

5. Las voluntades anticipadas en salud mental



LILIANA MONDRAGÓN BARRIOS*

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.390.05>

Resumen

En México se han actualizado disposiciones jurídicas orientadas a la protección de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental. La reforma de la Ley General de Salud en materia de salud mental y adicciones busca dar cumplimiento al derecho internacional al armonizarse con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de la Organización de las Naciones Unidas. Este cambio implica una reestructuración de los servicios de atención en salud mental basada en el modelo social propuesto por la CDPD.

En este contexto, se plantea la incorporación de la voluntad anticipada en salud mental (VASM), entendida como el derecho de una persona con una condición mental, de manera voluntaria y con capacidad suficiente, de aceptar o rechazar previamente los tratamientos que pudiera requerir en el futuro, cuando ya no esté en condiciones de decidir. Así, se argumenta que las VASM pueden favorecer la toma de decisiones informadas, siempre que se implementen bajo un modelo de acompañamiento y apoyo, con presunción de capacidad, promoviendo la autonomía relacional y la negociación entre las partes involucradas en beneficio de las personas con discapacidad mental.

* Postdoctora en Bioética (Universidad de Chile). Doctora en Psicología (Universidad Nacional Autónoma de México). Profesora en el Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Correo electrónico: lmondragonb@inprf.gob.mx. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4771-5228>

Palabras clave: *directivas anticipadas de voluntad, salud mental, bioética, derechos humanos, legislación médica.*

La denominación de voluntad anticipada (VA) y la historia de Ulises

En la Odisea, una de las obras maestras atribuidas a Homero, el autor relata la historia de Ulises (1). Cuando Ulises regresaba a casa, después de la guerra de Troya, tuvo que pasar por los dominios de las sirenas. Una de las características de estos seres era que poseían una voz dulce y melodiosa, con la que atraían a los marineros de los barcos, quienes, incautos y embelesados con la bella música, saltaban del barco para escuchar mejor, ahogándose en el mar (1,2).

Para evitar el influjo de las sirenas, Ulises siguió el consejo de Circe, quien le recomendó que todos los marinos se colocaran cera en los oídos para no escuchar el canto de las sirenas. En tanto, Ulises debió atarse al mástil del barco con los oídos descubiertos, ordenándole a su tripulación que, viesen u oyese lo que fuera, no lo desataran del mástil, por mucho que él suplicara. (2)

Cuando pasaron por la zona en que las sirenas comenzaban con su canto, ninguno de los marineros sufrió daño alguno, ya que no escucharon nada. Sin embargo, Ulises, hechizado por la bella música, suplicó e imploró que le soltaran, pero los marineros hicieron caso omiso. Así, Ulises pudo escuchar el canto de las sirenas sin sufrir daño alguno. (2)

La historia de Ulises es un claro ejemplo de lo que se conoce como una voluntad anticipada, razón por la cual, a este documento se le denominó inicialmente el contrato de Ulises (3-7). Las voluntades anticipadas han sido nombradas de diversas formas: “documentos de instrucciones previas”, “declaración de voluntad vital anticipada”, “testamento de vida”, “voluntades anticipadas”, “actos de autoprotección”, “declaraciones vitales de voluntad”, “directivas anticipadas”. Actualmente parece haber un consenso para denominarlas voluntades anticipadas (VA) (8,9).

Una de las definiciones más precisas de las VA es la que plantea As-tete (9) “Las voluntades anticipadas son un documento que contiene una declaración mediante la cual una persona mayor de edad, con capacidad mental suficiente y libremente, expone las instrucciones que se deben tener en cuenta respecto a la atención en salud que desea recibir en situaciones en las cuales no pueda ya expresar personalmente su voluntad”.

La concepción de la VA resalta que la voluntad de una persona se expresa en la medida en que se manifiesta la libertad de elección y hace uso de la autonomía en la toma de decisiones. Aunque en ocasiones los términos de voluntad y autonomía suelen asociarse en cuanto a las decisiones del paciente, no deben considerarse necesariamente equivalentes.

La autonomía se ha concebido como autodeterminación, autorregulación, libertad de derechos y, por supuesto, libertad de elección (10), en tanto que la voluntad es una actitud o disposición moral que tiene grados y formas: actos volitivos con mayor o menor conciencia, intensidad o profundidad (8).

En la voluntad hay una previa representación o conocimiento, una finalidad, una decisión, una resolución y una acción (el proceso aprehensión-valoración, deliberación-resolución y ejecución). En este sentido, las VA sitúan a la persona con plena conciencia de actuar con libertad para elegir o no algo que atañe a su salud, por lo que requiere un segundo elemento para el proceso en la toma de decisiones, la autonomía (11).

Tanto voluntad como autonomía son imprescindibles en las VA para comprender los elementos centrales implícitos en el proceso de decisión. La persona necesita entender la situación por la que atraviesa y proyectarla en un escenario futuro, eligiendo los tratamientos y las medidas terapéuticas que el equipo médico le ofrece y que desea recibir en el momento en que ya no puede decidir o expresar su voluntad, pero comprendiendo que será atendida según sus deseos previamente decididos, libremente y con plena conciencia de qué es la mejor opción, tal cual lo ha plasmado en un documento formal.

Las VA se deben entender como un proceso, no sólo como un documento, que puede aplicarse en diversos escenarios de salud. Originalmente se crearon para utilizarse en la fase terminal de una enfermedad física y actualmente también son usadas en el ámbito de la salud mental o la psiquiatría.

Simón Lorda (12) menciona que, aunque las VA, en tanto herramientas, son empleadas en ambos contextos, al final de la vida y en la salud mental, existen algunas diferencias importantes entre ellas. Las primeras suponen la pérdida total de la capacidad para expresar los deseos debido al avance de la enfermedad; habitualmente se refieren al rechazo de tratamientos y las decisiones no afectan el pronóstico. En las segundas, el contexto psiquiátrico, las personas raramente son incapaces de expresar deseos, por lo que en las VA se rechazan y aceptan tratamientos. Estas decisiones sí afectan al pronóstico.

Las voluntades anticipadas al final de la vida (VAFV) han sido ampliamente estudiadas y están legisladas en México, por lo que son un antecedente de las voluntades anticipadas de salud mental (VASM), las cuales están en proceso de regularse e implementarse. Sin embargo, se requiere más conocimiento en relación con la legislación, las convenciones internacionales sobre los derechos humanos y la perspectiva bioética, que permita un impacto en la atención clínica de las personas con una condición mental. Por esta razón, las VASM representan el interés primordial de este trabajo.

El antecedente: voluntad anticipada al final de la vida

En el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina (13), conocido como el Convenio de Oviedo, se expresa que la voluntad anticipada al final de la vida (VAFV) es la decisión anticipada de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando se encuentre en etapa terminal.

Las VAFV surgieron en la década de los 60 en Chicago, Estados Unidos, bajo el término de *living will*. El abogado Luis Kutner fue quien estableció un documento en donde cualquier persona pudiera indicar sus deseos de que se le aplique o no un tratamiento en caso de enfermedad terminal (8, 14, 15).

Posteriormente, las VAFV fueron reconocidas en Estados Unidos mediante la legislación *Natural Death Act* de California y la modificación al Código de Salud y Seguridad en 1976, estipulando que una persona adulta y sana mental “tiene el derecho a dar instrucciones escritas a su médico (actual o futuro) para interrumpir o retirar procedimientos de mantenimiento de la vida en el caso de una situación terminal, es decir, cuando se sabe que, de acuerdo con el razonable juicio del médico, la muerte va a producirse, y tales procedimientos sólo van a lograr posponerla. En estas condiciones, el médico afectado queda exonerado de responsabilidad penal y civil” (8).

Las VAFV son consideradas un derecho de las personas. Actualmente, éste instrumento está en las legislaciones de distintos países como: Reino Unido, Estados Unidos, Australia, España, entre otros. En América Latina son reconocidas legalmente en Puerto Rico, Argentina, Uruguay, Colombia, Brasil y México (15,16).

Desde el derecho internacional, el Convenio de Oviedo, en su artículo 9, contempla el estatus jurídico de las VAFV: “Otorgar cobertura jurídica a los casos en que personas con la capacidad de entender han expresado con anterioridad su consentimiento (ya sea para admitir o rechazar) en relación con situaciones previsibles y para el caso de que no estén en condiciones de expresar su opinión sobre un tratamiento” y continua “Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad” (13).

En México, las VAFV están estipuladas en la Ley General de Salud expresadas en el capítulo II de los Derechos de los Enfermos en Situación Terminal (17), específicamente en el artículo 166 Bis 4: “Toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, expresar su voluntad por escrito ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible manifestar dicha voluntad. Dicho documento podrá ser revocado en cualquier momento” (17).

A nivel estatal, de las 32 entidades federativas de la República mexicana, la mitad cuentan con legislación sobre las VAFV. La primera entidad en el país en instituir esta herramienta fue la Ciudad de México (antes

Distrito Federal), con la Ley de Salud de la Ciudad de México, desde 2008. Otros estados que cuentan con la legislación de VAFV son: Aguascalientes, Coahuila, Colima, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, San Luis Potosí, Tlaxcala y Yucatán (16).

Existen dos formas de obtener las VAFV, en una institución de salud o ante un notario. De acuerdo con la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, “toda persona que padezca una enfermedad amenazante o limitante para la vida en la que el tratamiento curativo ya no ofrezca resultados tanto para su pronóstico como para su calidad de vida, tiene derecho a solicitarla ante el personal de salud en cualquier Institución de Salud pública o privada de la Ciudad de México. Para el resto de la población, puede solicitarse ante Notario Público, a partir de los 18 años” (17).

Los requisitos para acceder a la formalización de una VAFV es tener la mayoría de edad en el caso de su trámite ante notario; en la institución de salud pueden ser adultos o menores de edad. En ambos casos es necesaria la figura de uno o dos representantes o testigos que validen la voluntad de la persona. En sus especificaciones se prohíbe la eutanasia y en algunos casos, el uso de medicamentos opioides (16).

Según Mastachi (16), en México se han otorgado un poco más de 14000 formatos de VAFV. De estos, el 75% aproximadamente se otorgaron ante un notario, mientras que el 25% por ciento fue ante la autoridad sanitaria. Estos datos representan poco más del 0.01% de la población total del país. 64% de los beneficiados fueron mujeres y 36% hombres; el 65% están casados.

En el marco de la bioética, las VAFV están dentro del modelo autonomista. Los pacientes son quienes toman la decisión razonada y consciente, libre y determinada del tratamiento que desean o no recibir. Además del principio de autonomía, se contempla la dignidad de “la persona al regular los procedimientos para una ortotanasia, es decir, el correcto proceder o actuar ante la muerte por aquellos que tienen a su cuidado a quienes padecen una enfermedad en fase terminal” (16).

Aunque las VAFV estén legisladas e implementadas en México, falta mucho trabajo de concientización para que la población pueda ejercer este derecho y, con ello, tener el beneficio de decidir anticipadamente los tratamientos que causen el menor dolor y costo posible al paciente y su familia. Este impacto repercute en la atención, los gastos médicos, de

medicinas y hospitalización (16), así como en el sistema de salud tanto público como privado.

Voluntad anticipada en la salud mental

La voluntad anticipada en la salud mental (VASM) es un derecho que tiene una persona con una condición mental que, estando informada sobre su situación clínica, de manera voluntaria y mostrando capacidad suficiente puede, con antelación, aceptar o rechazar tratamientos que en el futuro pueda requerir de los servicios de atención médica, cuando ya no pueda tomar decisiones (4, 12, 14, 18).

A diferencia de las VAFV, las VASM se utilizan para que los pacientes puedan elegir o rechazar un tratamiento psiquiátrico, hospitalizarse, y otras medidas terapéuticas como la terapia electroconvulsiva (TEC), excepto aquellas decisiones que contravengan la buena praxis o algún ordenamiento jurídico. Esta herramienta es revocable, es decir, el paciente puede, en cualquier momento, impugnar lo que dejó documentado (14, 19). En las VASM también deben aparecer los datos de la persona de contacto para situaciones de crisis y/o del tutor o representante legal (19).

En la década de los 90 se instauraron las VASM con el apoyo de las posturas voluntaristas y libertarias en el tratamiento psiquiátrico (15). En nuestro país, las VASM nacieron durante el proceso de la Consulta Nacional a la sociedad civil para la sustentación del informe inicial de México relativo a la aplicación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de la Organización de las Naciones Unidas (20). Las organizaciones participantes demandaron que la autoridad sanitaria garantice la libre manifestación de la voluntad del paciente de ser o no atendido, para lo cual, el personal de salud debe recabar su consentimiento, previa información y explicación de los riesgos posibles y beneficios esperados.

En el ámbito de la salud mental, por usanza se toman decisiones por representación o subrogadas debido a que a la persona con enfermedad mental no se le considera apta de decidir por sí misma, por lo que es necesario trasladar su derecho a decidir sobre su salud a otras personas, generalmente un miembro cercano de su familia u otro individuo elegido

por el propio paciente o determinado por el Estado, con el fin de velar por sus intereses y su seguridad, así como garantizar el respeto de la persona y asegurarse de disponer lo mejor para ella (14, 19).

El principal cuestionamiento que se le hace a las personas con enfermedad mental para impedir que tomen decisiones y manifiesten su propia voluntad sobre las medidas terapéuticas que deseaban recibir es la capacidad de decidir. Esto se debe a que algunos pacientes padecen de alguna alteración en su estado de conciencia, afectando de manera transitoria ciertos procesos cognitivos, como la capacidad necesaria para analizar y comprender la información recibida y emitir un juicio para decidir sobre su propio tratamiento. Sin embargo, la enfermedad mental no es sinónimo de carencia de capacidad, por lo que una persona con condición mental puede predeterminar los aspectos de su cuidado posterior para que se conozcan y respeten sus deseos sobre su tratamiento futuro (14, 15).

Todos los pacientes bajo tratamiento deben decidir entre diferentes opciones con potenciales beneficios, riesgos y distintos resultados a corto, mediano y largo plazo. Por eso, la capacidad para la toma de decisiones significa que se comprenden las implicaciones de elegir una opción de tratamiento en lugar de otras (19). En este sentido, la capacidad se convierte en un elemento relevante a considerar en las VASM.

Simón Lorda (12) menciona que la capacidad es un término psicológico y clínico que define las aptitudes psicológicas necesarias para comprender la situación que enfrenta y las consecuencias que ésta podría generarle a una persona, tomando y fundamentando una decisión o elección basada en sus valores y preferencias de vida. Ésta aptitud es la que evalúan médicos, psiquiatras y psicólogos para conocer si una persona puede gobernar su vida y, con ello, saber que sus decisiones son autónomas (19).

Evaluar la capacidad es indispensable antes de aplicar una VASM para averiguar que la persona puede decidir sobre su salud a futuro. Se han propuesto diversos instrumentos diagnósticos teóricamente desarrollados, algunos desde una perspectiva psiquiátrica y otros desde un abordaje neurológico. El más destacado es el trabajo pionero realizado por Appelbaum y Roth (21) sobre los criterios que permiten identificar los atributos de la capacidad cognitiva necesaria para el proceso del consentimiento informado en investigación clínica. Estos criterios, posteriormente, sirvieron de base

para el desarrollo de uno de los instrumentos más utilizados actualmente para la evaluación de la capacidad de decisión: el *MacArthur Competence Assessment Tool* (MacCAT-T), el cual ha sido traducido a varios idiomas y ha sido validado en diversos contextos culturales (22).

En las VASM es importante comprender que cuando éstas sean aplicadas la persona que las suscribió, ya no tendrá la capacidad de decidir frente a la situación médica que involucra su salud, aunque no pierde el derecho a la decisión. Esto significa que si la persona tuvo la capacidad para prever y expresar sus deseos o voluntad anticipadamente, ésta voluntad deberá considerarse y respetarse (13, 12, 23). Este derecho es lo que permite que las VASM sean reconocidas por la legislación mexicana.

Derechos humanos y legislación

Las normativas, como las convenciones y declaraciones mundiales, sustentan acciones para respetar los derechos humanos de los individuos con enfermedad mental, específicamente la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad (CDPD) (20), entendiendo la discapacidad desde el enfoque de los derechos humanos (24).

La CDPD, la cual México ha ratificado como Estado miembro, está encaminada al cumplimiento del logro de la igualdad sustantiva y la no discriminación de las personas con discapacidad mental o psicosocial y da cuenta de las características de la universalidad, indivisibilidad, integralidad e interdependencia de los derechos humanos en su carácter de inalienables (14).

En ésta convención se especifican aspectos sobre el consentimiento informado, la capacidad jurídica, el tratamiento forzoso y el respeto a la autonomía, permitiendo incorporar el tema de la toma de decisiones en tratamientos anticipados, como el ejercicio de derechos y la no exclusión social de las personas con discapacidad (24). Reconoce que la discapacidad es un concepto que evoluciona como resultado de la interacción entre la deficiencia de una persona y los obstáculos, tales como barreras físicas y actitudes imperantes, que obstaculizan su participación en la sociedad.

El derecho internacional exige cumplir con las recomendaciones de la CDPD en relación con las necesidades que plantean las personas con

enfermedad mental, quienes deben ser beneficiarios directos de las circunstancias sociales, en igualdad y equidad, que les permitan su participación en la vida social que, a su vez, reduzca los obstáculos estructurales de los aspectos jurídicos y políticos para que estas personas puedan ser reconocidas como individuos con dignidad, autonomía (posiblemente disminuida, pero no ausente) y con la capacidad para tomar decisiones. De esta forma, se debe evitar el paternalismo injustificado y el maltrato que no ha permitido avanzar en materia de los derechos humanos de las personas con alguna enfermedad mental.

Nuestro país ha trabajado en actualizar las disposiciones jurídicas en aras de la protección de los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial o enfermedad mental. Así, se realizaron importantes procesos de reforma y reestructuración de la atención de la salud mental centrada en el modelo social de la CDPD, el cual considera que la “persona con discapacidad psíquica o intelectual es aquella que, teniendo una o más deficiencias, sea por causas psíquicas o intelectuales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (20).

En México se estableció el Programa de Acción Específico para la Prevención y Atención Integral de la Salud Mental y Adicciones 2020-2024, con un enfoque comunitario, intercultural, de derechos humanos, perspectiva de género, que propone ampliar los servicios de salud mental y adicciones en el Sistema Nacional de Salud y tiene la finalidad de garantizar el acceso equitativo de la población (25). Bajo este nuevo enfoque, México revalida en sus normativas la incorporación las VASM, desde la perspectiva de las capacidades diferentes y la diversidad funcional en el ámbito de la salud mental (24).

La reforma a la Ley General de Salud en materia de Salud Mental y Adicciones, aprobada el 16 mayo de 2022 (26), menciona lo siguiente en su artículo 74 Ter.: “La población usuaria de los servicios de salud mental tendrán los derechos siguientes:... II. Derecho a contar con mecanismos de apoyo en la toma de decisiones y a directrices de voluntad anticipada sobre el consentimiento informado”.

En el artículo 75 Ter. se expone: “en previsión de requerir en el futuro servicios de atención médica, las personas tienen derecho a elaborar su voluntad anticipada en la que podrán determinar el tipo de acciones que deseen sean tomadas para su tratamiento, o su negativa a recibir un tratamiento. En dicha manifestación de voluntad anticipada se establecerá, en su caso, la forma, alcance, duración y directrices de dicho apoyo, así como el momento o circunstancias en que su designación de apoyos a futuro surtirá eficacia. La persona podrá revocar en cualquier tiempo el contenido de la voluntad anticipada previamente adoptada” (26).

Este proceso de reforma de ley en materia de salud mental está armonizado con la CDPD y los derechos humanos en lo general, pero es indispensable preparar las condiciones de posibilidad para la implementación de las VASM, y que éstas puedan tener un efecto en la vida real de los pacientes en relación con la toma de decisiones sobre su salud.

La reflexión sobre la factibilidad de contar con un documento como las VASM, en donde las personas con enfermedad mental predeterminan los aspectos de su cuidado posterior, cuando pudieran carecer de capacidad, para su atención sea de acuerdo con sus deseos previos expresados de manera formal en este instrumento, que puede revocarse en cualquier momento, es un desafío para la atención psiquiátrica en México.

Bioética

La bioética, como disciplina que aborda y abona al debate sobre el derecho de los pacientes para ejercer su autonomía, debería tener una injerencia en la implementación de las VASM en la atención de la salud mental. Desde la bioética, las VASM podrían ser un dispositivo de resguardo, apoyo y acompañamiento en la toma de decisiones, en tanto que constituyen el establecimiento de un pacto de cuidados.

En un estudio cualitativo realizado para identificar las condiciones bioéticas posibles que permitan la implementación de las directrices anticipadas en psiquiatría (DAP) o VASM en la atención de la salud mental, Mondragón y Lolas (18, 27) encontraron diversos aspectos que pueden construir un marco de referencia bioético, entre éstos se encuentran los siguientes:

- 1) La autopercepción de los pacientes sobre la sensación de descompensación que los conduce a la búsqueda de ayuda. Esto puede interpretarse como conciencia de sí mismo y capacidad de toma de decisiones que, además de los elementos cognitivos, incluye la voluntad y las preferencias de la persona que le permiten distinguir los síntomas y expresar una intención, como pedir ayuda. Este resultado se explica desde el modelo combinado de toma de decisiones con apoyo expuesto por Scholten *et al.* (28), el cual radica en que el profesional ayude al paciente para que tome decisiones informadas sobre su salud, por lo que es necesario evaluar su capacidad funcional y determinar si puede decidir, o bien, si requiere decisiones sustitutivas que permiten tomar decisiones en nombre de la persona con autonomía disminuida (18).
- 2) La biografía/narrativa aporta valor o sentido a las VASM. Conocer la historia del paciente ofrece un apoyo adecuado para la toma de decisiones en las cuestiones clínicas y no clínicas que las personas consideren relevantes y valiosas para participar con interés en las VASM (27).
- 3) La negociación entre el equipo de salud, el paciente y la familia sobre el contenido de las VASM, así como las medidas terapéuticas adecuadas. Un equilibrio entre las preferencias de las personas y los criterios clínicos de los médicos. Este convenio puede suscribirse en la toma de decisiones con apoyo que también demanda la CDPD (18).

Las VASM están insertas en el modelo autonomista, el cual ha permitido la disposición de este documento para el contexto psiquiátrico. Al mismo tiempo, deben sustentarse en la relación asistencial que propone la CDPD y en la toma de decisiones compartidas de la bioética. En este caso, es el paciente quien elige libremente lo que considera mejor para su bienestar, considerado sus preferencias, sus valores y condiciones contextuales familiares y socioculturales; pero siempre con la anuencia del médico, quien aconseja con base en sus conocimientos técnicos y previa información detallada de la enfermedad y de todas las alternativas de tratamiento con sus riesgos, beneficios y pronósticos (9, 19).

Las personas con enfermedad mental merecen la misma consideración y respeto que cualquier otro paciente, por lo que se les debe reconocer como individuos autónomos y se deben respetar sus decisiones anticipadas (9).

Las VASM son herramientas que permiten salvaguardar el cuidado ético y los derechos de estas personas.

Reflexiones finales

Tanto las VASM como las VAFV deben implementarse en México. La reforma de la Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones, ha sido un gran avance porque implica el cumplimiento con lo que demanda el derecho internacional al armonizar estas reformas jurídicas con la CDPD.

Los servicios de atención a la salud mental, enfocados en los derechos humanos y la atención temprana, deben convenir el uso de las VASM desde un marco bioético que permita el beneficio de las personas con condición mental al considerar su opinión, fomentando el desarrollo de habilidades para el ejercicio de la toma de decisiones presente y futura.

Las VASM deben implementarse bajo el modelo de acompañamiento, modelo de asistencia y presunción de capacidad, considerando la autonomía relacional o de apoyo y la negociación entre los involucrados. De esta forma, las VASM pueden tener un impacto positivo en la vida de los pacientes en cuanto a las decisiones sobre su salud.

Agradecimientos

Este estudio fue financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) con la beca en Estancias Posdoctorales en el Extranjero 2021 – CCINSHAE, con el proyecto titulado: “Bases bioéticas para la implementación de las directrices anticipadas en psiquiatría en la atención de la salud mental”.

Referencias

1. Homero. *La Odisea*. Madrid: Gredos; 2015.
2. Santiago M. Mitología griega: las sirenas y Ulises. *RedHistoria* [Internet]. 2023 [citado 2024 jun 9]. Disponible en: <https://redhistoria.com/mitologia-griega-las-sirenas-y-ulises/>
3. Appelbaum PS. Advance directives for psychiatric treatment. *Hosp Community Psychiatry*. 1991;42(10):983-984.
4. Appelbaum PS. Law and psychiatry: psychiatric advance directives and the treatment of committed patients. *Psychiatr Serv*. 2004;55(7):751-763.
5. Gorrotxategi M, Romero J. Voluntades psiquiátricas: una herramienta terapéutica. *Norte de Salud Mental*. 2012;42:11-17.
6. Ramos Pozón S, Román Maestre B. Las voluntades anticipadas en pacientes con esquizofrenia: un instrumento para potenciar la autonomía. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2014;34(121):21-35.
7. Potthoff S, Finke M, Scholten M, Gieselmann A, Vollmann J, Gather J. Opportunities and risks of self-binding directives: a qualitative study involving stakeholders and researchers in Germany. *Front Psychiatry*. 2022;13.
8. Kemelmajer de Carlucci A. Las directivas anticipadas en el derecho argentino. *Rev Cubana de Derecho*. 2024;4(1):311-380.
9. Astete C. Sobre las voluntades anticipadas. Ponencia presentada en: *Seminario de Bioética*; 2015 ago 3; Chile. [Internet] [citado 2024 jun 29]. Disponible en: <https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2016/11/C-Astete-vol-anticip-boletin2015.pdf>
10. Leino-Kilpi H, Välimäki M, Arndt M, Dassen T, Gasull M, Lemonidou C, et al. *Patient's autonomy, privacy and informed consent*. Amsterdam: IOS Press; 2000.
11. Ferrater Mora J. *Diccionario de filosofía*. 4a ed. Barcelona: Ariel Filosofía; 2004.
12. Simón-Lorda P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2008;28(102):325-348.
13. Consejo de Europa. *Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina* [Internet]. 1997 [citado 2018 ago 18]. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2290/37.pdf>
14. Mondragón L, Guarneros T. Directrices anticipadas en psiquiatría. En: Martínez N, editor. *Salud mental forense*. México: Tirant lo Blanch; 2020. p. 124-137.
15. Morera B. Planificación anticipada de la asistencia en psiquiatría: criterios y marco de aplicación. *Eidon*. 2022;57:3-28.
16. Mastachi A. Voluntad anticipada y el derecho a una muerte digna. *Revista Abogacía* [Internet]. 2021 [citado 2024 jun 29]. Disponible en: <https://www.revistaabogacia.com/voluntad-anticipada-y-el-derecho-a-una-muerte-digna/>
17. Secretaría de Salud de la Ciudad de México. *Voluntad anticipada* [Internet]. México; 2024. Disponible en: <https://www.salud.cdmx.gob.mx/acciones/voluntad-anticipada>
18. Mondragón L, Lolas F. Condiciones bioéticas en las decisiones compartidas para

- las directrices anticipadas en psiquiatría. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 2023;69(2):89-93.
19. Ramos Pozón S. Algunas consideraciones sobre la competencia de los pacientes para crear, usar y revocar un documento de voluntades anticipadas en salud mental. En: Román B, Palaudarias A, Esquirol JM, editores. *V Congreso Internacional de Bioética. Filosofía y Salud Mental*. Barcelona: Aporia; Sant Pere Claver, Institut Docent-Recerca; 2015. p. 121-132.
 20. Organización de las Naciones Unidas. *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* [Internet]. 2006 [citado 2016 ene 20]. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
 21. Appelbaum P, Roth L. Competency to consent to research: a psychiatric overview. *Arch Gen Psychiatry*. 1982;39(8):951-958.
 22. Wang SB, Wang YY, Ungvari GS, Ng CH, Wu RR, Wang J, Xiang YT. The MacArthur Competence Assessment Tool for assessing decision-making capacity in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res*. 2017;183:56-63.
 23. Tobar J. Las directivas anticipadas, la planificación anticipada de la atención y los derechos a la dignidad y autonomía del paciente. *Rev Colomb Bioet*. 2012;7(1):140-162.
 24. Casado M, Vilà A. *Documento sobre bioética y discapacidad*. Barcelona: Observatori de Bioètica i Dret, Universidad de Barcelona; 2014.
 25. Valdez-Santiago R, Marín-Mendoza E, Torres-Falcón M. Análisis comparativo del marco legal en salud mental y suicidio en México. *Salud Publica Mex*. 2021;63:554-564.
 26. Ley General de Salud en materia de salud mental y adicciones. *Diario Oficial de la Federación*; 2022 may 16. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/lgs_ref131_16may22.pdf
 27. Mondragón L, Lolas F. Bioethics and advance directives in psychiatry in the hospital context. *Salud Ment*. 2023;46(5):261-267.
 28. Scholten M, Gieselmann A, Gather J, Vollmann J. Psychiatric advance directives under the Convention on the Rights of Persons with Disabilities: why advance instructions should be able to override current preferences. *Front Psychiatry*. 2019;10:631.