Suchman, Anthony; y Epstein, Ronald, *The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry*. *Ann Fam Med*. 2004;2:576-582.
- Carpenter, William; Gold, James; Lahti, Adrienne; Queern, Caleb; Conley, Robert; Bartko, J., Kornivk, John; y Appelbaum, Paul. *Decisional capacity for Informed Consent in Schizophrenia Research*. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:533-538.
- Charles, Cathy; Gafni, Amiram; y Whelan, Tim, *Shared Decision-Making in the Medical Encounter: What does it Mean? (or it Takes at Least Two to Tango)*. *Soc. Sci. Med*. 1997;44:681-692.
- Costa, Ana, *Ética del reconocimiento recíproco en el ámbito de la salud*. *Dilemata*. 2012;8:99-122.
- Costa, Ana; Calvo, Fernando; García-Conde, Javier; y Megía, María Jesús, *Sin reconocimiento recíproco no hay calidad asistencial*. *Rev Esp Salud Pública*. 2011a;85: 459-468.
- Costa, Ana; Siurana, Juan Carlos; Almendro, C.; García, S.; y Ordovás, R., *Reconocimiento recíproco y toma de decisiones compartida con el paciente*. *Rev Clin Esp*. 2011b;211(11):581-586.
- Cortina, Adela, *Ética de la razón cordial. Educar en la ciudadanía en el siglo XXI*. Oviedo: Nobel; 2007.
- El-Wakeel; Taylor, G., y Tate, J. *What do patients really want to know in an informed consent procedure? A questionnaire-based survey of patients in the Bath area, UK*. *J. Med Ethics*. 2006;32(1):121-128.
- Epstein, Ronald; y Street, Richard, *Shared Mind: Communication, Decision Making, and Autonomy in Serious Illness*. *Ann Fam Med*. 2011;9:454-461.
- Gisbert, Cristina (coord.), *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2003.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. *Fòrum de Salut Mental, coordinació. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Nº 2006/05-2.
- Hamann, Johannes; Leucht, Stephan; y Kissling, Werner, *Shared decision making in psychiatry*. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;107:403-409.
- Hamann, Johannes; Cohen, Rudolf; Leucht, Stephan; Busch, Raymonde; y Kissling, Werner, *Do Patients with Schizophrenia Wish to Be Involved in Decisions About Their Medical Treatment?* *Am J Psychiatry*. 2005;162:2382-2384.
- Hamann, Johannes; Cohen, Rudolf; Leucht, Stephan; y Busch, Raymonde. *Shared Decision Making and Long-Term Outcome in Schizophrenia Treatment*. *J Clin Psychiatry*. 2007;68:992-997.

- Hamann, Johannes; Mendel, Rosmarie; Fink, Barbara; Pfeiffer, Herbert; Cohen, Rudolf; y Kissling Werner, *Patients' and Psychiatrists' Perceptions of Clinical Decisions During Schizophrenia Treatment*. J Nerv Ment Dis. 2008;196: 329-332.
- Hamann, Johannes, Cohen, Rudolf; y Diplich, Stephan, *Why Do Some Patients With Schizophrenia Want to Be Engaged in Medical Making and Others Do not?* J Clin Psychiatry. 2011;72(12):1636-1643.
- Helen, Bunn; O'Connor, Annette; Sutherland, Margaret; Walter, Barry; y Stinson, Linda, *Characteristics of Clients With Schizophrenia Who Express Certainty or Uncertainty About Continuing Treatment With Depot Neuroleptic Medication*. Archives of Psychiatric Nursing. 1997;11(5):238-248.
- Hill, Simon; y Laugharne, Richard, *Decision Making and Information Seeking Preferences among Psychiatric Patients*. Journal of Mental Health. 2006;15(1):75-84.
- Jeste, Dilip; Deep, Colin; y Palmer, Barton, *Magnitude of Impairment in Decisional Capacity in People With Schizophrenia Compared to Normal Subjects: An Overview*, Schizophrenia Bulletin. 2006;32(1):121-128.
- Kovnick, Jeffrey; Appelbaum, Paul; Hoge, Steven; y Leadbetter, Robert, *Competence to Consent to Research Among Long-Stay Inpatients With chronic Schizophrenia*. Psychiatric Services. 2003;54:1247-1252.
- Lemos, Serafín, "Esquizofrenia (I): aspectos clínicos y etiológicos". En: Lemos, Serafín (ed.), *Psicopatología general*. Madrid: Síntesis; 2000a.
- Lemos, Serafín. "Esquizofrenia (II): aspectos cognitivos". En: Lemos, Serafín. (ed) *Psicopatología General*. Madrid: Síntesis; 2000b.
- Levinson, Wendy; Kao, Audiey; Kudy, Alma; y Thisted, Roland, *Not All Patients Want to Participate in Decision Making. A National Study of Public Preferences*. J. Gen. Intern. Med. 2005; 20:531-535.
- McKenna, Peter; y Rodríguez, Silvia, "Aspectos neuropsicológicos de la esquizofrenia". En: Aldaz, José Antonio, y Vázquez, Carmelo, *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: S. XXI; 1996.
- Mckinstry, B, *Do Patients Wish to be Involved Involved in Decision Making in the Consultation? A Cross Sectional Survey with Video Vignettes*. BMJ. 2000;321:867-871.
- Nino, Santiago, *Ética y derechos humanos. Un ensayo de fundamentación*. Barcelona: Ariel; 1989.
- Obiols, Jordi; y Vilanova, Jordi, *Etiología y signos de riesgo en la esquizofrenia*. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2003;3(2)235-250.
- Obiols, Joan, y Obiols, Jordi, *Esquizofrenia*. Barcelona: Martínez Roca; 1989.
- Palmer, Barton; Dunn, Laura; Appelbaum, Paul; y Jeste, Dilip, *Correlates of Treatment-Related Decision-Making Capacity Among Middle-Age and Older Patients with Schizophrenia*. Arch. Gen. Psychiatry. 2004;61:230-236.
- Palmer, Barton; y Jeste, Dilip, *Relationship of Individual Cognitive Abilities to Specific Components of Decisional Capacity Among Middle-Aged and Older Patients With Schizophrenia*, Schizophrenia Bulletin. 2006;32(1):98-106.
- Tajima, Kazuhiro; Fernández, H.; López-Ibor, Juan José; Carrasco, José Luis; y Díaz-Marsá, M, *Tratamientos para la esquizofrenia. Revisión crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción de los antipsicóticos*. Actas Esp Psiquiatr. 2009;37(6):330-342.

- Tizón, Jorge, *Orientaciones para la atención primaria de los familiares y allegados del paciente con psicosis (IV): la vida en la familia con psicosis*. FMC. 2010;17(2):89-93.
- Vallina, Óscar; y Lemos, Serafín, *Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia*. Psicothema. 2001;13(3):345-364.
- Zubin, Joseph; y Spring, Bonnie, *Vulnerability: A new view of schizophrenia*. Journal of Abnormal Psychology. 1977;86:103-126.