

Original. Trabajos completos

## Condiciones bioéticas en las decisiones compartidas para las directrices anticipadas en psiquiatría

LILIANA MONDRAGÓN-BARRIOS, FERNANDO LOLAS STEPKE

LILIANA MONDRAGÓN-BARRIOS  
Doctora en Psicología.  
Dirección de Investigaciones  
Epidemiológicas y Psicosociales.  
Instituto Nacional de Psiquiatría  
Ramón de la Fuente Muñiz,  
Ciudad de México.  
Centro Interdisciplinario de  
Estudios en Bioética,  
Universidad de Chile  
(CIEB - UCh).

FERNANDO LOLAS STEPKE  
Médico Psiquiatra.  
Centro Interdisciplinario de  
Estudios en Bioética,  
Universidad de Chile  
(CIEB - UCh);  
Universidad Central  
de Chile (UCEN);  
Academia Chilena de la Lengua.  
Academia de Ciencias Médicas  
de Córdoba,  
Argentina. Sociedad Española  
de Medicina Psicosomática  
(SEMPyP).  
Santiago de Chile,  
R. de Chile.

FECHA DE RECEPCIÓN: 25/03/2023

FECHA DE ACEPTACIÓN: 25/04/2023

CORRESPONDENCIA  
Dra. Liliana Mondragón-Barrios.  
Calz. México-Xochimilco 101,  
San Lorenzo Huipulco,  
Tlalpan, 14370,  
Ciudad de México,  
México;  
lilian@imp.edu.mx

Las directrices anticipadas en psiquiatría (DAP) están insertas en la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* y en la norma jurídica como constituyentes del derecho de las personas a contar con mecanismos de apoyo en las decisiones anticipadas sobre su salud, las cuales exhortan a un cambio desde la postura paternalista asistencial a la del acompañamiento, en la toma de decisiones en la atención de la salud mental. Este cambio requiere diversas transformaciones para que las DAP sean una realidad. La bioética puede viabilizar la aplicación de las DAP. *Objetivo:* conocer las condiciones bioéticas que faciliten la toma de decisiones apoyadas como parte de la ejecución de las DAP. *Método:* se llevó a cabo una observación participante en dos servicios de hospitalización psiquiátrica de Santiago de Chile, entre junio y septiembre de 2022. *Resultados:* a través de un análisis temático se obtuvieron tres temas: atención clínica, predisposición de los pacientes y asuntos médico-legales. Este estudio consideró parte del segundo tema con sus subtemas: auto-percepción de los pacientes, negociación y familia. *Discusión y conclusión:* La autopercepción de los pacientes, la negociación que hacen con los médicos y la implicación familiar de las personas con condición mental son condiciones bioéticas que facilitan la toma de decisiones compartidas y con ello, la implementación de las DAP.

**Palabras clave:** Bioética – Directrices anticipadas – Psiquiatría – Toma de decisiones – Autonomía.

### Bioethical Conditions in Common Decisions for Advance Directives in Psychiatry

Introduction. The Advance Directives in Psychiatry (ADP) are embedded in the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and in the legal norm as constituents of the right of individuals to have support mechanisms in advance decisions about their health, which call for a change from the paternalistic care position to that of accompaniment in decision-making in mental health care. This change requires several transformations for ADPs to become a reality. Bioethics can make the application of ADP viable. Objective. Recognize the bioethical conditions that facilitate supported decision-making as part of the execution of the ADP. Method. A participant observation was conducted in two psychiatric inpatient departments, between June and September 2022. Results. Through a thematic analysis, three themes were obtained: clinical care, patient predisposition and medical-legal issues. This study considered only a part of theme 2 with its subthemes: Self-perception of patients, negotiation, and family. Discussion and conclusion. The self-perception of patients, the negotiation they do with doctors and the family involvement of people with mental conditions are bioethical conditions that facilitate common decision-making and with it, the implementation of ADP.

**Keywords:** Bioethics – Advance Directives – Psychiatry – Decision Making – Autonomy.

## Introducción

De acuerdo con algunos autores, las sociedades modernas y plurales están comprometidas con el ejercicio del derecho que tienen los individuos de expresar su autonomía y, por ende, respetar sus decisiones sobre la base de considerar lo que es bueno para sí mismas, mientras que los demás están obligados a reconocerlas. En el espacio clínico, esta cavilación se planea en la atención centrada en la persona, lo que significa que es el paciente quien debe tomar las decisiones sobre su salud con apoyo del médico, «siempre que la persona esté capacitada mentalmente para comprender la información y los riesgos y beneficios de sus decisiones, además de encontrarse en condiciones de libertad para decidir» [3, p. 431, 8].

En ámbito de la salud mental, las personas pueden aceptar o rechazar tratamientos de manera anticipada, es decir antes de estar afectadas en la capacidad para decidir autónomamente, a través de una declaración, como las directrices anticipadas en psiquiatría (DAP). Las DAP son entendidas como un proceso mediante el cual las personas con trastornos mentales predeterminan aspectos de su cuidado posterior, cuando pudiesen carecer de la capacidad para que se conozcan y respeten sus deseos sobre tratamiento y cuidado, consideradas como un instrumento que protege sus derechos y la legitimidad de sus decisiones en este campo de la salud [1, 17].

A nivel normativo, en el marco del reconocimiento de los derechos fundamentales, la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (en adelante la Convención), de la Organización de las Naciones Unidas [24], establece la regulación de las directrices anticipadas como un instrumento que debería garantizar la libertad en la toma de decisiones de las personas con

alguna enfermedad mental, considerando que todas las personas son capaces de ejercer sus derechos [24, 27, 32, p. 33].

En cuanto a la norma jurídica, diversos países han incorporado las DAP como parte de su legislación en salud mental, entre estos: Estados Unidos, Canadá, Australia, España, Alemania, Suiza y Nueva Zelanda. En la región de América Latina, se destacan Chile y México. Estos instrumentos conceptualizan las DAP como constituyentes del derecho de las personas a contar con mecanismos de apoyo en la toma de decisiones, previendo su estado de salud [13, 14, 15, 17, 32].

Desde la perspectiva bioética, las DAP se sustentan en el modelo autonomista, considerando que la persona afectada es parte activa, junto con el equipo de salud y su entorno, en la toma de decisiones compartidas sobre los procedimientos aplicables en su tratamiento de manera anticipada.

La perspectiva bioética plantea que la autonomía puede tener un valor instrumental, esto es, las personas pueden decidir las opciones de tratamiento que promuevan su bienestar; un valor inherente que moldea la vida según la propia concepción del bien. Estos valores apuntan al deber de los profesionales de la salud de respetar también los rechazos de tratamiento. Un valor más de la autonomía es «la afirmación positiva» de que son las personas quienes deben tomar decisiones autónomas, con apoyo adecuado de los profesionales de la salud, otorgando información sobre las opciones de tratamiento de manera comprensible para que las personas participen de manera plena y efectiva en la construcción de su salud. En una atención centrada en el paciente, también se debe considerar la autonomía relacional, que distingue la biografía, los vínculos e interacciones involucradas en el proceso de toma de decisiones compartidas actuales y futuras [6, 7, 21, 26].

Armonizar las legislaciones con la Convención conlleva a la atención de la salud mental al modelo social de la diversidad mental; exhortando el cambio de la postura paternalista asistencial a la del acompañamiento en la toma de decisiones [30, 15]. Este escenario que propone la Convención y las legislaciones en los países latinoamericanos demanda una serie de transformaciones: recursos específicos y desarrollo de alternativas que favorezcan al modelo social y con ello, la implementación completa de las DAP. El problema es que se requiere de estas renovaciones para que las DAP sean una realidad.

El ámbito de la bioética sería una condición posible para dar aplicabilidad a las DAP. La autodeterminación, la igualdad efectiva de derechos y la participación de las personas con eventuales trastornos se explicitan en decidir las preferencias terapéuticas como medicación, terapia electroconvulsiva (TEC), alternativas a la hospitalización [2, 28, 29, 1]. Sin embargo, poco sabemos sobre los aspectos bioéticos que pueden contribuir a la implementación de las DAP. El objetivo de este trabajo es conocer las condiciones bioéticas que facilitan la toma de decisiones apoyadas como parte de la ejecución de las DAP.

## **Materiales y método**

### *Diseño del estudio*

Se realizó un estudio de tipo cualitativo con una observación participante de tipo simple, que se llevó a cabo en dos servicios de hospitalización psiquiátrica, entre junio y septiembre de 2022 [4; 10, p. 5; 19; 20, p. 153].

El muestreo fue por conveniencia. Los servicios de hospitalización psiquiátrica, donde se realizó la observación, pertenecen a las dos principales instituciones especializadas en salud mental de Chile.

### *Participantes y descripción de la muestra*

La muestra incluyó tres unidades de especialidades psiquiátricas correspondientes a los servicios de hospitalización, para hombres y mujeres mayores de 14 años, de dos instituciones especializadas, una pública y otra privada, ubicadas al norte de Santiago de Chile.

### *Mediciones*

Diario de campo.\* En la observación se utilizó un diario de campo, como instrumento que consigna con todo detalle y de manera sistemática informaciones u observaciones recogidas *in situ*, para categorizar y sintetizar la información que será objeto de interpretación y análisis [10, 20, p.154].

### *Procedimiento*

La observación se llevó a cabo durante las reuniones de supervisión de casos de los pacientes que ingresan a hospitalización, en cada una de las tres unidades de especialidad psiquiátrica, de los servicios de las instituciones participantes. En la observación se registraron hechos, objetos, acontecimientos, interacciones, ideas, fragmentos de conversaciones, percepciones, opiniones, discusiones del equipo de salud tratante en dichas reuniones, de manera detallada y sistemática en un diario de campo para su análisis [4, 20].

### *Análisis de datos*

Se realizó un análisis temático [12], que identifica temas amplios que resumen el contenido de los datos. La información del diario de campo se condensó en un único archivo de texto que contenía 177 registros, con los que se efectuó una codificación descriptiva de los datos con cada palabra, frase o declaración referida a un tema asignado a un código. El proceso produjo 531 códigos, se combinaron los que aparecieron con mayor frecuencia (más de cuatro veces) produciendo 438 códigos distintos.

---

\* [ver ref. compl.: a1, a2].

La siguiente etapa del análisis fue la identificación del tema. Se examinaron constructos que conectaban con un número sustancial de códigos. Estos se agruparon en términos de similitudes y características comunes, lo que permitió evaluar si los temas reflejaban relaciones o diferencias entre códigos. Los temas construidos capturaron el significado general de la codificación descriptiva. A lo largo del proceso de construcción de temas, se revisó la relevancia de cada uno con respecto a los datos en su conjunto, los registros del diario de campo y la deliberación sobre un aspecto particular [5, 16].

La etapa final del análisis temático fue una búsqueda de literatura sobre las directrices anticipadas en psiquiatría y asuntos relacionados, con el fin de apoyar la interpretación de los códigos y los temas. La importancia de cada tema se basó en su relevancia para el propósito del estudio. En el cuadro 1 se aprecia un ejemplo del proceso de análisis de la información.

Tabla 1. Proceso del análisis temático del diario de campo

Unidades de significado	Condensación	Códigos*	Categorías	Tema**
Parece que el diagnóstico de un paciente es el [de] trastorno de estrés postraumático, pero la psiquiatra menciona que va más allá del diagnóstico, lo que importa es el tratamiento para ayudar al paciente. Los tratamientos deben de ser personalizados, más que esquemas hay que ver al paciente, no al diagnóstico dice la psiquiatra adscrita [registro 87].	La psiquiatra menciona que lo que importa es el tratamiento y que va más allá del diagnóstico; los tratamientos deben de ser personalizados, más que esquemas hay que ver al paciente, no solo al diagnóstico	Diagnóstico TEP  Tratamiento: lo más importante para el paciente.  Ver al paciente no solo al diagnóstico	Tratamientos personalizados	Atención clínica (centrada en el paciente)

\*Otros códigos formaron parte de este tema.  
\*\*Una vez obtenidas las diferentes categorías, los temas se conceptualizaron con base en la literatura vigente sobre las DAP y la bioética.

**Consideraciones éticas**  
La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Investigación del Servicio de Salud Metropolitano Norte, de Santiago de Chile. El estudio garantiza la privacidad y confidencialidad de los datos. En las observaciones se omitió cualquier dato que permita identificar a los participantes, pacientes o terceros. Previo a la observación, a los participantes se les expuso en qué consistiría la investigación, los compromisos y las responsabilidades del estudio, la expresa voluntad y libertad de la participación en el mismo, entre otros aspectos éticos.

**Resultados**  
El análisis temático de la observación halló tres temas asociados a las condiciones bioéticas en el contexto de la hospitalización psiquiátrica: 1) atención clínica, 2) predisposición

de los pacientes y 3) asuntos médico- legales. Se consideró sólo una parte del tema 2, por estar vinculado con el propósito de este estudio.

El tema 2, predisposición de los pacientes, se precisó según los registros de la observación de la siguiente manera: la autopercepción de los pacientes es un indicativo de la búsqueda de ayuda y del internamiento voluntario. La manera de explorar esta parte es abordar la biografía del paciente, con narrativas y sin clasificaciones, para poder dar a entender, explicar y convencer al paciente de su padecimiento; a fin de negociar el mejor tratamiento que considera el equipo de salud, para que el paciente pueda sentirse bien, con la intención de que el equipo respetará las decisiones del paciente y también se considere a la familia. Este tema tiene tres subtemas: A)- Autopercepción de los pacientes, B)- Negociación y C)- Familia. Los resultados para cada uno fueron los siguientes:

A)- *Autopercepción de los pacientes*: la autopercepción de los pacientes sobre la descompensación, como algo que sienten, parece ser un indicativo de la búsqueda de ayuda y del internamiento voluntario.

*El paciente sabe que su consumo de tramadol le provoca problemas con la familia, pero tiene mucho dolor. El paciente ingresó voluntario a hospitalización [registro 158].*

*Se hospitaliza a un paciente que tiene delirios, por cuestiones de adicciones, pero ingresa voluntariamente. [Durante el ingreso] El paciente ya no quiso asistir a la entrevista de ingreso, la decisión se respetó y el equipo médico revisa a otros pacientes [registro 37].*

B)- *Negociación*: aborda la necesidad de negociar con el paciente y en ocasiones con la familia las indicaciones clínicas que el

equipo de salud propone, tales como el mantener la hospitalización o el adecuar el tratamiento, o lo que es más conveniente para el paciente. El objetivo de este encuentro es optimizar la calidad de vida del paciente y respetar su decisión.

*Ingresa un paciente derivado de una clínica privada por intento de suicidio, se le explora su estado cognitivo, historia clínica y familiar, antecedentes de hospitalización, atención psiquiátrica previa, etc. Al final le preguntan si quiere quedarse y él dice que no, que si le pueden dar el alta. La psiquiatra le dice que le dé la oportunidad de ofrecerle un tratamiento que lo pueda hacer sentir bien, el paciente acepta y se queda hospitalizado [registro 13].*

C)- *Familia*: el grupo familiar es una unidad que puede presentar tres dimensiones: 1) es la red de apoyo para el paciente y funge como la figura responsable de éste; 2) la familia es parte de un contexto insano, inconsistente que no se hace cargo del paciente, ni en lo económico, ni social ni clínico para el cuidado (por ejemplo, mantener un tratamiento a largo plazo) y 3) la familia es conflictiva y genera controversias o presiones en las decisiones médicas, llegando a extremos de demandas legales, ya sea de la familia a la institución de salud o viceversa. La familia en ocasiones es una extensión de la enfermedad u otras enfermedades, por lo que requiere ser parte del tratamiento o precisa de otras intervenciones, principalmente psicoeducación.

*Durante la reunión de elevación de casos, el equipo médico también habló del tratamiento a la familia. Por ejemplo, en el caso de un paciente maniaco que se descompensa con la familia, porque lo culpa de todo. El paciente también tiene un discurso culposos. El equipo acuerda que se tiene que dar psicoeducación a la familia [registro 49].*

*A veces la familia está enojada y cuando el paciente está sobrio «le pasan la cuenta», entonces se les recomienda que esperen y no hagan eso con el paciente. El equipo busca que el paciente tenga una mejor vida sin alcohol y eso también hay que reforzarlo con la familia, para hacer un cambio [registro 77].*

### **Discusión y conclusión.**

El objetivo de este trabajo es conocer las condiciones bioéticas que faciliten la toma de decisiones apoyadas como parte de la implementación de las DAP. Los resultados muestran que, el paciente (con la autopercepción), el médico psiquiatra o equipo de salud (mediante la negociación) y la familia (con su dinámica e interacciones), son una triada que interviene y posibilita las decisiones compartidas sobre la salud de las personas con condición mental. El paciente es quien decide sobre su salud de manera anticipada y los demás acompañan y apoyan esas decisiones [25, 26].

Los hallazgos evidenciaron que la autopercepción del paciente de sentirse descompensado lo conduce a tomar la decisión de solicitar atención clínica y otras medidas como la hospitalización. De acuerdo con la literatura, la capacidad de identificar ciertos síntomas, expresar la petición de ayuda y requerir la internación voluntaria son parte de la toma de decisiones que involucra procesos cognitivos, actos volitivos y preferencias de la persona, en sí, acciones que forman parte de la autonomía del paciente [18, 21, 31]

Como no todos los pacientes con condición mental autoperceben una descompensación previa a un episodio agudo, esto podría plantearse como un contra argumento a la autonomía en su valor instrumental e inherente, como capacidad mental del paciente para tomar decisiones sobre su atención clínica, lo que ha representado una de las razones por lo que las DAP no han trascendido [9,11, 21, 26, 31].

No obstante, la búsqueda de ayuda y el internamiento voluntario que solicita el paciente son actos de autonomía, en tanto cuidado de sí mismo, expresión de la voluntad y las preferencias de la persona, que independiente de esto requiere del apoyo y acompañamiento del médico, quien a su vez evoca el deber de respetar las decisiones de la persona. En este sentido, la autopercepción del paciente se convierte en un aspecto bioético imprescindible para las decisiones compartidas y a su vez, la implementación de las DAP [21, 31].

Por otro lado, la negociación que realizan los médicos psiquiatras y el equipo de salud consiste en decidir junto con el paciente y la familia, sobre las medidas terapéuticas adecuadas, las cuales se basan en las preferencias de las personas y en los criterios clínicos de los médicos. La negociación permite un consenso que pretende ponderar la calidad de vida para el paciente y respetar las decisiones sobre su salud, incluso en el momento de la hospitalización y posteriormente a esta [21, 22, 23].

Durante la negociación, el paciente, el médico y terceros, como puede ser la familia, deben especificar el contenido de las DAP eligiendo el tratamiento más apropiado de acuerdo con las preferencias del paciente, pero con la anuencia del médico, en relación con los procedimientos clínicos. Este convenio puede ser interpretado como la toma de decisiones con apoyo que demanda la Convención, lo que permitirá que médicos y pacientes utilicen sin perjuicio las DAP, respetando la decisión anticipada de las personas con condición mental [21, 22].

De acuerdo con los hallazgos, la familia es otro actor en la toma de decisiones sobre la atención de las personas con condición mental. Esto no es nuevo, las decisiones



subrogadas de los pacientes que padecen una enfermedad mental generalmente las realiza algún familiar.

La toma de decisiones de los pacientes con problemas de salud crónicos se ve influenciada por el funcionamiento familiar y su relación con el proceso de salud y enfermedad [8]. Los resultados de este estudio coinciden con una revisión de la literatura, realizada por Forero *et al.* [8], quienes identificaron la influencia que puede tener la familia en el proceso de toma de decisiones. La influencia es 1) positiva cuando refuerza la relación con los pacientes y reduce su ansiedad al momento de decidir; 2) negativa cuando los familiares interfieren con el proceso con actitudes dominantes, generando tensión; 3) pasiva cuando no están involucrados o no participan por razones específicas; o 4) activa, cuando se involucran en el proceso.

Forero *et al.* mencionan que en la última década se ha considerado la toma de decisiones como un proceso complejo y no necesariamente individual, por lo que la implicación de la familia en este tema ha cobrado mayor reconocimiento. Las decisiones del paciente son un ejercicio de su autonomía, pero están inmersas en una red de representaciones y valoraciones sociales que afectan a sus interdependientes [8, p. 217]. Esto se conoce como «autonomía solidaria o relacional», la cual se construye desde la intersubjetividad y la empatía, a diferencia de la autonomía individualista, que es subjetiva, privada y aislada [7, 8, 21].

En la autonomía relacional y, por ende, en la toma de decisiones, se articulan los aspectos cognitivos y afectivos con el contexto, las relaciones familiares y sociales, mediante el diálogo deliberación con los más cercanos, por lo que las decisiones se podrían

considerar compartidas [8, p. 218-23]. Bajo esta concepción, las interacciones constituidas y dinámicas entre los miembros de la familia para la toma de decisiones relacionales se convierten en un aspecto bioético necesario para la implementación de las DAP [8, p. 222-23].

Los resultados de esta investigación permitieron identificar que, los pacientes con condición mental mediante la autopercepción de malestar, pueden tomar decisiones anticipadas sobre su atención y medidas terapéuticas de su preferencia, como expresión de su voluntad y, por ende, autonomía. Sin embargo, estas decisiones son resolución de la negociación entre el juicio clínico, apoyo y acompañamiento del médico y las disposiciones autónomas del paciente, lo que significa que la toma de decisiones con apoyo es imperiosa en las DAP, quizá aquí radique la causa de que sean eficientes para afianzar la alianza terapéutica [9, 22, 23, 26, 31].

Las decisiones compartidas no solo corresponden a la relación médico-paciente, también la dinámica familiar, las relaciones sociales, los procesos intersubjetivos y, en general, el contexto en el que se encuentre el paciente, tienen injerencia en el proceso de la toma de decisiones anticipadas, contempladas desde la autonomía relacional, por ello, la relación con la familia es una condición que se debe considerar como parte de la implementación de las DAP.

La autopercepción de las personas con condición mental, la negociación que hacen con los médicos, la implicación de la familia y de otros vínculos cercanos, son condiciones bioéticas que facilitan la toma de decisiones apoyadas o compartidas y con ello, la aplicabilidad de las DAP. Los valores de la autonomía, instrumental, inherente y «la afirmación positiva», de que las personas deben tomar

decisiones autónomas, con el apoyo adecuado de los profesionales de la salud, deben expandir su sustento en la autonomía relacional, para dar cabida a que la toma de decisiones compartida implica las capacidades cognitivas y las relaciones familiares y sociales [6, 7, 8, 21, 26]. Finalmente, es necesario continuar explorando aspectos bioéticos que posibiliten la toma de decisiones apoyadas y la implementación de las DAP.

#### *Financiamiento*

Este estudio fue financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México (CONACYT) con la beca en Estancias Posdoctorales en el Extranjero 2021 –

CCINSHAE, al proyecto titulado: Bases bioéticas para la implementación de las directrices anticipadas en psiquiatría en la atención de la salud mental.

#### *Conflicto de intereses*

Los autores declaran la no existencia de intereses en conflicto.

#### *Agradecimientos*

Este trabajo fue posible gracias a los profesionales de la salud que integran los equipos multidisciplinarios, quienes compartieron la experiencia de su práctica clínica y a los pacientes. Asimismo, gracias a las autoridades de las instituciones que colaboraron en este estudio.

## Referencias

1. Amering M, Stastny P, Hopper K. Psychiatric advance directives: qualitative study of informed deliberations by mental health service users. *Br J Psychiatry*. 2005;186:247-52. PMID: 15738506 DOI: 10.1192/bjp.186.3.247
2. Appelbaum PS. Law & psychiatry: psychiatric advance directives and the treatment of committed patients. *Psychiatr Serv*. 2004; 55(7):751-63. PMID: 15232012 DOI: 10.1176/appi.ps.55.7.751
3. Astete CP. Sobre las voluntades anticipadas. *Actas del V Seminario de Bioética*. 3 de agosto de 2015. Santiago: Academia Chilena de Medicina; 2015 p. 431-9. Disponible en: <https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2016/11/C-Astete-vol-anticip-boletin2015.pdf>
4. Bárcenas Barajas K, Preza Carreño N. Desafíos de la etnografía digital en el trabajo de campo onlife. *Virtualis*. 2019;10(18):134-51. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7085540>
5. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa
6. Casado M, Vilà A coord. Documento sobre bioética y discapacidad. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universidad de Barcelona; 2014.
7. Ells C, Hunt MR, Chambers-Evans J. Relational autonomy as an essential component of patient-centered care. *Int J Fem Approaches Bioeth*. 2011;4(2):79-101. DOI: 10.2979/intjfemappbio.4.2.79
8. Forero LM, Rodríguez MP, Méndez Castillo E, Medina AM. Toma de decisiones centradas en la familia en la enfermedad renal crónica avanzada. De la autonomía individual a la autonomía familiar o comunitaria. *Acta Bioeth*. 2020;26(2):215-24. DOI: 10.4067/S1726-569X2020000200215
9. Gloeckler S, Ferrario A, Biller-Andorno N. An Ethical Framework for Incorporating Digital Technology into Advance Directives: Promoting Informed Advance Decision Making in Healthcare. *Yale J Biol Med*. 2022;95(3):349-53. PMID: 36187419 Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc9511942/>
10. Granados Muñoz R. Revisión teórica de herramientas metodológicas aplicadas en la



- investigación criminológica. *Derecho y Cambio Social*. 2020;59:501-11. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7219653>
11. Hiu S, Su A, Ong S, Poremski D. Stakeholder perspective on barrier to the implementation of Advance Care Planning in a traditionally paternalistic healthcare system. *PLoS One*. 2020;15(11):e0242085. PMID: 33170875 DOI: 10.1371/journal.pone.0242085
  12. Howitt D. *Introduction to qualitative methods in psychology*. Harlow UK: Prentice Hall; 2010.
  13. Ley 21.331 Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental. *Publ. Diario Of*. 11 mayo 2021. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1159383&idParte=10225522>
  14. Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones. *Publ. 16 mayo 2022. Diario Oficial de la Federación, Gobierno de México*. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5652074&fecha=16/05/2022#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5652074&fecha=16/05/2022#gsc.tab=0)
  15. Marshall P, Gómez Yuri H. Advance directives in mental health and the revocation problem. *Acta Bioeth*. 2022;28(2):205-14. Disponible en: <https://actabioethica.uchile.cl/index.php/AB/article/view/68991>
  16. Michel T, Tachtler F, Slovak P, Fitzpatrick G. Young People's Attitude Toward Positive Psychology Interventions: Thematic Analysis. *JMIR Hum Factors*. 2020;7(4):e21145. PMID: 33164908 DOI: 10.2196/21145
  17. Mondragón L, Guarneros T. Directrices Anticipadas en Psiquiatría. En: Martínez Lopez JN, ed. *Salud Mental Forense*. México: Tirant lo Blanch; 2020. p. 124-37.
  18. Mondragón L, Monroy Z, Ito ME, Medina-Mora ME. Disyuntivas en las concepciones sobre autonomía y beneficencia que afectan la terapéutica del intento suicida. *Acta Bioeth*. 2010;16(1):77-86. PMID: 20830214 DOI: 10.4067/S1726-569X2010000100011
  19. Mondragón L, Romero M, Borges G. Ethnography in an emergency room: Evaluating patients with alcohol consumption. *Salud Publica Mex*. 2008;50(4):308-15. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10611147006>
  20. Monje Álvarez CA. *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Una guía didáctica*. Neiva Colombia: Universidad Surcolombiana; 2011.
  21. Morera Pérez B. Planificación anticipada de la asistencia en psiquiatría: criterios y marco de aplicación. *Eidon (Madrid)*. 2022;57:3-16. Disponible en: [https://www.revistaeidon.es/index.php/revista\\_eidon/article/view/167/143](https://www.revistaeidon.es/index.php/revista_eidon/article/view/167/143)
  22. Nicaise P, Lorient V, Dubois V. Psychiatric Advance Directives as a complex and multi-stage intervention: a realist systematic review. *Health Soc Care Community*. 2013; 21(1):1-14. PMID: 22452515 DOI: 10.1111/j.1365-2524.2012.01062.x
  23. Noguero A, Peregalli S. Alternativas a los internamientos en salud mental: hospitalización domiciliaria desde la perspectiva española y anglosajona. *Rev Bioet Derecho*. 2021;53:37-55 DOI: 10.1344/rbd2021.53.34726
  24. Organización de las Naciones Unidas. *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Nueva York: ONU; 2006. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enab/documents/tccconvs.pdf>
  25. Potthoff S, Finke M, Scholten M, Giesemann A, Vollmann J, Gather J. Opportunities and risks of self-binding directives: A qualitative study involving stakeholders and researchers in Germany. *Front Psychiatry*. 2022;13:974132. PMID: 36339872 DOI:10.3389/fpsy.2022.974132
  26. Scholten M, Giesemann 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. PMID: 31572233 DOI:10.3389/fpsy.2019.00631
  27. Scholten M, Weller PJ, Kim SYH, Vollmann J. Editorial: Human Rights and Mental Health: Current Developments in Competence

- Assessment and Supported Decision-Making. *Front Psychiatry*. 2021;12:682606. PMID: 33967868 DOI: 10.3389/fpsy.2021.682606
28. Srebnik D, Appelbaum P, Russo J. Assessing Competence to Complete Psychiatric Advance Directives with the Competence Assessment Tool for Psychiatric Advance Directives. *Compr Psychiatry*. 2004;45(4):239-45. PMID: 15224265 DOI: 10.1016/j.comppsy.2004.03.004
29. Srebnik DS, Kim SY. Competency for Creation, Use and Revocation of Psychiatric Advance Directives. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2006; 34(4):501-10. PMID: 17185480 Available from: <https://jaapl.org/content/34/4/501.long>
30. Stavert J. Supported Decision-Making and Paradigm Shifts: Word Play or Real Change? *Front Psychiatry*. 2021;11:571005. PMID: 33505323 DOI: 10.3389/fpsy.2020.571005
31. Szmukler G. "Capacity", "best interests", "will and preferences" and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *World Psychiatry*. 2019;18(1):34-41. PMID: 30600630 DOI: 10.1002/wps.20584
32. Zaragoza-Martí MF, Julià-Sanchis R, García-Sanjuán S. El Documento de Voluntades Anticipadas como instrumento de planificación ético-jurídico: especial atención a la salud mental. *Rev Bioet Derecho*. 2020;49:25-40. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n49/1886-5887-bioetica-49-00025.pdf>

---

### Referencias complementarias

- a1. Castillo I. Diario de campo: características, para qué sirve, ejemplo. *Lifeder*. 2018. Disponible en: <https://www.lifeder.com/diario-de-campo/>
- a2. Larraín H. El Diario de campo o Bitácora: el instrumento número 1 del científico. 2008. Disponible en: <http://eco-antropologia.blogspot.com/2008/02/el-diario-de-campo-o-bitcora-el.html>