

BIOETHICS UPdate

Indexada en / Indexed in: MIAR, DOAJ, LATINDEX (Directorio y Catálogo 2.0), The Philosopher's Index, EBSCO Essentials™, LatinRev, Dialnet, Dimensions, ERIH

Volume 11 - Number 1 / January-June 2025

Volumen 11 - Número 1 / Enero-Junio 2025

ISSN: 2395-938X; eISSN: 2448-7511

www.bioethicsupdate.com

CONTENTS / ÍNDICE

EDITORIAL/EDITORIAL

- **Evandro Agazzi**
What do we understand as autonomy?

ORIGINAL ARTICLES/ARTÍCULOS ORIGINALES

- **Octavio Márquez-Mendoza, Nancy Caballero-Reynaga, Neri Islas-Palacios y Ma. del Rosario Guerra-González**
Reflexiones bioéticas sobre la humanización de las unidades de cuidados intensivos en México
- **Laura Leondina Campanozzi**
Intuition in medicine: enhancing the practice of good clinical reasoning
- **Liliana Mondragón-Barrios, Fernando Lolas-Stepke, Zoraida García-Castillo, Aída Kemelmajer-de-Carlucci, Sandra Tapia-Moreira y Ronald Cárdenas-Krenz**
Contexto jurídico de las voluntades anticipadas en salud mental en América Latina
- **Carlo Bellieni**
Achilles' complex and children's creativity
- **José E. Gómez-Álvarez**
Longevity: reflexiones bioéticas en torno a un caso



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA



PERMANYER
www.permanyer.com



**UNIVERSIDAD
PANAMERICANA®**

BIOETHICS UPdate

Indexada en / Indexed in: MIAR, DOAJ, LATINDEX (Directorio y Catálogo 2.0), The Philosopher's Index, EBSCO Essentials™, LatinRev, Dialnet, Dimensions, ERIH

EDITOR IN CHIEF / EDITOR EN JEFE

EVANDRO AGAZZI

Director del Centro Interdisciplinario de Bioética, Universidad Panamericana, Ciudad de México, México

EDITORIAL MANAGER / JEFE REDACTOR

LOURDES VELÁZQUEZ GONZÁLEZ

Centro Interdisciplinario de Bioética, Universidad Panamericana, Ciudad de México, México

EDITORIAL STAFF / EQUIPO EDITORIAL

GREGORIO T. OBRADOR VERA

Facultad de Ciencias de la Salud y la Escuela de Medicina, Universidad Panamericana, Ciudad de México, México

HUGO SAÚL RAMÍREZ GARCÍA

Facultad de Derecho, Universidad Panamericana, Ciudad de México, México

JOSÉ ALBERTO ROSS HERNÁNDEZ

Dirección Corporativa, Instituto de Humanidades, Universidad Panamericana, Ciudad de México, México

GARBINE SARUWATARI ZAVALA

Departamento de Estudios Jurídicos, Éticos y Sociales, Instituto Nacional de Medicina Genómica, Ciudad de México, México

DORA MARÍA SIERRA MADERO

Facultad de Derecho, Universidad Panamericana, Ciudad de México, México

FERNANDO BATISTA JIMÉNEZ

Dirección, Facultad de Derecho, Universidad Panamericana, Ciudad de México, México



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA®

Bioethics UPdate is a scientific publication founded in 2015 by the Panamerican University of Mexico. The journal is devoted to promoting the Bioethics field in a scientific and argued way.

It is a peer reviewed, biannual publication, that publishes online open access (free of charge for authors and readers) articles in Spanish or English. It has an Editorial Committee composed of national and international experts.

Bioethics UPdate es una publicación científica fundada por la Universidad Panamericana de México en 2015. Su propósito es promover y discutir sobre bioética con razonamientos científicos.

Es una publicación semestral, open access (abierta sin coste para autores y lectores), de revisión por pares, que se publica en versión electrónica y acepta manuscritos para evaluación en español o inglés. Cuenta con un Comité Editorial compuesto de expertos nacionales e internacionales.

INTERNATIONAL ADVISORY BOARD / CONSEJO CIENTÍFICO INTERNACIONAL

RICHARD ASHCROFT

Departamento de Bioética, City Law School, City University, Londres, Reino Unido

TOM J. BEAUCHAMP

Departamento de Filosofía, Georgetown University, Washington, Estados Unidos

CARLO BELLINI

Departamento de Pediatría, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Hospital Universitario de Siena, Siena, Italia

MARTA BERTOLASO

Departamento de Filosofía de la Ciencia, Facultad de Ingeniería / Instituto de Filosofía de la Práctica Científica y Tecnológica, Campus Universitario Bio-Médico de Roma, Roma, Italia

MYLÈNE BOTBOL-BAUM

Facultad de Salud Pública, Institut Supérieur de Philosophie, Université Catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Bélgica

ARTHUR CAPLAN

Departamento de Bioética, NYU Grossman School of Medicine, NYU Langone Medical Center, Nueva York, Estados Unidos

AMNON CARMÍ

Departamento de Bioética, UNESCO, University of Haifa, Haifa, Israel

BARBARA CHYROWICZ

Departamento de Ética aplicada, Catholic University John Paul II, Lublin, Polonia

YALI CONG

Departamento de Ética Médica y Derecho de la Salud, Peking University, Beijing, China

ANNE FAGOT-LARGEAULT

Departamento de Filosofía Biológica y Ciencias Médicas / Miembro de la Academia francesa de Ciencias, College de France, París, Francia

JOSEPH FINS

Departamento de Ética Médica, Weill Cornell Medicine, Nueva York, Estados Unidos

GILBERTO GAMBOA BERNAL

Departamento de Bioética, Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia

VOLNEI GARRAFA

Departamento de Bioética / International Affairs of the Unesco Latin American and Caribbean Bioethics Network, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil

DIEGO GRACIA GUILLÉN

Departamento de Historia de la Medicina y Bioética, Escuela de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España

FRANCISCO LEÓN CORREA

Escuela de Medicina, Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile

FERNANDO LOLAS STEPKE

Centro interdisciplinario para estudios en Bioética, Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile

FLORENCIA LUNA

Área de Bioética, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Latin American Social Sciences Institute, Buenos Aires, Argentina

ALFREDO MARCOS

Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Valladolid, Valladolid, España

SHEILA MCLEAN

Institute of Law and Ethics in Medicine, University of Glasgow, Glasgow, Escocia

ALAN MEISEL

Departamento de Derecho, University of Pittsburgh, Pittsburgh, Estados Unidos

ROBERTO MORDACCI

Filosofía Moral, Vita-Salute San Raffaele University, Milán, Italia

THOMAS MURRAY

Presidente emérito, Hastings Center, Garrison, Estados Unidos

JAIME NUBIOLA

Facultad de Filosofía, Universidad de Navarra, Navarra, España

JUSTIN OAKLEY

Monash Bioethics Centre School of Philosophical, Historical and International Studies, Monash University, Clayton, Australia

ADRIANO PESSINA

Departamento de Filosofía, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milán, Italia

PABLO RODRÍGUEZ DEL POZO

Departamento de Ciencias de la salud de la población y Ética Médica en Medicina, Weill Cornell Medicine, Qatar, Doha, Qatar

MARGARET A. SOMERVILLE

McGill Centre for Medicine, Ethics and Law, The University of Notre Dame Australia - Sydney Campus Broadway, Sidney, Australia

VITTORADOLFO TAMBONE

Departamento de Bioética, Università Campus Biomedico di Roma, Roma, Italia

PAVEL TISHCHENKO

Departamento de Bioética, FGBUN Institute of Philosophy, Russian Academy of Science, Moscú, Federación Rusa

CORRADO VIAFORA

Departamento de Bioética, Università degli Studi di Padova, Padova, Italia

JURE ZOVKO

Departamento de Filosofía de la ciencia y la Epistemología, University of Zadar, Zadar, Croacia

BIOETHICS UPDATE es una revista *open access* con licencia *Creative Commons*. Las opiniones, resultados y conclusiones son las de los autores. El editor y la editorial no son responsables de los contenidos publicados en la revista.
© 2025 Centros Culturales de México, A.C. Publicado por Permanyer. Publicación *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

BIOETHICS UPDATE is an open access journal with a Creative Commons license. Opinions, results and conclusions expressed in the journal are those of the authors. The editor and the publisher are not responsible for the contents published in the journal.
© 2025 Centros Culturales de México, A.C. Published by Permanyer. This is an open access publication under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Puede enviar su manuscrito a / Please, submit your manuscript in:

<https://publisher.bup.permanyer.com//login.php>



PERMANYER
www.permanyer.com

Permanyer

Mallorca, 310 – Barcelona (Cataluña), España
permanyer@permanyer.com

Permanyer México

Temístocles, 315
Col. Polanco, Del. Miguel Hidalgo
11560 Ciudad de México
mexico@permanyer.com



www.permanyer.com

ISSN: 2395-938X; **eISSN:** 2448-7511
Ref.: 10974AMEX251

Reproducciones con fines comerciales:

Sin contar con el consentimiento previo por escrito del editor, no podrá reproducirse ninguna parte de esta publicación, ni almacenarse en un soporte recuperable ni transmitirse, de ninguna manera o procedimiento, sea de forma electrónica, mecánica, fotocopiando, grabando o cualquier otro modo, para fines comerciales.

What do we understand as autonomy?

¿Qué se entiende por autonomía?

Evandro Agazzi

Interdisciplinary Center for Bioethics, Universidad Panamericana, Mexico City, Mexico

The concept of autonomy is not clearly defined in dictionaries, and this is partly due to the fact that its explicit and technically philosophical meaning was first established by Kant in the Critique of Practical Reason (1788) as a fundamental characteristic of the moral law and, secondly, because in common usage this term appears with nuanced meanings that can be related to the idea of a set of “sufficient ‘availability’ of what is useful” to achieve a certain result in a particular well-defined situation. This is not the subject we want to discuss.

To analyze the philosophical meaning of the notion of autonomy, it is essential to distinguish two types of freedom, which we will respectively call freedom of the will and freedom of action. Freedom of the will is also often referred to as free will, according to historically rooted terminology. However, the noun “free will” itself evokes the idea of “arbitrariness,” which takes away the sense of rationality from free will to the extent that it would not always be easy to distinguish free choice from simple spontaneity.

Kant significantly expanded on this concept, primarily through his introduction of the notion of autonomy.

According to its etymology, autonomy means the choice of a law that is made by one’s own exercise of free will. In other words, the autonomy of the will goes back to the fact that reason gives itself its own laws in the practical sphere, in other words, in the sphere of action. All this means that even details, inclinations, pleasures, interests, preferences, the expectation of eternal happiness, and obedience to authority (including that of God himself) do not enter into an action freely chosen by reason which has given itself a certain law. The opposite of autonomous is the adjective heteronomous, which, again following the etymology, means a rule dictated by something external to the moral conscience. This means that a heteronomous action does not have the characteristics of a moral action, although it would obviously not necessarily be immoral.

Correspondence:

Evandro Agazzi

E-mail: evandro.agazzi@gmail.com

Date of reception: 31-01-2025

Date of acceptance: 04-02-2025

DOI: 10.24875/BUP.M25000018

Available online: 14-03-2025

BIOETHICS UPdate 2025;11(1):1-3

www.bioethicsupdate.com

2395-938X / © 2025 Centros Culturales de México, A.C. Published by Permanyer. This is an open access article under the terms of the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

This difference is reflected in Kant's distinction between the categorical imperative and the hypothetical imperative and in the recognition that only the categorical imperative expresses the fullness of morality.

In summary: according to Kant, the action is morally valid only if it is based on an autonomous impulse of pure reason since pure reason is in itself practical, that is to say, it prescribes the fundamental laws of action. On the contrary, when man draws the rules of his action from factors external to his rationality, we find ourselves in a situation of heteronomy. Therefore, for Kant, autonomy is not mere arbitrariness but the independence of the will from external conditioning.

This ensures that moral action has that universal value, which is one of the characteristics that human beings consider intrinsic to morality, that is, the fact that man considers his conscience as the voice that dictates the laws of his actions.

These distinctions, however, illuminating, cannot eliminate the obvious fact that human choices have to do with concrete things to be done, that is, actions and not pure intentions. This is why freedom of action must also be explicitly recognized.

We can say that modernity has focused its theorizations of freedom almost exclusively on freedom of action, proposing increasingly complex theories to specify the limits to individuals' freedom of action, limits that can come from institutions as well as from various forms of authority.

When we speak of freedom of action, we do not limit ourselves to material actions or practices, but also, for example, restrictions on the freedom to express one's thoughts, to defend one's ideas, and promote certain values.

It is clear that obstacles of various kinds stand in the way of the exercise of freedom of action, and thus, the issue of pluralism and tolerance arises, the minimal expression of which is the (rather empty) maxim that my freedom ends where the freedom of the other begins, and which has given rise to a flourishing of works on freedom that have implicitly reaffirmed the supremacy of freedom of action, leaving freedom of choice at the level of a simple matter of personal conscience.

In the 1960s, there was a broad debate about the neutrality of science, which did not last long and did not produce significant results, precisely because the distinction between the two types of freedom that we have clarified was missing and also because problems of regulation of the freedom of action of science and technology and an alleged "axiological neutrality" were confused, which would be equivalent (taken without the necessary precision) to a lack of reference to values at the level of human action. It is precisely the fact that we observed these cultural phenomena in the middle of the 19th century that has encouraged us to revisit certain doctrines of Kant.

A special merit of Kant's was that he offered a foundation for free will in a philosophical world that was only interested in freedom of action. To clarify this point, it is useful to quote the well-known funeral epitaph placed on Kant's grave, which repeats the words found at the beginning of the conclusion of the Critique of Practical Reason: "Two things fill the soul with ever new and growing admiration and veneration, the more often and the longer reflection is occupied with them:

the starry sky above me, and the moral law within me.” (Epitaph of I. Kant, excerpt from *The Critique of Practical Reason*, Conclusion [Akademie Ausgabe V, 161.]).

The mention of the starry sky alludes to the legislative work that –according to Kantian criticism– the categories of the intellect operate by ordering the phenomena provided by sensible intuitions, while the mention of the moral law alludes to the interiority of conscience and it is attributed the reality of an undeniable fact, a true “fact of Reason” from which the freedom of the will is accessed.

In fact, the presence of a moral law that imposes a duty postulates the freedom of the will (it is the *ratio cognoscendi* of freedom), while the freedom of the will is the *ratio essendi* (that is, the condition of existence) of the moral law.

Among the many things that can condition the moral law are also the disciplinary knowledge and the various capacities that a person possesses or has acquired, and in fact, it is easy to realize that very often, it is precisely simple people who manifest a certainty and relevance of moral judgment and even of morally correct conduct.

This observation leads us to a correct understanding of Kant’s concept of dignity. This is a characteristic that every human being enjoys simply because he or she is human and has an absolute character, as distinguished from price, which is variable and can be taken as a criteria for the exchange of goods and services.





Therefore, the thesis of the equality of all men has no empirical support since no two human beings are equal in all respects but rather in the dimension of equal dignity.

A consequence of this fact is that every human being has the right to consent to certain medical treatments, and this opens up a very complex discourse which we cannot dwell on but which is part of any discourse on autonomy.

Nowadays, there is often talk of “death with dignity,” but this is a misleading phrase that seeks to justify lucrative practices such as assisted suicide and euthanasia since dignity, in the proper sense, is a matter for beings endowed with reason and not for situations or events.

Reflexiones bioéticas sobre la humanización de las unidades de cuidados intensivos en México

Bioethical reflections on the humanization of the intensive care units in Mexico

Octavio Márquez-Mendoza^{1*}, Nancy Caballero-Reynaga¹, Neri Islas-Palacios²
y Ma. del Rosario Guerra-González¹

¹Instituto de Estudios sobre la Universidad, Universidad Autónoma del Estado de México; ²Servicio de Medicina Interna, Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos. Edo. de México, México

Resumen

Antecedentes: Las unidades de cuidados intensivos (UCI) son percibidas como espacios sombríos y solitarios, donde los pacientes experimentan gran dolor. La crisis sanitaria, agravada por la COVID-19, ha resaltao problemas en la medicina crítica como la financiación, infraestructura, falta de personal y deshumanización. **Objetivo:** Plantear dichas problemáticas y reflexionar sobre alternativas que logren transformar la manera en cómo son concebidas estas áreas hospitalarias desde una perspectiva bioética. **Método:** Análisis hermenéutico de distintas teorías en torno a principios bioéticos, así como de otros artículos científicos y datos estadísticos de acceso público; texto cualitativo que expone la situación actual de las UCI y reflexiona sobre los desafíos que se enfrentan en México. **Resultados:** Necesidad de humanizar las UCI y resignificarlas como lugares para la salvaguarda de la dignidad de la vida de todos los involucrados desde una perspectiva bioética. **Conclusión:** Es crucial cambiar la percepción de las UCI; el proyecto Humanizando los cuidados intensivos (HU-CI) es una alternativa para los hospitales mexicanos: promueve no solo la salud sino también la dignidad humana en el cuidado médico. Comprender que el trabajo en las unidades de terapia intensiva involucra a paciente, médico y familia es esencial para acompañar en este trance a aquel que así lo necesite.

Palabras clave: Bioética. Unidades de cuidados intensivos. Ética biomédica. Dignidad.

Abstract

Background: Intensive Care Units (ICUs) are perceived as gloomy and lonely spaces, where patients experience great pain. The health crisis, exacerbated by COVID-19, has highlighted issues in critical medicine such as funding, infrastructure, staff shortages, and dehumanization. **Objective:** To address these problems and

*Correspondencia:

Octavio Márquez-Mendoza

E-mail: octavio-mar@hotmail.com

Fecha de recepción: 06-08-2024

Fecha de aceptación: 13-11-2024

DOI: 10.24875/BUP.24000009

Disponible en internet: 14-03-2025

BIOETHICS UPdate 2025;11(1):4-19

www.bioethicsupdate.com

2395-938X / © 2024 Centros Culturales de México, A.C. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

*reflect on alternatives that can transform the way these hospital areas are conceived from a bioethical perspective. **Method:** Hermeneutic analysis of different theories around bioethical principles, as well as other scientific articles and publicly accessible statistical data; a qualitative text that exposes the current situation of ICUs and reflects on the challenges faced in Mexico. **Results:** The need to humanize ICUs and re-signify them as places for safeguarding the dignity of life for all involved from a bioethical perspective. **Conclusion:** It is crucial to change the perception of ICUs; the Humanization of Intensive Care Units (HU-CI) project is an alternative for Mexican hospitals: it promotes not only health but also human dignity in medical care. Understanding that work in intensive therapy units involves the patient, doctor, and family is essential to accompany those in need through this ordeal.*

Keywords: Bioethics. Intensive care units. Biomedical ethics. Dignity.

Presentación

En diciembre de 2019 se identificaron los primeros casos de una nueva enfermedad causada por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2) en la ciudad de Wuhan, China. Bastó solo un mes para que en enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarara a la COVID-19 como una pandemia. Se avistaba un panorama muy lejano para los habitantes de países como México, quienes confiaban en que se trataría de un periodo breve de confinamiento y que, en realidad, no significaría una gran modificación de sus estilos de vida.

Tres años pasaron para que el Dr. Tedros Adhanom Gebreyesus, director general de la OMS en ese momento, declarara el fin de la pandemia, la cual dejó tras de sí al menos 7 millones de muertes a nivel global¹; los últimos datos al respecto señalan que la COVID-19 ha causado, al 2024, la muerte de casi 15 millones de personas en todo el mundo y, que si bien ya no se trata de una emergencia sanitaria, la realidad es que continúa afectando la salud en distintos países, sobre todo en aquellos en los que no se cuenta con los recursos sanitarios básicos o aquellos en los que las políticas públicas de salud no dan relevancia a la prevención y tratamiento².

La COVID-19 no ha sido la única crisis de salud que ha enfrentado la humanidad, pero sí resulta ser el ejemplo más cercano que se tiene sobre cómo la ciencia y la tecnología son capaces de avanzar de manera inmediata ante la necesidad de prolongar la vida. El papel de las unidades de cuidados intensivos (UCI) ha sido crucial, puesto que son el sitio en donde convergen tecnologías y experiencia médica en aras de hacer frente a enfermedades que ponen en peligro la vida.

El presente artículo reflexiona sobre las UCI desde una mirada bioética que pretende esclarecer hacia dónde se deben dirigir los esfuerzos tanto científicos como técnicos para la dignidad de la vida de enfermos graves. Para tales efectos, en el primer apartado se expone una breve reseña histórica sobre el origen de la terapia intensiva y las necesidades que motivaron su creación. En un segundo momento se establecerán algunas acotaciones en cuanto a quiénes son los pacientes que deben, desde la bioética y la medicina, ingresar a cuidados intensivos; los parámetros bioéticos bajo los cuales se brindó o no atención a estos enfermos en México y la relación de las responsabilidades del Estado con la falta de recursos que presentan estas áreas médicas hoy en día. Al respecto, se aborda asimismo en esta sección la relación médico-paciente-familia, en la cual se exploran las dificultades que enfrentan los especialistas ante la falta de reconocimiento

social, las extensas jornadas de trabajo y la falta de garantías laborales que les son brindadas por parte de las instituciones gubernamentales, entre otras.

Por último, este artículo propone la urgente humanización de los cuidados intensivos como piedra angular para enfrentar temas que la medicina crítica y las políticas en torno a ella tienen aún pendientes; para tal propósito se presenta la iniciativa internacional proyecto HU-CI (Humanizando los cuidados intensivos) como punto de partida.

La metodología utilizada para elaborar este artículo es un análisis hermenéutico del discurso de distintas teorías en torno a principios bioéticos, así como de otros artículos científicos y datos estadísticos de acceso público. Este texto, de corte cualitativo, tiene como objetivo exponer la situación actual de las UCI, particularmente detonar la reflexión sobre los desafíos que enfrentan en México como instituciones de salud, pero también en cuanto al personal que labora en ellas, los pacientes admitidos y el papel de la familia en la recuperación del paciente. A partir de ello, y del marco teórico presentado, se proponen diversas estrategias que abonen a la humanización de la infraestructura, organización y mantenimiento de estas áreas hospitalarias, además se subraya el papel del Estado para lograr el alcance de estos objetivos.

Durante la pandemia muchos enfermos no tuvieron la oportunidad de acceder a alguna UCI, ya sea por falta de espacio o carencia de especialistas suficientes; otros pacientes fallecieron en estas áreas en soledad, sin su familia y agonizaron de manera ansiosa, depresiva y deshumanizada. En México se calcula que hubo 808,619 muertes en exceso, es decir, «personas que fallecieron por COVID-19 como las provocadas por la desatención de otros padecimientos, la saturación de los sistemas de salud y otros efectos secundarios [...], defunciones por encima de lo esperado en condiciones normales»³. Reflexionar sobre la función de las unidades de terapia intensiva (UTI) permitirá aprender de los errores cometidos en el pasado, para no repetirlos en el futuro y, con ello, honrar la dignidad de la vida.

Revisión histórica: unidades de cuidados intensivos y bioética

La historia sobre el surgimiento de las UCI requiere de una óptica multidisciplinaria: historia, geopolítica, tecnociencia y, por supuesto, bioética. Con respecto a esta última, es posible considerar que el nacimiento de esta rama de la ética es muy cercano a la medicina crítica, lo cual dista mucho de ser una casualidad. La terapia intensiva surge como tal en cuanto fue posible sustituir funciones vitales por avances tecnológicos; una insuficiencia cardíaca, la pérdida de un riñón, enfermedades del hígado, ya no supusieron una muerte inminente, por el contrario, se convirtieron en padecimientos que la tecnología y la ciencia fueron capaces de tratar. Al respecto del nacimiento de ambas disciplinas, tanto medicina crítica como bioética, Gracia⁴ reflexiona: «El nacimiento de la medicina intensiva ha supuesto un cambio conceptual de enormes consecuencias en medicina. El viejo concepto de “muerte natural” ha ido perdiendo poco a poco vigencia, sustituido por el de “muerte intervenida”». Y aquí es donde comenzaron los problemas éticos ¿Quién tiene que decidir si se interviene o no? ¿A quién corresponden estas decisiones de las que dependen la vida y la muerte de las personas? Esta fue una de las más acuciantes cuestiones, si no la más, que dio origen al nacimiento de la nueva bioética.

Cuanto mayor poder decisivo se tenga sobre otra persona, más necesaria se convierte una disciplina que oriente esa toma de decisiones de manera que se antepongan siempre valores que cuiden de los otros en todos los aspectos, física, mental, emocional e, incluso, espiritualmente. La búsqueda por una nueva área del conocimiento que ayudara a equilibrar el poder de las ciencias sobre la vida, pretendió anteponer al humanismo como aliciente y a la vez frenó los efectos científicos y tecnológicos. Sánchez define la bioética como «un estudio interdisciplinario de los problemas suscitados por el conocimiento científico y por el poder tecnológico que tenemos sobre la vida»⁵.

La medicina tuvo avances insospechados a partir de la segunda mitad del siglo xx; nunca se había tenido la facultad de evitar una muerte casi segura a causa de enfermedades poco conocidas, fallas orgánicas o incluso guerras. Desde siglos pasados, la humanidad ha tenido la necesidad de atender padecimientos, accidentes, heridas y prolongar la vida. Por ejemplo, en 1854 Florence Nightingale hizo una distinción entre heridos graves de otros que solo requerían curaciones básicas durante la Guerra de Crimea, con lo cual logró disminuir dramáticamente la tasa de mortalidad del 40 al 2%. Otro ejemplo puede encontrarse en 1950, cuando el anestesiólogo Peter Safar consideró que debían separarse a enfermos graves en una UCI para mantenerlos ventilados y sedados. La sencilla decisión de separar pacientes críticos de otros que no requerían atención continua, marcó el inicio de una nueva área médica⁶.

Fue entre los años 1947 y 1952, uno de los periodos epidémicos de poliomielitis, cuando se marcó un parteaguas en la atención de los enfermos en riesgo de muerte: el desarrollo de respiradores mecánicos. Gherardi⁷ lo narra de la siguiente manera:

«Un episodio fortuito y desgraciado para la humanidad como lo fue la epidemia de poliomielitis a mediados del siglo xx aceleró el desarrollo de respiradores mecánicos para su uso en casos que no necesitaban anestesia, ya habitual en ese tiempo. Este avance tecnológico permitió la aparición de la ventilación mecánica, no solamente como ayuda indispensable para los afectados por esta infección, que ataca el centro respiratorio bulbar (en el sistema nervioso central), sino para la asistencia de todo paciente grave y con peligro de muerte con insuficiencia respiratoria. [...] La posibilidad de tener “respirado” a un paciente, con un aparato mecánico que desde fuera de su cuerpo impulsa aire enriquecido con oxígeno dentro del pulmón, durante un tiempo prolongado, días o semanas, cambió sustancialmente el tipo de paciente grave susceptible de ser tratado en una sala de internación».

Otros tratamientos que impulsaron la creación de las UCI como las conocemos hoy en día son la resucitación cardiopulmonar, el tratamiento eléctrico de las arritmias cardiacas, procedimientos de diálisis renal, cirugías cardiovasculares con corazón parado o el abordaje de distintos traumas causados por los cambios en los hábitos de las sociedades del mundo, o bien a causa de las guerras. Finalmente, se puede considerar a la trasplantología un momento hito en cuanto a avances tecnológicos en medicina se refiere. Esto, aunado al uso de la inteligencia artificial, da como resultado la aplicación de la tecnociencia médica como la alternativa más exacta y perfecta para el paciente grave.

Bajo este contexto surge también un nuevo estadio en el curso de los padecimientos y, por ende, de las áreas hospitalarias. Anteriormente existían dos áreas: urgencias e internación. El paciente

grave permanecía en la sala de guardia para la emergencia y por lo general, si su padecimiento era agudo, muy probablemente solo quedaba esperar el desenlace. La nueva sala de cuidados intensivos permitió separar a estos pacientes del resto y proporcionarles un espacio previamente preparado para la atención urgente y constante de especialistas; la muerte dejó de ser su única alternativa y ahora el restaurar la salud de enfermos críticos era posible⁷.

Con las UCI también nació un modo diferente de entender y ejercer la medicina del paciente en estado crítico: se confrontaron los conceptos de vida y muerte, calidad de vida y bien morir. Cuantos más avances médicos se obtuvieron, mayor fue la necesidad de la bioética, pues si bien se consideraba un milagro el poder prolongar la vida de pacientes que en siglos anteriores hubieran muerto, los procedimientos, secuelas, tratamientos o investigación requerían de una mirada crítica que alumbrara aquellas interrogantes aún sin abordar.

¿El fin de prolongar la vida de los pacientes justifica los medios empleados para lograrlo? Para responder a esta y otras cuestiones, es importante comprender qué son las UCI fuera del imaginario social y cuál es su funcionamiento, quiénes son los profesionales de la salud que laboran en ellas y cuál debe ser la relación de estos con los enfermos y sus familias.

Acotaciones sobre las unidades de cuidados intensivos

Se habló sobre cómo la tecnociencia transformó el paradigma médico y amplió sus alcances al tratar a enfermos en estado crítico. Hoy la bioética pretende también cambiar la forma de entender la medicina, ya no únicamente desde lo que esta puede lograr frente a los padecimientos, sino con respecto a la manera de tratar a los pacientes. Para comprender las áreas en las que la bioética debe intervenir, es necesario detallar el tipo de enfermos que acuden a una UCI, cómo es esta área hospitalaria, el rol esperado de los especialistas del siglo XXI y su relación con el paciente y sus familias.

¿Quiénes son los pacientes?

Dado que los pacientes que ingresan a las UCI se encuentran en estado crítico y la probabilidad de fallecimiento es alta, se tiende a confundir al paciente grave con el paciente terminal. Para comprender la razón de ser de las UTI y su funcionamiento bioético, es importante distinguir entre ambos casos.

De acuerdo con Aguilar y Martínez⁶, un paciente crítico es: “[...] aquel que presenta alteraciones fisiopatológicas que han alcanzado un nivel de gravedad tal que representan una amenaza real o potencial para su vida y que al mismo tiempo son susceptibles de recuperación». Por lo tanto, hay cuatro características básicas que definen al paciente crítico:

- Enfermedad grave.
- Potencial de revertir la enfermedad.
- Necesidad de asistencia y cuidados de enfermería continuos.
- Necesidad de un área tecnificada.

Como se ha revisado en el primer acápite, las UCI surgen a partir de la necesidad de atender a pacientes cuya situación de salud comprometía el funcionamiento de órganos vitales, poniendo en riesgo su vida. Al tratarlos mediante diversas técnicas estos pacientes mejoran, por lo cual se comprende que requieren de vigilancia médica constante. Por otro lado, «El paciente con enfermedad terminal o muriente se refiere siempre a una enfermedad letal. Este término debería aplicarse solo a aquellos enfermos en quienes la experiencia indica que debieran morir en un plazo de tiempo relativamente corto, medido en semanas más que en meses o años»⁷.

Resulta crucial distinguir perfectamente ambos casos, asunto que no es sencillo para el médico intensivista, ya que, además del conocimiento médico y la experiencia, debe tomar en cuenta los principios bioéticos propuestos por Beauchamp y Childress: «autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia»⁵. Si bien algunas críticas al principialismo de estos autores señalan que se trata de recomendaciones muy generales que no atienden las características propias de cada caso y que interrelacionarlos resulta complicado, es meritorio reconocer que dicha generalidad permite aplicarlos con cierta flexibilidad en relación con el caso que se aborde.

Al ingresar a un enfermo crítico a alguna UCI se le debe tratar con la consideración de que se encuentra ahí para tratar, por todos los medios posibles, de salvar su vida; aun cuando el paciente puede encontrarse grave, existe en el diagnóstico una clara posibilidad de restituir su salud y, con ello, la mayoría de sus capacidades físicas y mentales. Al existir la probabilidad de salir adelante de su padecimiento, el aplicar distintas terapias, medicación y soportes no implica un empecinamiento terapéutico entendiéndolo como: «persistencia o terquedad en la aplicación de medidas terapéuticas extraordinarias, las cuales pueden beneficiar a algunos enfermos, pero en otros son “fútiles” al no proporcionar ningún beneficio»⁸.

Una responsabilidad del médico tratante al ingresar a un paciente en terapia intensiva radica en la observación y análisis constante del estado del paciente; la situación de salud debe tener probabilidades de ser reversible en aras de seguir con los principios bioéticos. Por lo general, los tratamientos y procedimientos aplicados en las UCI suelen ser invasivos, por lo cual se espera que la estadía de estos enfermos sea lo más breve posible. De acuerdo con Gherardi: «Lo importante será que, a pesar de las dificultades cotidianas en cada caso, no se llegue al olvido de la naturaleza de estas salas que habiendo nacido para la restauración de la vida casi perdida, no se transformen en una obligada estadía previa a la muerte»⁷.

Desde la bioética es importante resignificar a las UCI al recuperar su objetivo: restaurar la salud y salvar la vida. El imaginario social plantea que dichas áreas están destinadas para la muerte; este tipo de creencias no son positivas para el paciente, quien vive con angustia su ingreso asumiendo que pronto va a morir y, por otro lado, insta a que familiares y médicos prolonguen la vida de enfermos que sufren y que en realidad han perdido la posibilidad de recuperar la salud.

¿Cómo son las unidades de cuidados intensivos en México?

A nivel internacional, existen guías donde se describen las características que deben tener las UCI en los hospitales; en México, las directrices que establecen la infraestructura básica, así como su organización, equipamiento, funcionamiento y la definición de los profesionales y técnicos que

brinden servicio médico en estas áreas está estipulado en la Norma Oficial Mexicana (NOM) nom-025-ssa3-2013, para la organización y funcionamiento de las UCI⁹.

Para efectos del presente texto, se analizarán las características prácticas de las UTI. En la República Mexicana, todos los hospitales que cuenten con una UCI deberían tener capacidad para atender a los pacientes que requieran de este servicio médico, sin embargo en casos extremos como fue la pandemia por COVID-19, no sucedió así. Mientras en el pasado se confió en que la salud pública del país tenía como base la justicia social (mismas oportunidades y servicios para todos), en momentos de extrema urgencia se demostró que los objetivos de la cotidianidad pueden cambiar; ejemplo de lo anterior es la *Guía bioética para asignación de recursos limitados de medicina crítica en situación de emergencia*, creada en el mes de abril de 2020 como un intento de reformular los parámetros bioéticos que las normas internacionales y nacionales disponían, pero que no podían ser del todo aplicables en medio de una crisis sanitaria sin precedentes. En el presente artículo y en primera instancia, se hace referencia a la primera versión del texto, el cual presenta serias áreas de oportunidad; sin embargo, fue el documento bioético que orientó la toma de decisiones iniciales en muchos centros de salud. La guía establece una diferencia clara:

“[...] Un principio de la justicia social es que todas las personas tienen el mismo valor. [...] En la práctica de la salud pública lo anterior se traduce en un principio de no exclusión. Esto quiere decir que por principio todas las personas son candidatas para recibir atención de la salud. Características como: edad, sexo, afiliación política, discapacidad y riqueza no excluyen a ningún paciente de ser candidato para recibir atención médica. Ahora, si la salud pública tiene el objetivo de mejorar la salud de la población y cada persona dentro de ella cuenta por una, esto nos lleva a concluir, en un primer momento, que el objetivo de la salud pública durante una emergencia de salud pública es doble: tratar el mayor número de pacientes y salvar la mayor cantidad de vidas»¹⁰.

Atender a más pacientes y salvar a la mayoría requiere de una doble evaluación durante tiempos de crisis en las UCI: por un lado, considerar qué tantas posibilidades tienen un paciente de aliviarse y sobrevivir con la mayor calidad de vida posible y, por otro, la cantidad de tiempo que el paciente deberá recibir el soporte. En este sentido, durante una emergencia sanitaria se elegirá a la persona más joven, con menos comorbilidades, o cuyo padecimiento aún no llegue a niveles de alta gravedad. Una versión bastante utilitarista sobre el valor de una vida.

Otro aspecto por analizar sobre las recomendaciones que hace la mencionada guía es sobre la posibilidad de otorgar la atención a dos pacientes con características similares, ¿a quién se elige? ¿Cuál criterio debe prevalecer en casos en los cuales ambos enfermos tienen prácticamente las mismas posibilidades?, el texto propone: «La manera aceptada de asignar recursos escasos cuando nos encontramos en situaciones donde los pacientes son similares es seleccionar al azar»¹⁰. Esta alternativa continuó siendo defendida incluso en una edición posterior y revisada¹⁰ del documento: la solución bioética fue dejar a la suerte la atención médica de pacientes con similares posibilidades de sobrevivir pero que, por falta de infraestructura, medicamentos, instrumentos o especialistas, no podían ser atendidos simultáneamente; prácticas como sorteos o loterías se indican para llevar a cabo la decisión.

En cuanto al contraste existente entre instituciones de salud pública y privada, el costo de atención varía considerablemente, siendo este aspecto el decisivo entre ser atendido por un organismo

gubernamental o privado. Más adelante se detalla el costo por día de atención en las UCI pertenecientes a instituciones públicas y se reflexiona al respecto.

Un acontecimiento como la pandemia implica situaciones extremas en donde todas las instituciones gubernamentales e, incluso privadas, se vieron sobrepasadas, muchas vidas que tenían posibilidades de salvarse se perdieron por falta de insumos y profesionales. La bioética pospandemia debe reflexionar sobre aquellas vidas que se perdieron en exceso ¿Qué acciones deben llevar a cabo los Estados a partir de esta experiencia? ¿Cuáles deben ser los criterios de atención en las UCI en futuras urgencias? Si esta experiencia se repite, en un futuro resultará inaceptable la pérdida de personas por no llevar a cabo acciones decididas sobre lo que faltó en ese momento y que ahora, debe mejorarse.

En contraste a los parámetros anteriormente expuestos y con el fin de construir un marco de criterios apegados a la bioética, deben tomarse en cuenta aspectos orientados a proveer de atención médica a enfermos críticos. De acuerdo con Sánchez⁵, estos factores pueden agruparse en cuatro: «1. Uso de índices cuantificables [...] 2. Peticiones y deseos del paciente [...] 3. Indicaciones, contraindicaciones y criterios del médico [...] 4. Justicia distributiva de los recursos».

– En cuanto al primer punto, el autor se refiere a factores que en medicina pueden medirse de acuerdo con distintos índices que califican un conjunto de sintomatología y se centran exclusivamente en el estado físico del paciente, su gravedad y esperanza de vida⁵.

Existen distintos índices que evalúan distintas variables fisiológicas como la consciencia, la gravedad de la enfermedad, su riesgo de muerte, el peligro de morir relacionado con comorbilidades, el funcionamiento sistémico y el esfuerzo terapéutico, entre otros. Algunos de estos marcos evaluativos son la Escala de coma de Glasgow, APACHE (*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*), SAPS (*Simplified Acute Physiology Score*), índice de Charlson, SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment*), MPM (*Mortality Prediction Model*), TISS (*Therapeutic Intervention Score System*), etc.¹¹

– En cuanto a las peticiones y deseos del paciente (el segundo punto), el autor los desarrolla refiriéndose a las voluntades expresas o no de los enfermos previo a un estado crítico y los tratamientos especiales que pueden llegar a necesitar. En México este tipo de especificaciones por parte de los pacientes se conocen como «voluntad anticipada»; a la fecha en la que se escribe el presente artículo, solo 14 estados de la república han legislado al respecto: Ciudad de México, Coahuila, Aguascalientes, San Luis Potosí, Michoacán, Hidalgo, Guanajuato, Guerrero, Nayarit, Estado de México, Colima, Oaxaca, Yucatán y Tlaxcala; en el resto del país aún no está legalizado que un enfermo disponga del tipo de cuidados que recibir en casos de etapas graves o terminales. Es menester no confundir la voluntad anticipada con la eutanasia. La Ley de voluntad anticipada de la Ciudad de México¹² la define de la siguiente manera:

«Artículo 1. La presente ley es de orden público e interés social, y tiene por objeto establecer las normas para regular el otorgamiento de la voluntad de una persona con capacidad de ejercicio, para que exprese su decisión de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando se encuentre en etapa terminal y, por razones médicas, sea imposible mantenerla de manera natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona.

A diferencia de la eutanasia, cuyo objetivo es dar fin de forma deliberada a la vida del paciente, la voluntad anticipada promueve el acompañamiento del enfermo en la etapa culminante de su enfermedad a partir de tratamientos paliativos que no prolonguen su sufrimiento pero que alivien los malestares propios de su padecimiento. Por lo regular, la voluntad anticipada se prevé en casos de enfermedades crónicas, degenerativas e incurables, sin embargo cualquier persona dentro de sus capacidades mentales puede solicitar ante un notario la redacción del tipo de tratamiento que desea recibir en estos casos».

En cuanto a la población que más se preocupa por realizar este trámite, se estima que «El 60% de las solicitudes de voluntad anticipada son firmadas por personas que tienen de 61 a 80 años, y el 64% de las personas que otorgan su voluntad anticipada son mujeres»¹³.

Así como se argumenta en el presente texto que no debe escatimarse la atención médica del paciente crítico en las UCI a causa de escasez de recursos, también se aboga porque el tratamiento recibido no exceda la esperanza de vida y la dignidad de este.

- El tercer punto que señala Sánchez⁵, indicaciones, contraindicaciones y criterios del médico, se refiere a los criterios bioéticos que el médico debe tomar en cuenta para evitar el empeoramiento terapéutico, el cual ha sido ya definido en un apartado anterior.
- El cuarto criterio de toma de decisiones críticas que aporta el autor⁵, justicia distributiva de los recursos, se refiere a dos actores clave en cuanto a la responsabilidad de administrar los recursos y a dos métodos de selección:
 - Recursos:
 - Macrodistribución de recursos sanitarios. Corresponde al gobierno, las administraciones y los gestores, que determinan los presupuestos sanitarios y dictan normas de reparto y uso.
 - Microdistribución de recursos clínicos. Corresponde a los médicos que toman decisiones sobre enfermos particulares.
 - Selección:
 - Triage.
 - Selección de enfermos para ingreso y alta.

La *Aprobación de los costos unitarios por nivel de atención médica actualizados al año 2024* del Diario Oficial de la Federación¹⁴ expresa que un día de atención en terapia intensiva tiene un costo de \$74,584 pesos mexicanos (alrededor de \$3,970 dólares estadounidenses conforme al tipo de cambio de julio de 2024). El costo de este tipo de tratamiento es muy elevado para el general de la población mexicana; y debe tomarse en cuenta que el costo estimado corresponde a instituciones de salud pública, en el caso de las instituciones privadas, la tarifa rebasará la cifra anterior. Por lo anterior, resulta indispensable que la toma de decisiones sobre el ingreso o no a una UCI se lleve a cabo bajo criterios bioéticos en cuanto a la salud del paciente y su esperanza de vida. Ante una crisis de salud, es importante decidir a quién se designan los recursos para el tratamiento y a quién no, sin que esto suponga elegir de manera utilitarista, como ya se observó en párrafos anteriores, por el contrario, considerando valores universales de dignidad humana y respeto por la vida.

Resulta común pensar que la única crisis sanitaria que México ha experimentado fue la causada por la COVID-19, sin embargo hay emergencias sanitarias que deben atenderse a diario y para las cuales tampoco se cuenta con recursos suficientes. Las 10 principales causas de muerte en

el país son, en orden de incidencia¹⁵: enfermedades del corazón, diabetes *mellitus*, tumores malignos, COVID-19, enfermedades del hígado, enfermedades cerebrovasculares, accidentes, agresiones (violencia), influenza y neumonía, y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas. Como puede constatar, existe una prevalencia en enfermedades que no tienen relación con la pandemia pero que provocan más pérdidas humanas que el propio SARS-CoV-2. Existe una emergencia sanitaria constante en territorio mexicano y en el mundo.

Ante este escenario vale la pena reflexionar, ¿se recurrirá a las mismas recomendaciones bioéticas utilizadas durante la epidemia mundial para los pacientes graves de otras enfermedades?, ¿qué se necesita para incrementar los recursos de atención crítica sanitaria?, desde un punto de vista ético ¿qué debe primar: la utilidad para la mayoría o la justicia distributiva para todos?

En entrevista, Adela Cortina habló sobre la función de la ética en la vida de las personas, los países y la educación: «La ética sirve para ahorrar. Ahorra dinero, ahorra tiempo y, sobre todo, ahorra sufrimiento humano» afirmó la filósofa¹⁶. La crisis financiera hospitalaria que se expuso durante la COVID-19 no es más que la punta del iceberg en cuanto a las irregularidades que imperan en el sector salud mexicano por falta de ética. Parámetros como decidir que el paciente que haya llegado primero obtendrá la atención o sorteos para decidir entre uno y otro fueron las últimas alternativas a las que médicos e instituciones tuvieron que llegar a falta de recursos que el Estado debió prever y proveer con anterioridad. La falta de recursos es injustificable y el abandonar a un paciente por esta causa no debe repetirse; como refiere la filósofa, la falta de ética en el sector salud es costosa en vidas humanas.

Relación médico-paciente-familia en las unidades de cuidados intensivos

La realidad de la carencia de la medicina crítica en México alcanza no solo a los pacientes; los médicos tratantes durante la pandemia también se vieron afectados. Tres de los principales obstáculos que el rubro sanitario de terapia intensiva tuvo que enfrentar fueron: la falta de equipo de protección personal (EPP), la escasa atención psicológica y un gremio insuficiente en cantidad. En la actualidad, los médicos intensivistas son el recurso más valioso con el que cuentan los países para hacer frente a pandemias y epidemias tanto víricas como no transmisibles, sin embargo las condiciones bajo las cuales laboran les presentan obstáculos que terminan por desequilibrar o incluso romper la tríada ideal para el tratamiento: paciente, médico y familia.

Anteriormente se mencionó la invalidez en los argumentos que justifican la falta de atención a pacientes graves a causa de escasez de recursos; ningún paciente debería ser abandonado por estas razones. Por otra parte, durante la pandemia en México se evidenció la negligencia en cuanto a proveer a los médicos y personal de salud del EPP necesario. Desde una perspectiva bioética, si bien el galeno debe cumplir con honor el juramento hipocrático en cuanto a la atención de los enfermos, por otra parte el riesgo que puede implicar para su salud el hacerlo sin el material adecuado que lo proteja es una justificante suficiente para no hacerlo. La responsabilidad en este sentido recae enteramente en los gobiernos. Tudela, de los Ríos y Hernández¹⁷ afirman: «Cabe decir que si llegara a suceder el caso, como sucedió en México, de que muchos profesionales no contaban con el equipo de protección adecuado, se podría justificar la falta de atención, pero solo

transitoriamente, y debería reanudarse tan pronto se consiga el equipo necesario. Ahora bien, las autoridades y el Estado, por su parte, deben tener la responsabilidad de proveer los insumos necesarios a los sanitarios para que puedan cumplir cabalmente con sus funciones».

No se trata de un tema menor la responsabilidad de velar por la seguridad física, psicológica e incluso espiritual de los médicos de terapia intensiva, tanto en lo cotidiano como en situaciones emergentes. Durante la pandemia en México hubo un exceso de muertes de personal de salud precisamente por la falta de EPP. De acuerdo con un estudio realizado por *The Lancet*¹⁸: “[...] 97,632 trabajadores mexicanos de la salud se infectaron entre el 28 de febrero y el 23 de agosto, según la Organización Panamericana de la Salud. El 2 de septiembre, la directora de la organización, Carissa Etienne, informó que una encuesta reveló que casi la mitad de los trabajadores de la salud en México no recibieron equipo de protección personal (EPP) en el trabajo. Un informe del 3 de septiembre de Amnistía Internacional señaló que más trabajadores mexicanos de la salud habían fallecido por COVID-19 (1,320) que en cualquier otro país».

A partir de la grave situación de contagio entre los trabajadores hospitalarios, la sociedad mostró dos distintas reacciones culturales: elogio por su heroísmo y, desgraciadamente, otro sector de la población respondió con agresiones físicas, verbales o mixtas motivadas, entre otras cosas, por el miedo al contagio, la desinformación y bulos en los medios de comunicación. En México se dio un incremento a la ya de por sí existente violencia contra médicos y personal de salud; actos como grupos de personas intentando quemar hospitales, arrojar bebidas calientes o incluso cloro fueron algunos de los que se evidenciaron¹⁹.

Las distintas formas de discriminación y violencia, las largas jornadas laborales, el estrés y depresión derivado de la pérdida de una gran cantidad de pacientes; así como las presiones económicas y el miedo al contagio o incluso muerte, fueron algunos de los factores que hicieron patente la necesidad de atención psicológica para los médicos en terapia intensiva. No se trata de fomentar el cuidado mental y emocional de los especialistas únicamente en periodos de pandemia o emergencia, sino a lo largo de toda su formación y ejercicio profesional.

Humanización de las unidades de cuidados intensivos. Temas pendientes

Las UCI han logrado a lo largo de su historia elevar la supervivencia de los pacientes de forma drástica gracias al avance científico y tecnológico, pero, por otra parte, las presiones económicas, sociales y culturales en torno a este estadio de la vida-enfermedad han provocado una deshumanización tal que se las han llegado a calificar como «sucursales del infierno»²⁰. Ante tal afirmación surge la pregunta: ¿cómo es una sucursal del infierno?

Seguramente tal afirmación se refiere a aquello que muchos conocen o creen que son las UCI, ya sea de primera mano o por experiencias ajenas: incomunicación de la familia con el paciente e información limitada recibida por el personal sanitario, lugares de atención restringidos, el enfermo en total soledad, médicos con tan alta demanda laboral que apenas tienen tiempo de personalizar su atención, contacto cero del paciente con otros factores estimulantes como música, arte o naturaleza, ausencia de apoyo emocional y/o espiritual, entre muchas otras que pueden

sumarse a esta lista. Paciente, médico y familia se han despersonalizado y, por tanto, alejado de una base bioética para su funcionamiento humano.

¿Hacia dónde deben dirigirse los esfuerzos para que las UCI se humanicen? Como ya se ha mencionado, es menester el aumento de presupuestos por parte del Estado e instituciones para que los hospitales que cuentan con este tipo de atención sean capaces de brindar atención a quien lo requiera, pero no solo eso, también se requiere transformar la concepción del espacio físico, de las condiciones de trabajo de los profesionales que la integran, las atenciones al paciente y la inclusión de sus familiares en el proceso.

La OMS señala que «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»²¹. Si bien los pacientes que se ingresan en terapia crítica es por la urgente atención que demanda su estado físico, no es solo ese aspecto el que deben perseguir los tratamientos y el acompañamiento que tanto profesionales, familiares e incluso la infraestructura deben procurar. Las UCI han evolucionado velozmente a lo largo de los últimos 50 años gracias a los avances tecnológicos y científicos, por tanto, a los médicos se les ha formado con énfasis en la atención biomédica, pero se han dejado de lado habilidades cruciales que fomentarían de manera integral la recuperación y salud de sus pacientes: comunicación, empatía, justicia, solidaridad, bienestar, libertad o tanatología son solo algunas de ellas. Es momento de que la medicina crítica progrese de la mano de la ciencia y la tecnología con un énfasis en el fomento de los derechos humanos y postulados bioéticos.

De acuerdo con Bermejo²², humanizar es todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emotivo, social y espiritual. Esto reclama la dignidad intrínseca de todo ser humano y los derechos que de ella derivan, convirtiéndose en una necesidad de vital importancia y trascendencia, por lo cual no pueden ser solo buenas iniciativas, sino un compromiso genuinamente ético con la vulnerabilidad humana que genere salud y acompañe en el sufrimiento.

Todos los que forman parte de las UCI en los hospitales deben asumir ese compromiso del cual habla el autor; la atención médica crítica con base en la dignidad de las personas y su naturaleza holística. Esto se circunscribe al concepto de salud de la OMS y añade, incluso, el componente espiritual.

Humanizar los cuidados intensivos es posible sin descuidar ningún aspecto; se trata de un enfoque que pone en el centro de atención a las personas, en primer lugar, al paciente como un ser humano digno, único e irrepetible; cuida racionalmente de los recursos hospitalarios para que la posibilidad de atender a todos aquellos que lo requieran abarque a toda la población; reconoce la importancia de incluir a familiares y seres queridos y los hace parte del proceso de recuperación y, no menos importante, reivindica la vocación y el sentido de la profesión médica en las UCI.

Para atender estos temas pendientes, surge en 2014 el proyecto de investigación internacional HU-CI, cuyos objetivos son: «humanizar los cuidados intensivos; servir de foro y punto de encuentro entre pacientes, familiares y profesionales; difundir los cuidados intensivos y acercarlos a la población en general; y fomentar la formación en habilidades de humanización»²³. El proyecto HU-CI propone ocho líneas de trabajo en las cuales toda unidad de terapia crítica debería actuar hacia una atención más humana; de acuerdo con Heras²⁴, se presenta gráficamente de en la [figura 1](#).

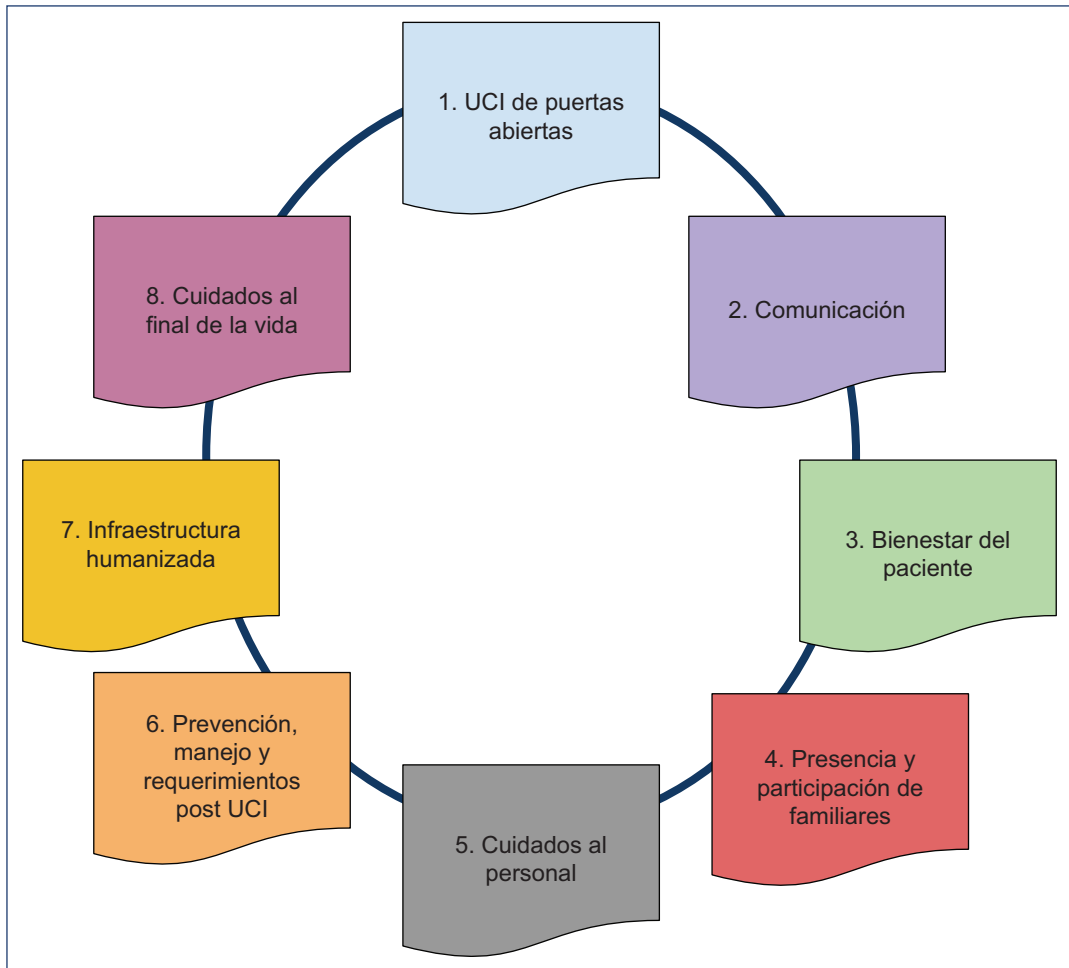


Figura 1. Líneas de investigación proyecto Humanizando los cuidados intensivos (HU-CI). UCI: unidad de cuidados intensivos.

Para efectos del presente artículo, se analizarán las líneas que involucran de manera directa al paciente, médico tratante y familia: UCI de puertas abiertas, comunicación, bienestar del paciente y cuidados al personal.

- El concepto de UCI de puertas abiertas se describe en el proyecto como «flexibilización de los horarios de visita y adecuación a las necesidades individuales»²³. Anteriormente se creía que aislar a los pacientes graves ayudaría a que la atención fuera más ágil por parte de todo el personal médico, se evitarían complicaciones como infecciones y mantendría tranquila a la familia; no obstante, la realidad es que el sufrimiento de enfermos y familiares aumentó y algunos síndromes psicológicos que empeoraban la condición del paciente, se exacerbaban. Gorordo-Delsol, Garduño-López y Castañón-Gonzalez²⁵ afirman: «La integración de los seres queridos a la atención del paciente ha demostrado disminuir la sobreestimulación sensorial, la ansiedad, la depresión, el trastorno de estrés postraumático y el síndrome post-UCI, así como propiciar mejor comunicación, y por tanto, toma de decisiones en beneficio del paciente. Abrir las puertas de la UCI es una medida cardinal en el proceso de humanización de los cuidados intensivos».

Lejos de alterar la dinámica hospitalaria, el acercarse a las familias con sus pacientes, humaniza el proceso: los seres queridos alientan a su familiar, ayudan en sus cuidados, aprenden de sus padecimientos y reduce el riesgo de comorbilidades si estuviese en soledad. Además, que el médico atienda a un paciente que está inmerso en su grupo familiar ayuda a que lo resignifique no solo como un individuo más, sino como un padre, un hijo, una madre...con un rol importante para su círculo cercano y la sociedad.

- La línea sobre comunicación promueve que el flujo de información mejore en tres ámbitos fundamentales: del paciente al equipo médico, entre el grupo de especialistas, del médico tratante y enfermería a los familiares. En este texto se hace énfasis en el primero; muchos enfermos sufren angustia y estrés por no lograr comunicar sus necesidades o incluso síntomas a los profesionales que los atienden. Al respecto, Gherardi⁷ reflexiona: «La relación y el encuentro entre el paciente, su familia y los cuidadores de la salud solo podrán efectivizarse en este ámbito si se cambian los ejes de vinculación entre estos actores esenciales del acto asistencial. Para ello existe consenso en incorporar en la cultura del personal profesional de la salud de los servicios de terapia intensiva algunos de los principios esenciales del cuidado paliativo. Entre ellos sobresale el concepto central de integración de un verdadero equipo de salud, de perfeccionar los canales de comunicación con el paciente y su familia, y la constante preocupación por el alivio de los síntomas y el sufrimiento del paciente. En estos casos, el uso de las nuevas tecnologías y la IA pueden resultar muy benéficos, pues posibilitan a los enfermos a expresar sus malestares o necesidades de cuidado que anteriormente se omitían por falta de un canal adecuado de comunicación, incluso algunos padecimientos pueden llegar a recibir un mejor diagnóstico a partir de la información que el paciente proporciona. Se tiene la creencia de que todos los pacientes que ingresan a UTI están completamente sedados; no obstante, algunos de ellos no se encuentran en estado de completa inconsciencia. Al no proveerles de canales de comunicación que les permitan expresar su dolor o necesidades, aumenta el sufrimiento psicológico, la angustia y el estrés con fuertes impactos a corto, mediano y largo plazo en su calidad de vida.
- Cuidar del bienestar del paciente resulta central bajo el modelo que propone el proyecto HU-CI; se trata de un cambio de paradigma en la manera en cómo se aborda al paciente, más allá de tratarlo como un cúmulo de síntomas se refiere a comprenderlo como un ser holístico e integral. Para ello, se consideran objetivos específicos: «Mejorar y garantizar el confort del paciente, tanto en el aspecto físico, como en el psicológico, el espiritual y el ambiental»²³. Entender las UCI como lugares para fomentar el bienestar y no únicamente la recuperación de la salud del paciente transforma por completo su dinámica; en ella se incluyen actores que antes no se habían considerado alrededor de los esfuerzos terapéuticos: psicólogos, guías espirituales (religiosos o no), estímulos sensoriales y contacto con elementos de la naturaleza, entre otros. La propuesta trata de dinamizar incluso la infraestructura de un área que anteriormente se ha limitado a soporte vital sin considerar todas sus posibilidades.
- Por su naturaleza, las UTI suelen ser sitios en los cuales los profesionales se enfrentan a situaciones límite: si todo va bien, reciben múltiples clases de reconocimientos, pero si no es así, como suele ser, el estrés laboral aumenta. La línea sobre cuidado del profesional atiende las necesidades de los médicos intensivistas a lo largo de su ejercicio profesional; entre sus acciones, resulta de central importancia analizar las situaciones específicas de cada contexto médico y atender los motivos por los cuales pueden llegar a presentar *burnout*.

En el contexto mexicano y durante la pandemia se hizo evidente que el país presenta un déficit de médicos intensivistas; algunos de los factores que propician que sea menor el número de aspirantes a esta rama de la medicina son «las largas jornadas laborales, la elevada carga de trabajo

y la baja remuneración económica comparada con otras especialidades, que la hacen poco atractiva»²⁶. Atender sus requerimientos psicológicos, revisar las jornadas de trabajo y mayores garantías laborales pueden aportar acciones para revertir esta situación. Aun cuando en 2024 se han registrado un mayor número de aspirantes, la realidad es que aún no es suficiente para atender la mitad de las necesidades del país²⁶. Evitar un escenario igual al vivido durante la pandemia en un futuro, depende de las acciones que se emprendan en el presente; humanizar es un paso esencial para alcanzar la justicia, igualdad y dignidad del sistema sanitario.

Reflexiones finales

La crisis pandémica detonó distintas oportunidades de reforma y mejora de los servicios de salud. Actualmente, el mundo aún no está preparado para enfrentar una crisis de similares dimensiones como la que generó la COVID-19. Si bien es un aliciente que más generaciones de médicos y profesionales de la salud egresen de áreas intensivistas, es menester reconocer su labor y garantizar su ejercicio en las ciudades, pero también, fuera de estas, de tal forma que todos puedan contar con atención médica digna en caso de una enfermedad grave. La experiencia que dejó la pandemia debe servir para no repetir los errores cometidos y para revisar, así como perfeccionar, los marcos bioéticos que guíen el actuar en un futuro de tal forma que, como lo indican los Objetivos de Desarrollo Sostenible, no se deje a nadie atrás.

Por otro lado, resulta importante transformar la manera en cómo se conciben las UCI; entender que se tratan de lugares para la preservación de la vida y no para la muerte, es una idea poderosa que puede motivar la implementación de iniciativas como las del proyecto HU-CI en los hospitales mexicanos; esta propuesta pretende ir más allá de únicamente velar por la salud, se trata de que en el proceso también se proteja la dignidad de la vida. Comprender que el trabajo en las UTI involucra a paciente, médico y familia es esencial para acompañar en este trance a aquel que así lo necesite.

Aún quedan desafíos por reflexionar, como los incentivos para que más sedes formadoras atraigan el talento médico, programas de reforma en la infraestructura hospitalaria que fomente las UCI de puertas abiertas, la necesidad de involucrar a especialistas en áreas humanísticas y de ciencias sociales para la atención psicológica, espiritual y religiosa de pacientes, médicos y familia, así como subrayar de manera continua la responsabilidad del Estado para que financieramente exista la voluntad de hacer de las UCI lugares más humanos.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Bibliografía

1. United Nation News. WHO chief declares end to COVID-19 as a global health emergency [Internet]. UN News [citado el 2 de junio de 2024] Disponible en: <https://news.un.org/en/story/2023/05/1136367>
2. BBC NewsMundo. Covid: el número real de muertes por la pandemia en todo el mundo es de casi 15 millones (y qué países de América Latina tienen mayor exceso de mortalidad) [Internet]. BBC NewsMundo [citado el 30 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-61333739>
3. Sepúlveda, J. Informe de la Comisión independiente de investigación sobre la pandemia de covid-19 en México [Internet]. México: Comisión independiente de investigación sobre la pandemia de covid-19 en México 2024 [citado el 1 de junio de 2024] Disponible desde: <https://www.comisioncovid.mx/index.html>
4. Gracia D. Ética de los confines de la vida. Colombia: El Búho; 2003.
5. Sánchez González M. Bioética en ciencias de la salud. España: Elsevier; 2021.
6. Aguilár García C, Martínez Torres C. La realidad de la unidad de cuidados intensivos. Med Crit. 2017;31(3):171-3.
7. Gherardi C. Vida y muerte en terapia intensiva. Estrategias para conocer y participar en las decisiones. Argentina: Biblos; 2007.
8. Gutiérrez Samperio C. ¿Qué es el encamizamiento terapéutico? Cirujano General. 2016;38(3):121-2.
9. Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación [citado el 7 de julio de 2024]. Disponible desde: <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR42.pdf>
10. Guía bioética para asignación de recursos limitados de medicina crítica en situación de emergencia [Internet]. Consejo de Salubridad General [citado el 12 de julio 2024]. Disponible desde: https://interactivo.eluniversal.com.mx/online/pdf-20/PDF-GUIA_Bioetica_FINAL_13_Abril2020.pdf
11. Ichien Barrera D. Eficacia de tres escalas pronósticas de mortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos del HGR no. 20. Med Crit. 2022;36(2):101-6.
12. Asamblea legislativa del Distrito Federal, VI Legislatura. Ley de voluntad anticipada para el Distrito Federal [Internet]. México: Asamblea legislativa del Distrito Federal [consultado el 12 de julio de 2024]. Disponible en: https://congresocdmx.gob.mx/archivos/transparencia/LEY_DE_VOLUNTAD_ANTICIPADA_PARA_EL_DISTRITO_FEDERAL.pdf
13. Rojas R. Ley de voluntad anticipada: Requisitos que se necesitan para su trámite [Internet]. Saludiarario; 2022 [consultado el 11 de julio de 2024]. Disponible desde: <https://www.saludiarario.com/ley-voluntad-anticipada-requisitos/>
14. Aprobación de los Costos Unitarios por Nivel de Atención Médica actualizados al año 2024 [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación [consultado el 30 de abril 2024] Disponible desde: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5639077&fecha=22/12/2021#gsc.tab=0
15. INEGI Estadística de defunciones registradas de enero a junio de 2022 (preliminar) [Internet]. México: INEGI [consultado el 15 de abril 2024] Disponible desde: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/DR/DR-Ene-jun2022.pdf>
16. Cortina A. ¿Para qué sirve la ética? Versión completa [vídeo en Internet, Youtube]. Aprendemos juntos [consultado el 4 de julio 2024] Disponible desde: <https://www.youtube.com/watch?v=HOY0CSVAA4w&t=2s>
17. Tudela Cuenca J, De los Ríos Uriarte M, Hernández González J. Distribución ética de recursos, cuidados paliativos y otros aspectos bioéticos de relevancia en tiempos de pandemia en México. Medicina y Ética [Internet]. 2022;33(2) [consultado el 12 de julio 2024]. Disponible desde: <https://revistas.anahuac.mx/bioetica/article/view/1264>
18. Agren D. Understanding Mexican health worker COVID-19 deaths. Lancet. 2020;396(10254):807.
19. Valdés PR, Cámara LA, de la Serna M, Abuabara-Turbay Y, Carballo-Zárate V, Hernández-Ayazo H, et al. Ataque al personal de la salud durante la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica. Acta Médica Colombiana. 2020;45(3).
20. Alonso-Ovies A, Heras La Calle G. ICU: a branch of hell? Intensive Care Med. 2016;42:591-2.
21. Acerca de la OMS. Preguntas más frecuentes [Internet]. Organización Mundial de la Salud [consultado el 3 de junio 2024]. Disponible desde: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
22. Bermejo J. Humanizar la asistencia sanitaria. Bilbao, España: Desclee de Brouwer; 2014.
23. HUCI. Tenemos un plan...y 160 medidas concretas [Internet]. HUCI [consultado el 24 de junio 2024]. Disponible desde: <https://proyecto-huci.com/es/tenemos-un-plan/>
24. Heras G. My favorite slide: the ICU and the human care bundle [Internet]. NEJM Catalyst; 5 de abril 2018 [consultado el 3 de junio de 2024]. Disponible desde: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.18.0215>
25. Gorordo-Delsol LA, Garduño-López J, Castañón-González JA. Unidad de cuidados intensivos de puertas abiertas: la familia dentro de los cuidados intensivos. Rev Hosp Jua Mex. 2020;87(2):106-8.
26. Álvarez Maldonado P. Escasez de intensivistas en México, respuesta a desastres y el futuro del cuidado intensivo. Med Crit. 2023;37(8):622-3.

Intuition in medicine: enhancing the practice of good clinical reasoning

Intuición en medicina: mejorar la práctica del buen razonamiento clínico

Laura Leondina Campanozzi

Research Unit of Bioethics and Humanities, Campus Bio-Medico University of Rome, Rome, Italy

Abstract

Background: *Intuitions play an important role in clinical reasoning that is particularly significant in the intellectual process of diagnostic hypothesis generation. Gaining insights in its theoretical underpinnings is a way to enhance the understanding and use of clinical intuition, consistent with its importance in medicine.* **Objectives:** *After underscoring the pivotal function of clinical intuitions, the article investigates its defining traits, through an overview of the main philosophical perspectives and illustrative references from the field of science and medicine.* **Methods:** *The Platonic tradition is integrated with the Aristotelian-Thomistic one to provide a more comprehensive and realistic picture of intuition in medical practice.* **Results-Conclusions:** *The view of clinical intuition as a form of intellectual faculty whose subject matter is the particular represents a preliminary step toward future research aimed at identifying those dynamic conditions that can foster the trigger of good intuitions.*

Keywords: *Clinical reasoning. Clinical intuition. Intellectual faculty. Essence. Alogia.*

Resumen

Antecedentes: *Las intuiciones desempeñan un papel importante en el razonamiento clínico, especialmente significativo en el proceso intelectual de generación de hipótesis diagnósticas. Conocer sus fundamentos teóricos es una forma de mejorar la comprensión y el uso de la intuición clínica, en consonancia con su importancia en medicina.* **Objetivos:** *Tras subrayar la función central de las intuiciones clínicas, el artículo investiga sus rasgos definitorios, mediante una panorámica de las principales perspectivas filosóficas y referencias ilustrativas del ámbito de la ciencia y la medicina.* **Método:** *La tradición platónica se integra con la aristotélico-tomista para ofrecer una imagen más completa y realista de la intuición en la práctica médica.* **Resultados-Conclusiones:** *La visión de la intuición clínica como una forma de facultad intelectual cuyo objeto es lo particular representa un paso preliminar hacia futuras investigaciones dirigidas a identificar aquellas condiciones dinámicas que pueden favorecer el desencadenamiento de buenas intuiciones.*

Palabras clave: *Razonamiento clínico. Intuición clínica. Facultad intelectual. Esencia. Alógi.*

Correspondence:

Laura Leondina Campanozzi

E-mail: l.campanozzi@unicampus.it

Date of reception: 28-04-2024

Date of acceptance: 17-05-2024

DOI: 10.24875/BUP.24000006

Available online: 14-03-2025

BIOETHICS Update 2025;11(1):20-30

www.bioethicsupdate.com

2395-938X / © 2024 Centros Culturales de México, A.C. Published by Permanyer. This is an open access article under the terms of the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introduction

Although there is a wide consensus that clinical reasoning is a key competence of the physician¹, there are different theoretical frameworks to describe this construct in literature. For the present research, clinical reasoning can be conceptualized as a multifaceted process encompassing empirical, practical, and cognitive aspects. It comprises a set of skills that allow physicians “to combine and synthesize diverse data into one or more diagnostic hypotheses, make the complex trade-offs between the benefits and risks of tests and treatments, and formulate plans for patient management. Tasks such as generating diagnostic hypotheses, gathering and assessing clinical data, deciding on the appropriateness of diagnostic tests, assessing test results, assembling a coherent working diagnosis, and weighing the value of therapeutic approaches are some of the components”².

In the past decades, a fresh way of scientism has taken place in clinical methodology, encouraging a model of medical knowledge relying on quantitative and statistical methods, also supported by technology. This approach is mostly a consequence of the role played by that school of thought which, since the 90s, has been the main reference of clinical practice: *Evidence-Based Medicine* (EBM). The imperative of this methodology is “integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research”³, for a more formalized and always up-to-date practice of medicine. This mission of EBM cannot be questioned uncritically. However, the progressive emphasis on the best evidence limits the indiscriminate adoption of this approach into medicine. Indeed, though taking place in diagnostic clinical reasoning, this methodology does not exhaust the full reality in this domain for “there are immeasurable subtleties in our interaction with patients that clinical studies cannot address [...] and the diagnostic power on any physical sign (or any test, for that matter) depends in part on our ideas about disease prevalence, which in turn depend on our own personal interviewing skills and clinical experience”⁴. In others words, if the evidence provided by scientific literature is a valuable support, at the same time, the diagnostic process goes beyond a mere application of guidelines. This means that the clinical expertise or rather the physician with his subjectivity and the imprint of his reasoning cannot be eclipsed, even if this methodological approach is meant in such an exclusive way.

In this respect, the present study seeks to shed light on the important role of intuition in clinical reasoning that is particularly significant in the intellectual phase of hypothesis generation, through a suitable consideration both of the diagnostic step and the intuitive domain. The investigation is carried out mainly from an epistemological point of view to gain insight in those theoretical assumptions useful at better understanding of this cognitive tool in medicine. It emerges the reevaluation of intuition as one of the factors determining the quality of clinical practice that integrates and goes beyond EBM.

The generation of diagnostic hypothesis: the ground for intuition

According to a tradition of thought prevailing from Bacon onward, the methodical and neutral observation is the *primum movens* of knowledge. Our medical culture for a long time has perceived itself in the light of this perspective (and to some extent continues to do so even today), considering

clinical reasoning and thus also diagnosis as based on a narrow inductive model. Beyond appearance, this view of the clinical method is a naive mystification, both the concrete and dynamic unfolding of the approach to patient's problem and the invaluable role of the physician's subjectivity.

The modern epistemological review started with Popper's critical rationalism and supported by clear methodological remarks of eminent scholars, such as Naville and Medawar, has suggested a most realistic framework to explain what moves research in a different context. In his many works aimed to explore the problem of knowledge and science, Popper has desacralized the empiricist's claim about a disinterested observation of the world, arguing that the approach to the reality is "*theory-laden*." Specifically, all observations are made from points of view, in the light of "conjectures boldly put forward for trial, to be eliminated if they clashed with observations"⁵. Conjecture are the germinal act of any cognitive research, that enlighten the field of investigation and without which we would not even know what to look for. The renewed understanding of the important methodological function of assumptions goes along with the overcoming of the gap between the concrete development of research and the epistemological theory. This implies, at the same time, the recognition of the essential contribution that individual subjectivity always gives to observation.

The adoption of Popper's perspective to clinical reasoning leads to a reading of the diagnostic step as dialog between hypotheses formulated by the physician and their testing with observation and experiment to check if they are wrong. The diagnostic process is not pushed forward by a pure inductive exercise, as is with impartial observation or *tabula rasa*, as John Locke expressed himself and is believed traditionally, because observation is always selective. In other words, the mind of a physician is a *tabula plena* insofar that he/she approaches the patient with a point of view, an idea that orients the cognitive process until a reasonable working diagnosis takes shape.

Jerome Groopman clearly highlights the textured character of observation in telling one of many clinical cases that he experienced: Falchuk conducts an inner monologue to guide his thinking. "She told me she was eating up to three thousand calories a day. Inside myself, I asked: Should I believe you? And if I do, then why aren't you gaining weight? [...] The more he observed Anne Dodge, and the more he listened, the more disquiet he felt. [...] Everyone had written her off as some neurotic case. However, my intuition told me that the picture did not entirely fit. And once I felt that way, I began to wonder: What was missing?"⁶. Since the inception of the diagnostic encounter, Dr. Falchuk began to suspect and question (inner monologue) in the light of an intuition/conjecture (her disorder might not be linked to a neurological pathology, as the other physicians have thought for long) that oriented him in what otherwise would have been only a chaos of data. Essentially, he began "to think differently about Anne's case. And by doing so, he saved her life, because for 15 years a key aspect of her illness has been missed"⁶. This interesting story helps us to better understand what really happens in the diagnostic process: whether the inductive bias was justified, the systematic collection of data regarding the same patient should lead each physician to the suitable diagnosis and this would have happened in all those who have visited Anne Dodge. If it did not occur (and we have the duty to ask this question), it is probably because physicians approach the patient by filtering different aspects, that is, those emerged as significant in the light of the first assumptions of reference. In other words, Falchuk had available a hypothesis that the others had not. This was not the result of new and accurate observations but of a different reading of facts already known, showing that the inductive process is not enough. Indeed, the decisive element for the diagnosis was to have caught a close resemblance to the patient clinical presentation with the characteristics

of a previous case of malabsorption that Falchuk diagnosed in the past. Therefore, as Jules Ernest Naville insightfully noted⁷, the action of the hypothesis in an observation is so great that in the absence of an appropriate assumption you can have a fact in hand and disclaim it. Yet the Nobel Prize winner for medicine Peter Medawar, in his reflection about the method of science in general, remarks about the diagnostic act that “Someone who goes to a clinic for a check-up will be exposed to a battery of tests and observations and may well think himself the subject of an inductive exercise. What is in fact happening is a sequential evaluation of likely hypotheses about what is or could be wrong with him”⁸. It follows that the anamnesis, the physical examination, the laboratory, and instrumental data are certainly the observational basis of the diagnostic act but what give it a coherent structure is an intellectual organization of these data.

Moreover, Medawar takes a step forward in enlightening the diagnostic process and the logic of hypothesis in general, claiming it is “a rapid reciprocation between an imaginative and a critical process”⁸. Beyond the gap left by Popper in avoiding to investigate the act of “having an idea”, he focuses the process by which one arrives to formulate a hypothesis, that is by *intuition*. Medawar goes to the heart of what gives rise to a conjecture, recognizing intuition or imagination as the *alogical* episode of the cognitive venture.

It must be noted at the outset that the word *alogic* does not mean that intuition is irrational. It must always distinguish “*alogic*” from “not scientific or illogical” because the sphere of rationality does not exclusively match with the logical and scientific approach to reality. In other words, there is not intuition on the one hand and logic on the other hand; rather they should be considered as different aspects of the same human reason which expresses itself in various forms according to the tasks performed⁹.

If Naville in 1880 stated that “the logic of the hypothesis was still to be done”⁷, since then it has gained ground along this path. However, it continues to avoid the question about the tacit roots of cognitive process too closely and physicians in turn, being still tied to the inductive mentality, tend to consider intuition with some embarrassment or awe. A case in point is the one of physician and philosopher Edmund Pellegrino which disregarded his intention to examine more closely what is involved in clinical judgment insofar as he closed intuition off to the investigation of this domain. Moving from a naïve view of intuition as something mysterious and subjective, he worked to “reduce to a minimum the residuum of indefinable elements in each step of the process of arriving at clinical action”¹⁰ and in doing so he failed to understand its important function in all knowledge in general¹¹, and in the medical one in particular.

If clinical reasoning cannot be relied on a mystical cognition, as an arbitrary conception of intuition might suggest, at the same time, it is a misleading view to give intuition such features. Moreover, beyond the label of indefinably often ascribed to intuition, it will be useful to remember the following Aristotle’s dictum in *Nicomachean Ethics*: “it is the mark of an educated man to look for precision in each class of things just so far as the nature of the subject admits; it is evidently equally foolish to accept probable reasoning from a mathematician and to demand from a rhetorician scientific proofs”¹².

Whereas clinical intuition is cognition of the particular, a typological research in this domain should necessarily take the place of an accurate phenomenology for any real intuitive process, without renounces the truth and rigor.

A philosophical overview of intuition

The topic of intuition has a long history and it would be a mistake to affirm that it started in recent times. Concerning this, we can track down the first references to intuitive knowing in Greek philosophy, especially in Plato and Aristotle's thought. In *Republic*, Plato by the divided line analogy and metaphor of the cave has identified the intuitive or non-discursive knowledge (*noesis*) as a direct vision of the *Ideal world*, as a look that happened suddenly apart from sense experience¹³. Aristotle shared the basic assumption of Platonism: discursive knowing suppose the non-discursive knowing as a foundation but he reworked in an empiric tone the concept of *nous*, meant as the intellectual capacity to abstract universal essences from particular knowledge. Thus for Aristotle, intuition is at the same time an immediate apprehension of first principles and not a prior knowledge⁹.

In medieval philosophy, St. Thomas refers to intuitive knowledge in relation to the apprehension of the universal and necessary principles. For example, seeing a whole and its parts, the intellect knows at a glance that the whole is necessarily greater than each of its parts, "*sine aliqua inquisitione*" and "*sine erroribus*"¹⁴. These expressions suggest that knowledge of the principles has the character of an immediate view, though for St. Thomas it relies on the contribution of the senses and it is in us as a natural habit.

Ockham goes beyond the Aristotelian-Thomistic epistemology because he not only placed the intuitive cognition as antecedent and foundational in respect to an abstractive one but also stressed that it concerns only objects in their actual existence. Specifically, through intuition you know clearly whether a thing "exists or does not exist, in such a way, if the thing exists, then the intellect immediately judges it exists"¹⁵. According to Ockham and his nominalism, a scientific knowledge limited only to the particular is, therefore, possible because of intuitive judgments.

Modern philosophy stresses immediacy and evidence as essential features of intuition. For Descartes, intuition is an act of mind by which an object is perceived clearly and distinctly. Therefore, it is an undoubting knowledge which "springs from the light of reason alone"¹⁶ and that is lastly the firmer source of knowledge's objectivity.

Spinoza, in turn, distances himself from the subjective epistemology of Descartes but similarly considers intuition the highest form of cognition both with respect to opinion and reason. On the one hand, in his pantheistic perspective, the opinion appears as a superficial and obscure acquaintance because it cannot understand the causal order of reality; on the other hand, reason is the source of the adequate idea as the discursive cognition gets things in their necessary connections. However, only intuition grasps the essential reason of this order with a direct insight that is like seeing the world "*sub specie aeternitatis*." In other words, this cognition can know things in the eye of God or rather how they necessarily follow from the eternal structure of the nature¹⁷.

Besides the concept of intuition like source of truth, other philosophers refer to it as a method that makes it possible to reach the essence of phenomena¹⁸, as in the case of Bergson. Specifically, in the work *An Introduction of Metaphysics*, he distinguished analytic intellect from intuition. The analytic intellect reduces "the object to elements already known, that is to elements common both to it and to other objects. All analysis is thus a translation, a development into symbols"¹⁹. On

the contrary, “By intuition is meant a kind of *intellectual sympathy* by which one places oneself within an object to coincide with what is unique in it and consequently inexpressible”¹⁹. Intuition in Bergson is hence a metaphysic instrument which attains a theoretical and not a pragmatic cognition of things; it is not an attempt to order reality by its reduction to concepts but it is an essential and deep understanding of the same.

Similarly, intuition has a fundamental role as a process that can reach the permanent structures of experience in Husserl’s thought. The Author has introduced the philosophical trend of phenomenology that proposes a return to phenomena as they exhibit themselves to the conscience. In other words, after having put aside every consolidated prejudices so as one can achieve a disinterested contemplation of things (*epochè*), it is possible to grasp the essential causes of experience through an intentional and intuitive act (*eidetic intuition*).

It is important to highlight that Husserl’s idea of intuition must not be interpreted from an idealistic viewpoint because intuitions are possible in virtue of the empirical existence of external reality that is immediately present to us. In fact, as the Author states, “intuition of an essence is consciousness of something, an ‘object’, a something to which the intuitional regard is directed and which is ‘itself given’ in the intuition”²⁰.

Although the authors mentioned above support viewpoints on this topic which are not entirely overlap with each other, they converge to ascribe to intuition a high cognitive value. It is not naïve to underline this matter, especially considering that much of contemporary epistemological reflection tends to reduce the sphere of knowledge to the only logical and empirical methods. Michael Polanyi has well highlighted this crucial question, that is the declared ideal of modern science to establish a strictly formalized knowledge along with the attempt to relegate intuition within the realm of irrational or of “temporary imperfection, which we must aim at eliminating”²¹. As the brief overview of authors shows us, intuition is quite revealing as an indispensable tool to shed light on the reality under investigation with respect of its own nature and that beyond its being a not fully formalized and expressible cognitive process.

For the purposes of this paper, I consider how and to what extent the philosophical views of intuition can reflect and enlighten the *logical* generation of diagnostic hypotheses. In particular, moving from the theoretical to the medical front, I intend to show that clinical intuition is not completely different from the philosophical one, except under certain conditions that will be pointed out by addressing the nature and the subject matter of intuition in relation to the diagnostic clinical reasoning.

The nature of clinical intuition

One of the main difficulties in addressing intuition is to find a working definition of this phenomenon. In their literature review on intuition, Shirley and Langan-Fox point out that “there is no consensus” when it comes to clarifying the nature of this cognition, partly because different phenomena are often included under the category of intuition²². To shed light in this domain, we begin by considering the etymology of the word intuition which provides the first significant bounding of its semantic range with respect to clinical setting.

The term intuition derives from the Latin word *intueor* meaning “to look upon or within” and this expression suggests going beyond a mere understanding of this cognition in terms of an immediate apprehension of an object by the eyes (sensory perception). Indeed, unlike seeing and observing, the act of looking involves the transition from an intentional and focused collection of data to a synoptic view through which we catch what specifies it. This early notion of intuition has points of contact with the common perception of clinical intuition, for having an intuition in the diagnostic process usually means to evoke a hypothesis of disease about the patient’s problem^{2,6,23-30}. In other words, the last term of the diagnostic hypothesis generation, from an epistemological point of view, is not a thing physically present but a mental content that has the basic role to delimit and highlight the field of investigation, beyond empirical induction. The history of science³¹ offers many examples of precious intuitions, from the discovery of Fuchsian functions by Poincarè to the idea of phagocytosis by Metchnikoff and from the hypothesis about the chemical transmission of nerve impulses by Loewi to the idea of evolution by Darwin, which confirm the intellectual connotation of intuition.

Therefore, to understand the concept of intuition, the visualism implicit in the etymology of this term intuition should not be meant in a literal sense. It rather refers to a look with the “eye of the mind” or even to a “view through the intellect”, to use expressions proper of Plato’s epistemology but implicitly present in almost all philosophers mentioned above. Specifically, although Plato did not use a word matching that of intuition, he spoke of *noetic act* with a typical language of this cognition, often employing visual and tactile analogies, by given interesting idea for understanding the intuitive phenomenon. In Symposium, about who stands to the knowledge of the intelligible, he expresses in these terms: “he... will suddenly perceive a nature of wonderful beauty... [and] will be enabled to bring forth, not images of beauty but realities”³². Similarly in Republic, regarding the eye of the soul i.e. the intellect, he claims that it “is more precious far than ten thousand bodily eyes, for by it alone is truth seen... at the end of the intellectual world, as in the case of sight at the end of the visible”¹³. Yet in Phaedrus, talking about the beauties of the Heaven, he remarks that “There abides the very being with which true knowledge is concerned;... visible only to mind, the pilot of the soul”³³. Finally, in the Seventh Letter, he claims that “after much converse about the matter itself and a life lived together, suddenly a light, as it were, is kindled in one soul by a flame that leaps to it from another, and thereafter sustains itself”³⁴. These passages seem to suggest we have an intellectual (not sensible) faculty, thanks to which it is possible to reach a direct knowledge of content, in that it immediately gives itself to the subject. He stresses the suddenness of this cognition and its specificity with respect to the object known because the outcome achieved is essential, that is, it refers to form or inner nature of a phenomenon rather than the outward one. Hence, Plato describes the *noetic act* as analogous to the act of vision firstly because the latter is focused on the visible form of things and intuition is related to the intelligible form. As is discussed in the next section, this refers to the essence as a formal cause of a symptomatic presentation which specifies and gives it a coherent meaning. Secondly, intuitive knowledge has been approached by analogy to a certain seeing also due to the fact that starting from ancient philosophy (Plato and Aristotle) sight is considered more cognitive than the other sensations and the most similar to *logos*.

Thus, the apprehension of sensitive data does not exhaust the diagnostic act. We need to admit also the cognitive gain of intellectual data, that is, what identifies an individual clinical presentation with a specified disease, the nature of which requires a different faculty than the sensitive one for its apprehension. In other words, the empirical experience provides only signals of a specific disease (for those able to detect them), while the cause that determines such appearances, in itself abstract, is a gained proper of the intelligence.

The subject matter of clinical intuition and its epistemic value

The philosophical perspectives above mentioned emphasize the cognitive centrality of intuition because it provides contents considered fundamental in general. Otherwise, intuition is basically an *intellectual looking* which, at the same time, is expressed as a *looking inside* phenomena, that is, not the outward form gained through senses but the inner form that specifies them. I speak of “*essential intuition*” referring to the tendency to acquire knowledge of the essence or form of things, which is the formal cause of phenomena. Putting aside metaphysical assumptions, not in accordance with the diagnostic setting, starting from Aristotle the formal cause is regarded as the more specific one because it both identifies and distinguishes one thing from the other so that it is just this thing³⁵. In other words, the essence refers to something inherently characteristic of an individual set of symptoms that make them symptoms of a specified disease.

Concerning this aspect of intuition, in a survey on scientific intuition done between 1970 and 1986, having as protagonists 84 Nobel laureates in medicine and science, they are useful to “emphasize the grasping of the whole, the simultaneous presence of a wide range of components that have to be combined, [...] the finding or constituting a pattern, a view”³⁶. In other words, they highlight the holistic nature of intuition because it identifies the structure or regularity of a phenomenon so that it can be understood as something coherent and ordered.

Therefore, in the complexity, uniqueness, and multiplicity of the factors involved in a clinical case, the cognitive function of intuition is mainly to individuate, with an active role of the subject, the guiding thread, or the essential connection that holds the whole thing in a unitary way. According to Polany, we can talk about intuitive process in terms of “integration”³⁷, to underline how the different elements of a clinical encounter are organized in a meaningful unity, thus becoming object of “focal awareness”. Hence, intuition has a high cognitive value because a physician can declare to have understood the identity of a specific clinical situation investigated when he/she has grasped the essence, on condition that it has been correctly identified, thus enhancing the further steps of clinical reasoning. Clinical situations are always individual and so the intuitive essence actually gives itself in the reality as singular and not apart from it, in a hypothetical “Ideal World” as argued by the platonic tradition. Furthermore, grasping something through intuition does not necessarily imply to go into depth about the situation investigated. Indeed, there are cases in which it offers an alternative view of knowledge available, based on a new connection of already element known, as also happened with Dr. Falchuk. Therefore, looking inside is also looking what is hidden and this can be simply something present to the senses but not yet structured by the intellect. This assumption also gives us an idea of the creative nature of intuition which does not consist so much in acquiring new information but to grasp patterns, starting from what is already known and showing them consciously in the shape of a new perspective³⁸. For example, many people have seen an apple fall from a tree since the mists of time but only Newton wondered: “Why should it not go sideways or upwards, but constantly to the earth’s centre?”³⁹. Moving from this question, he guessed that all bodies provided with mass have a universal drawing power that he called gravity. According to French philosopher, Poincaré creativity “consists precisely in not constructing useless combinations, but in constructing those that are useful, which are an infinitely small minority”⁴⁰.

The utility of intuition in diagnostic reasoning is primarily cognitive, although it always arises in a context related to practical problems. Specifically, intuition allows us to understand what we face,

drawing upon knowledge and experience previously acquired. At the same time, in so far it is true and flanked by metacognition²⁵, intuition works also on medical and clinical background, enriching and specifying it from a theoretical point of view. After its verification, when the intuitive knowledge “is projected” on the clinical case, it may be useful or not (identifying the correct diagnosis does not necessarily imply solve the medical problem of the patient), and yet it is always necessary. Thus, the intuitive view, to the extent that enlightens meaningfully the diagnosis step and accordingly the clinical reasoning in general, provides information that has a high scientific value and is opened to the practical and inter-subjective validation.

In this latter respect, we cannot be certain of the validity of knowledge simply because it was gained through intuition, although it is usually considered in philosophy as a self-evidence, infallible, and so unproved cognition. Based on Popper’s critical rationalism, we claim the conjectural nature of intuition which may be fallible and so needs to be tested. Thus, it has to distinguish the immediate apprehension of a clinical essence from the check of its correctness, so as to dam risks of over-confidence and mainly the reduction of the true to the sphere of subjectivity. In this regard, intuition seems to be a kind of native and adaptive response of the human to the initial and “innocent chaos” perceived, by a synthetic view. Specifically, Popper talks about “inborn reactions or responses” called “expectations” among which one of the most important is the “inborn propensity to look out for regularities”⁵. This expectation has an important “maieutic role” with respect to intuition because it aims to be realized concretely encouraging the triggering of such a cognitive approach. However, once the pattern has been intuitively grasped, it cannot be considered “valid a priori” and the broad rate of diagnostic errors, mostly of cognitive nature, confirms this admonition. According to Aristotelian realism, it is to recognize and communicate the subjective and objective aspects of reality, while the focus on one of the two items necessarily will fail the task to converge towards truth. Thus, the nature of intellectual intuition requires, in the words of St. Thomas, a “*conversio ad phantasmata*”. That is, since the clinical essence grasped by intuition is an intellectual essence, it can be truly understood when the same is connected to the reality it belongs to⁴¹.

As a last but not exhaustive step of our inquiry, it is appropriate to briefly mention to the formal specificity of intuition with respect to logic thinking. According to Medawar, the process of intuiting may be described as logical but not illogical⁸. On the one hand, it means firstly that intuition does not proceed in a linear and methodical way, according to the general rules of logic, that is to say, with a step-by-step process that starting from certain conditions reaches conclusions based strictly on those assumptions through intermediate steps. Rather, intuition “contains a character of discontinuity”⁴² because it grasps an essence, a pattern by a sight of analogies among situations not linked by a strict chain of logical implications. This explains how often the intuition arises just when our analytic mind recognizes as useless the effort to impose its order on what is being investigated, leaving the place to a non-mechanical and more flexible mode of thinking. In addition, if we consider that intuition is suggestive of a cognition that goes beyond the spatial-temporal continuity of logical procedures since it occurs unexpectedly with sudden leaps and so the difficulties to offer an accurate explanation of its underlying processes, it is clear that intuition cannot be reduced to logical thinking. In fact, while in this latter we have rules and steps to follow, it is not the same for intuition. That is, it is possible that the intuitive process has its own rules but “they have undergone a tacit process of integration and thus we cannot identify them”⁴³ in a strict way. On the other hand, this does not mean intuition is the opposite of the logic. Indeed, when intuition arises “we can expose it to criticism, usually by experimentation; this episode lies within and makes use of logic, for

it is an empirical testing of the logical consequences of our beliefs”⁸. This explanation has to be advisable, given the conjectural nature of the intuitive outcomes.

Conclusion

The present inquiry on clinical intuition has several implications for medicine. First of all, it is a useful starting point for clinical research aimed to really investigate the intuitive domain, whereas without a suitable theoretical framework on this topic, attempts to promote the intuitive skill are doomed to fail. We provide a theoretical tool for supporting the attempt to formalize the physicians’ understanding of intuition that is still too infantile or uncritical, to recognize its real scientific status and flaws. This also implies a transition from a concept of aseptic medicine, whereby this must not have anything subjective, to a realistic view of medicine in which the imprint of the physician with his/her intuition makes it an invaluable and basically human asset. In this perspective, it is necessary to overcome a concept of the clinical act as declined exclusively on one objectifying side: if one believes that the best knowledge is always quantifiable, concepts such as that of intuition which are difficult to measure become not only mystical but unimportant¹¹. Therefore, an adequate epistemology of diagnostic process must also account of clinical intuition as a valuable component in medical work, even if it goes beyond a merely quantitative research approach.

Rather than investigate intuition in general, we dropped our research on diagnostic settings, and this allowed us to outline those boundary conditions that help to focus this kind of cognition. We mainly acknowledged the bidirectionality of clinical intuition, as being an experience of someone (the physician) and of something (the disease), since both of these aspects qualify this skill and its structure. The understanding of clinical intuition outlined in this study is a first step toward future research aimed to explain intuition from a dynamic point of view by a description of the subjective and objective conditions linked to its emergence.

Funding

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Conflicts of interest

The author declares no conflicts of interest.

Ethical considerations

Protection of humans and animals. The author declares that no experiments involving humans or animals were conducted for this research.

Confidentiality, informed consent, and ethical approval. The study does not involve patient personal data nor requires ethical approval. The SAGER guidelines do not apply.


Declaration on the use of artificial intelligence. The author declares that no generative artificial intelligence was used in the writing of this manuscript.

References

1. Higgs J, Jones M, Loftus S, Christense N, editors. *Clinical Reasoning in the Health Professions*. Amsterdam: Elsevier, Butterworth Heinemann; 2008.
2. Kassirer JP, Wong JB, Kopelman RI. *Learning Clinical Reasoning*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2010. p. IX.
3. Sackett DL, Rosenberg WM, Muir Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312:71-2.
4. McGee S. *Evidence-Based Physical Diagnosis*. 3rd ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2012. p. X.
5. Popper K. *Conjectures and Refutations: The Growth of Scientific Knowledge*. London, New York: Routledge, Kegan Paul; 2002. p. IV-V.
6. Gropman J. *How Doctor Think*. New York: Mariner Book; 2008. p. 20, 3.
7. Naville E. *La Logique de l'ypothèse*. Paris: G. Baillière; 1880.
8. Medawar P. *Induction and Intuition in Scientific Thought*. Philadelphia, PA: American Philosophical Society; 1969. p. 44-46.
9. Aristotle. In: Ross WD, editor. *Aristotle's Prior and Posterior Analytics*. Oxford: Clarendon Press; 1949. B19, 1000b 5-17.
10. Pellegrino ED. The anatomy of clinical judgments. In: Pellegrino ED, Thomasma DC, editors. *A Philosophical Basis for Medical Practice*: New York, Oxford: Oxford University Press; 1981. p. 119-52.
11. Henry SG. Recognizing tacit knowledge in medical epistemology. *Theor Med Bioeth*. 2006;27:187-213.
12. Aristotle. In: Ross WD, editor. *Nicomachean Ethics*. Oxford: Clarendon Press; 1925. p. I, 3, 1094 b24.
13. Plato. *Republic*. In: Jovett B, editor. *The Dialogues of Plato/The Seventh Letters*. Harvard Chicago: Encyclopedia Britannica; 1984. p. 295-441.
14. St. Thomas A. *The Disputed Questions on Truth*. Mulligan RW, McGlynn JV, Schmidt RM, editors. Chicago: H. Regnery Co.; 1952-4.
15. Ockham W. In: Boehner P, editor. *Philosophical Writings: A Selection*. Indianapolis: Hackett Publishing Company; 1990. p. 23.
16. Descartes R. *Rules for the direction of mind*. In: Aldane ES, Ross GR, editors. *The Philosophical Writings of Descartes*. Vol. 1. Cambridge: Cambridge University Press; 1911. p. 1-77.
17. De Spinoza B. *Ethics*. In: Curley E, editor. *The Collected Works of Spinoza*. Vol. 1. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1985.
18. Fischbein E. *Intuition in Science and Mathematics. An Educational Approach*. New York, Boston, Dordrecht, Moscow: Kluwer Academic Publishers; 2002.
19. Bergson H. *An Introduction of Metaphysics*. Hulme TE, editor. Indianapolis: Hackett Publishing Company; 1999. p. 23-24.
20. Husserl E. In: Kersten F, editor. *Ideas Pertaining to a Pure Phenomenology and to a Phenomenological Philosophy*. First Book. Dordrecht: Kluwer Academic; 1982. 23, I, 3.
21. Polany M. *The Tacit Dimension*. London: Routledge, Keagan; 1996. p. 20.
22. Shirley DA, Langan-Fox J. Intuition: A review of the literature. *Psychol Rep*. 1996;79:563-84.
23. Style A. Intuition and problem solving. *JRCGP*. 1979;29:71-4.
24. Greenhalgh T. Intuition and evidence--uneasy bedfellows? *Br J Gen Pract*. 2002;52:395-400.
25. Quirk ME. *Intuition and Metacognition in Medical Education: Key to Developing Expertise*. New York: Springer Publishing Company; 2006.
26. Norman G, Young M, Brooks L. Non-analytical models of clinical reasoning: the role of experience. *Med Educ*. 2007;41:1140-5.
27. Croskerry P. Overconfidence in clinical decision making. *Am J Med*. 2008;12:S24-9.
28. Sanders L. *Every Patient Tells a Story. Medical Mysteries and the Art of Diagnosis*. New York: Broadway Books; 2009.
29. Wittman CL, Spaanjaars NL, Aarts AA. Clinical intuition in mental health care: a discussion and focus groups. *Couns Psychol Q*. 2012;25:19-29.
30. Pelaccia T, Tardif J, Tribi E, Charlin B. An analysis of clinical reasoning through a recent and comprehensive approach: the dual-process theory. *Med Educ Online*. 2011;16:5890.
31. Beveridge WIB. *The Art of Scientific Investigation*. New York: Norton and Company; 1975.
32. Plato. *Symposium*. In: Jovett B, editor. *The Dialogues of Plato/The Seventh Letters*. B. Harvard Chicago: Encyclopedia Britannica; 1984. p. 149-73.
33. Plato. *Phaedrus*. In: Jovett B, editor. *The Dialogues of Plato/The Seventh Letters*. B. Harvard Chicago: Encyclopedia Britannica; 1984. p. 115-41.
34. Plato. *The seventh letters*. In: Jovett B, editor. *The Dialogues of Plato/The Seventh Letters*. B. Harvard Chicago: Encyclopedia Britannica; 1984. p. 800-14.
35. Aristotle. In: Ross WD, editor. *Metaphysic*. Oxford: Clarendon Press; 1928.
36. Marton F, Fensham PJ, Chaiklin S. A Nobel's eye view of scientific intuition: discussion with the Nobel prize-winner in physics, chemistry and medicine (1970-86). *Int J Sci Educ*. 1994;16:457-73.
37. Polany M. Tacit knowing: its bearing on some problems of philosophy. *Rev Mod Phys*. 1962;34:601-16.
38. Claxton G. *Hare Brain, Tortoise Mind: Why Intelligence Increases When You Think Less*. London: Fourth Estate; 1997.
39. Stukeley W. *Memoirs of Sir Isaac Newton's Life*. London: Taylor and Francis; 1936. p. 20.
40. Poincaré H. *Science and Method*. New York: Dover; 2003. p. 51.
41. St. Thomas A. *Summa Theologiae. Fathers of the English Dominican Province*. Notre Dame: University of Notre Dame Press; 1981. p. I, q. 84, a7, c.
42. Petitngin-Peugeot C. The intuitive experience. In: Varela FJ, Shear J, editors. *The View from Within. First-Person Approaches to the Study of Consciousness*. London: Imprint Academic; 1999. p. 43-77.
43. Dörfler V, Ackermann F. Understanding intuition: the case for two forms of intuition. *Manag Learn*. 2012;43:545-64.

Contexto jurídico de las voluntades anticipadas en salud mental en América Latina

Legal context of advance directives in mental health in Latin America

Liliana Mondragón-Barrios^{1*}, Fernando Lolas-Stepke², Zoraida García-Castillo³,
Aída Kemelmajer-de-Carlucci⁴, Sandra Tapia-Moreira⁵ y Ronald Cárdenas-Krenz⁶

¹Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Ciudad de México, México; ²Centro de Estudios Interdisciplinarios en Bioética, Universidad de Chile, Santiago, Chile; ³Escuela Nacional de Ciencias Forenses, UNAM, Ciudad de México, México; ⁴Facultad de Derecho, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina; ⁵Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile; ⁶Facultad de Derecho, Universidad de Lima, Lima, Perú

Resumen

Antecedentes: La voluntad anticipada en salud mental (VASM) constituye un derecho de la persona con trastorno mental, para que de manera previsoramente acepte o rechace tratamientos que en el futuro pueda requerir de los servicios de atención médica. **Objetivo:** Describir las especificaciones contenidas en las regulaciones de las VASM en algunos países latinoamericanos que cuentan con legislación en salud mental, que permitan su realización. **Método:** Se llevó a cabo un análisis comparativo de las normativas vigentes sobre salud mental que incluyen las VASM en Argentina, Chile, México y Perú, considerando: 1) concepción de las VASM; 2) requisitos de las VASM, y 3) características del modo de obtención. **Resultados:** En Argentina, Chile y México, la VASM es un derecho asociado al resguardo de la voluntad y las preferencias de las personas con respecto a las acciones que determinan sean o no tomadas en cuenta para su tratamiento o alternativas terapéuticas durante un evento grave a futuro que afecte su capacidad jurídica para tomar esas decisiones. **Conclusión:** El trabajo normativo debe continuar para lograr el debido reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad psicosocial, armonizarse con sus derechos y considerar la realidad del contexto.

Palabras clave: Voluntad anticipada. Salud mental. Legislación. América Latina. Capacidad.

Abstract

Background: Advance Directives in Mental Health (ADMH) constitute a right of the person with a mental condition, so that in a preventive manner they accept or reject treatments that may require medical care services in the future.

*Correspondencia:

Liliana Mondragón-Barrios

E-mail: lmondragonb@inprf.gob.mx

Fecha de recepción: 27-11-2024

Fecha de aceptación: 29-12-2024

DOI: 10.24875/BUP.24000013

Disponible en internet: 14-03-2025

BIOETHICS UPdate 2025;11(1):31-46

www.bioethicsupdate.com

2395-938X / © 2024 Centros Culturales de México, A.C. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Objective: *To describe the specifications contained in the regulations of ADMH in some Latin American countries that have legislation on mental health that allow their implementation.* **Method:** *A comparative analysis of the current mental health regulations that include ADMH in Argentina, Chile, Mexico, and Peru was carried out, considering: 1) conception of ADMH; 2) ADMH requirements; 3) characteristics of the method of obtainment.* **Results:** *In Argentina, Chile and Mexico, ADMH is a right associated with the protection of people's will and preferences with respect to the actions they wish to be considered or not for their treatment or therapeutic alternatives during a serious event in the future that affects their legal capacity to make those decisions.* **Conclusion:** *Normative work must continue to achieve accurate recognition of the legal capacity of people with psychosocial disabilities, harmonize with their rights, and consider the reality of the context.*

Keywords: *Advance directive. Mental health. Legislation. Latin America. Capacity.*

Introducción

La enfermedad mental que pueden presentar algunas personas repercute en su vida diaria, ya sea en su funcionamiento orgánico, ocupacional o cuidado personal, debido a déficits cognitivos, afectivos y sociales propios de la situación clínica que les afecta y que, en ocasiones, les impide tomar decisiones sobre su tratamiento y atención a la salud. Sin embargo, es importante considerar que estas circunstancias no siempre son permanentes. Por esta razón fueron creadas las voluntades o directrices anticipadas en salud mental¹.

La voluntad anticipada en salud mental (VASM) constituye un derecho que tiene una persona con enfermedad mental, para que de manera previsoramente manifieste su aceptación o rechazo a tratamientos que en el futuro pueda requerir de los servicios de atención médica. Al igual que otros instrumentos insertos en estas, como las directrices anticipadas en psiquiatría (DAP), la VASM funge como una herramienta en el campo de la salud mental para proteger los derechos y las decisiones de las personas²⁻⁴.

Desde hace dos décadas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) instaron a los países de la región de las Américas a crear y actualizar las disposiciones jurídicas en aras de la protección de los derechos humanos de las personas con algún trastorno mental. Con la realización de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, celebrada en Caracas, Venezuela, en 1990^{5,6}, se firmó la Declaración de Caracas, destinada a la promoción del respeto a los derechos humanos y civiles de las personas con condiciones de salud mental y a la reestructuración de los cuidados psiquiátricos sobre la base de la atención primaria de salud, en el marco de los sistemas de salud locales. A partir de ese momento, algunos países latinoamericanos han realizado importantes procesos de reforma y reestructuración en la atención de la salud mental de forma progresiva, y actualmente cuentan con una normativa legal en la que se enuncian y establecen las VASM^{6,7}.

En este contexto, la Conferencia deja constancia en su numeral 3 que «los recursos, cuidados y tratamiento provistos deben salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles»⁵, mientras que en su numeral 4 alude a que «las legislaciones de los países

deben ajustarse de manera que) aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales»⁵.

La presencia de las VASM en la legislación en materia de salud mental no es garantía de su uso y aplicación, como se muestra en algunos países, como España⁸; el desconocimiento de este instrumento por parte de los pacientes, la falta de formación de los profesionales de la salud, además del cuestionamiento de la capacidad de las personas con trastorno mental dificultan su aplicación^{9,10}. Asimismo, es relevante observar que las mayores vulneraciones se producen en momentos de crisis, cuando las personas no pueden tomar decisiones por sí mismas y los profesionales de la salud mental actúan sobre ellas sin considerar su consentimiento, preferencias, valores e ideas, entre otros¹¹.

Desde la perspectiva de los derechos humanos, tampoco hay evidencia de que la voluntad anticipada se haya utilizado como herramienta efectiva para las personas con enfermedad mental; mayoritariamente se ha empleado en situaciones relacionadas con la enfermedad terminal, los accidentes irreversibles, estados vegetativos o degenerativos^{7,12}.

Calahorrano¹² menciona que la autodeterminación del paciente es un derecho fundamental y objetivo primordial de la primera etapa de desarrollo de las directivas anticipadas, pero el autor señala que la calidad del cuidado y el bienestar son elementos que deben tener relevancia para la planeación, implementación y, principalmente, utilización de las VASM. En tanto que Valdez-Santiago et al.⁶ exponen que la discusión y aprobación de una ley es un punto de partida para implementar nuevas acciones en materia de salud mental. Lo cierto es que si no existe una implementación efectiva de las VASM después de su promulgación, las personas no podrán ejercer adecuadamente su derecho a decidir cuando ya no pueden hacerlo y el trabajo habrá sido en vano^{10,13}.

Las VASM se ubican en un lugar común entre los derechos humanos, específicamente con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), de la Organización de las Naciones Unidas (ONU)¹⁴ y la legislación en materia de salud mental, campos que parecen armonizarse con el fin de que las VASM tengan el efecto para el que fueron creadas^{9,10,13}.

Diferenciar las dimensiones de la VASM frente a la voluntad anticipada en general es necesario y pertinente. No solo para su entendimiento conceptual, sino para la comprensión de su interpretación y aplicación legal. La voluntad anticipada, en lo general, se prevé para cualquier situación médica que pueda ocurrir a una persona que se anticipa a la situación de no poder otorgar su consentimiento informado para la administración de tratamientos o acciones terapéuticas; mientras que la VASM es un tipo de voluntad anticipada dirigida solo a los tratamientos de una persona en situación de enfermedad mental, por lo que sus fines se enfocan precisamente en esa enfermedad. La trascendencia es que existiendo la voluntad anticipada regulada en una norma, que en principio podría abarcar también las situaciones de salud mental, se requiere de una regulación específica de la VASM para su aplicación, en tanto la forma y el alcance; así las directrices de dicha expresión de voluntad guardan particularidades propias de esa enfermedad.

El propósito de este trabajo es describir las especificaciones en que se estipulan las VASM en algunos países latinoamericanos que cuentan con la legislación en esta materia de salud mental, que permita garantizar las condiciones posibles para su realización.

Método

Se realizó un análisis comparativo de las normativas vigentes sobre salud mental que incluyen las VASM en algunos países de América Latina: Argentina, Chile, México y Perú. Estos países fueron elegidos por pertenecer a los integrantes del grupo de investigación y, por ende, ofrecer un conocimiento más profundo de las cuestiones jurídicas en cada lugar⁷.

Se llevaron a cabo consultas en internet utilizando diversos motores de búsqueda y bases de datos, como EBSCO, Web of Science, Elsevier y Google Scholar, principalmente, en los sitios web de páginas oficiales de organismos gubernamentales de cada país e internacionales tales como OMS, OPS, Organización de Naciones Unidas (ONU), para identificar legislaciones y demás documentos sobre el tema en cada país, durante septiembre a noviembre de 2023^{7,15}. Se usaron palabras claves relacionadas con aspectos predefinidos como: 1) concepción de las VASM (¿cómo son definidas?); 2) requisitos de las VASM (¿en qué casos debe contemplarse, emplear o recomendarse?, ¿quién puede optar por la VASM?), y 3) características del modo de obtención (¿cuándo? ¿dónde? ¿quién la realiza?).

Con la información recabada de textos públicos como legislaciones, decretos y reglamentos de cada país, se realizó un análisis comparativo entre países, considerando aspectos predeterminados. El procedimiento del análisis contempló tres etapas de verificación: 1) una lectura rápida de cada una de las legislaciones y demás documentación normativa sobre salud mental para familiarizarse con cada instrumento; 2) identificación de los artículos potenciales de cada ley relacionados con las VASM, y 3) análisis comparativo con base en los aspectos predeterminados, el cual fue comprobado entre los investigadores de cada país y, finalmente, de manera consensuada^{7,15}.

Toda la información obtenida es de carácter público; no obstante, por cuestiones éticas se protegió la confidencialidad y se anonimizaron los datos que así lo requirieron para su presentación en este trabajo¹⁵.

Resultados

Argentina

Argentina cuenta con la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 que regula la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental en el país, promulgada el 2 de diciembre de 2010 y publicada en el Boletín Oficial N.º 32041 el 3 de diciembre de 2010¹⁶. Esta ley reconoce sus antecedentes en el Consenso de Panamá, adoptado por la Conferencia Regional de Salud Mental convocada por la OPS-OMS *20 años después de la Declaración de Caracas* en la Ciudad de Panamá el 8 de octubre de 2010¹⁶.

La Ley N.º 26.657 no menciona las directivas anticipadas. En cambio, aparecen en el art. 7 inc. k del Capítulo 4 del decreto reglamentario 603/13 de 28 de mayo de 2013¹⁷, que bajo el título Derechos de las Personas con Padecimiento Mental, señala: «Todo paciente, con plena capacidad,

o sus representantes legales, en su caso, podrán disponer directivas anticipadas sobre su salud mental, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos»¹⁷. En este sentido, las directivas anticipadas se definen como un derecho. Además, la misma norma específica que las directivas deberán resguardarse en la historia clínica del paciente y que las decisiones contempladas en dicho documento tienen el carácter de revocable. Asimismo, resalta que «el equipo interdisciplinario interviniente deberá acatar dicha decisión y adoptar todas las formalidades que resulten necesarias a fin de acreditar tal manifestación de voluntad, de la que deberá dejarse expresa constancia en la historia clínica»¹⁷.

Las directivas anticipadas aparecen vinculadas con el consentimiento informado o «consentimiento fehaciente», concebido como la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del equipo interdisciplinario interviniente, la información referente al procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

Como se expresó, el artículo 7 de la ley no menciona las directivas anticipadas; estas solo aparecen reguladas en el decreto reglamentario. Esa reglamentación impone los siguientes comentarios:

- La Ley N.º 26.657 en su art. 7 inc. k) señala: «Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades». Es decir, no menciona «anticipadas» y limita esa facultad a «dentro de sus posibilidades»¹⁶.
- El decreto reglamentario, en cambio, indica en el inciso k) «Todo paciente, con plena capacidad, o sus representantes legales, en su caso, podrán disponer directivas anticipadas sobre su salud mental, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos»¹⁷.

La expresión «con plena capacidad» debe interpretarse dentro del sistema del derecho civil según el cual:

- Toda persona se presume capaz, aun cuando se encuentre internada en un establecimiento asistencial (art. 31 inc. a, Código Civil y Comercial de la Argentina)¹⁸.
- El juez puede restringir la capacidad para determinados actos de una persona que padece una alteración mental permanente o prolongada de suficiente gravedad, siempre que estime que del ejercicio de su plena capacidad puede resultar un daño (art. 32). En consecuencia, si el juez no ha señalado las directivas anticipadas entre los actos que no puede realizar una persona, entonces la persona podría realizar su declaración anticipada. En cambio, si el juez se ha pronunciado expresamente en sentido contrario, estas directrices no estarán habilitadas. No se conocen casos de jurisprudencia en los que el juez haya dispuesto en este sentido restrictivo¹⁸.
- Sin embargo, si las directivas anticipadas se vinculan con el consentimiento informado será bajo la expresión «dentro de sus posibilidades», usada en la ley para restringir la posibilidad de emitir esas directivas anticipadas¹⁶.
- El decreto reglamentario menciona en su artículo 7 «o sus representantes legales». En el derecho argentino, la directiva anticipada es un acto personalísimo; no puede ser realizada por medio de un representante¹⁷. En la directiva puede haber la designación de un representante para actuar en el futuro, pero la directiva no puede ser otorgada por representante (art. 60 Código Civil y Comercial argentino)¹⁸. La única manera de entender esta referencia del decreto reglamentario, si se la vincula al momento de emisión de la directiva anticipada, es

que la directiva es un consentimiento informado que puede ser emitido por el representante legal, pero esta interpretación no es de fácil aplicación, desde que, como es sabido, a diferencia del consentimiento informado que se presta en el acto médico, en las directivas anticipadas, por ser tales, es difícil exigir mayores precisiones.

Chile

Chile es uno de los pocos países que ha revisitado la atención en salud mental desde 1990, no solo con una psiquiatría comunitaria, sino bajo la perspectiva de los derechos humanos y el modelo social de la CDPD, de la cual participa como Estado miembro⁶. Actualmente, este país tiene una regulación que considera las VASM en la atención de la salud mental, basada en las reformas de las disposiciones legales para la protección de los derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial, sustentadas en los instrumentos y las recomendaciones de organismos internacionales, principalmente la CDPD¹⁹.

La Ley N.º 21.331 sobre el reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, promulgada el 23 de abril de 2021 y publicada el 11 de mayo de 2021¹⁹, reconoce y contempla las VASM en el artículo 4, que estipula: «Los equipos de salud promoverán el resguardo de la voluntad y preferencias de la persona. Para tal efecto, dispondrán la utilización de declaraciones de voluntad anticipadas, de planes de intervención en casos de crisis psicoemocional, y de otras herramientas de resguardo, con el objetivo de hacer primar la voluntad y preferencias de la persona en el evento de afecciones futuras y graves a su capacidad mental, que impidan manifestar consentimiento»¹⁹.

En este sentido, las VASM o declaración de voluntades anticipadas, como se las denomina en esta legislación (art. 4 de Ley N.º 21.331)¹⁹, consisten en la expresión de las preferencias de una persona en orden a aceptar, negar, limitar o condicionar los tratamientos que le sean indicados, en un momento futuro en el que no se esté en condiciones de expresar su voluntad válidamente por encontrarse afectada su capacidad a consecuencia de un evento de crisis. Estas disposiciones deberán ser respetadas por el equipo de salud.

Marshall y Gómez²⁰ han señalado que las VASM son una herramienta dirigida a maximizar la autonomía de los pacientes y generar una práctica institucional respetuosa de los derechos de las personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual. Así, las VASM han sido concebidas en Chile como una herramienta de resguardo para la protección del derecho del paciente a manifestar sus preferencias en forma directa en su proceso de atención de salud mental, considerando la dinámica de las enfermedades mentales en sus distintas etapas, que pueden evolucionar en mayores compromisos cognitivos a futuro.

La Ley N.º 21.331 reconoce, promueve y potencia la autonomía de la persona con enfermedad mental, para que pueda ejercerla en forma gradual, asistida, apoyada mediante la manifestación de su voluntad en forma anticipada, cuando un paciente presente una afección en mayor o menor medida de las habilidades de autogobierno en distintos niveles, dependiendo del diagnóstico²¹. En relación con esto, en el artículo 4 de la ley se señala que «la persona podrá designar a uno o más

acompañantes para la toma de decisiones, quienes le asistirán, cuando sea necesario, a ponderar las alternativas terapéuticas disponibles para la recuperación de su salud mental» (art. 4)¹⁹. Las VASM se asocian con los apoyos para la toma de decisiones de las personas, con el objetivo de resguardar su voluntad y preferencias respecto a tratamientos o alternativas terapéuticas que les sean propuestos.

Por otro lado, la figura de las VASM está ampliamente vinculada al consentimiento informado, en conformidad con lo señalado en el artículo 4, inciso cuarto de la ley: «con el objetivo de hacer primar la voluntad y preferencias en el evento de afecciones futuras y graves a su capacidad mental, que impidan manifestar consentimiento»¹⁹; en tanto derecho y ejercicio de la autonomía personal, pero de forma prospectiva, en un tiempo futuro, cuando al paciente ya no le sea posible expresar sus preferencias por encontrarse con una afectación de salud grave que impida expresar su decisión y voluntad.

Finalmente, la ejecución de la declaración de voluntades anticipadas no está regulada en detalle en la Ley N.º 21.331, encontrándose pendiente el dictado del Reglamento, que debería operativizar el ejercicio de este derecho: las formalidades para su otorgamiento, la integración a la ficha clínica, su valor jurídico, la obligatoriedad para los equipos de salud y la revocabilidad.

México

En México se estableció el Programa de Acción Específico para la Prevención y Atención Integral de la Salud Mental y Adicciones 2020-2024, el cual presenta un enfoque comunitario, de derechos humanos y perspectiva de género; además, propone ampliar los servicios de salud mental y adicciones en el Sistema Nacional de Salud, con la finalidad de garantizar el acceso equitativo de la población a servicios integrales de atención en salud mental y adicciones⁶. Bajo este nuevo enfoque, se reformularon normativas legales para incorporar conceptos y un lenguaje más inclusivo con respecto a la discapacidad y adecuado con lo estipulado en las convenciones internacionales, impulsando los derechos y la igualdad de oportunidades, incluyendo las VASM, desde «la perspectiva de las capacidades diferentes y la diversidad funcional en el ámbito de la salud mental»²².

El 20 de noviembre de 2019 se promovió una iniciativa de Ley General de Salud Mental que se turnó a la Cámara de Diputados para su aprobación final⁶, como modificaciones a la Ley General de Salud, en materia de salud mental y adicciones aprobada el 16 de mayo de 2022²³. En este documento legal se plantea la toma de decisiones por parte de los pacientes, con ajustes y reestructuración en la atención de la salud mental según la CDPD.

A partir de esta reforma, la Ley General de Salud hace alusión a la concepción de la voluntad anticipada como un derecho de la población usuaria de los servicios de salud mental, en tanto previsión para requerir en el futuro los servicios de atención médica (artículo 74 Ter., II; artículo 75 Ter.)²³. Así, la ley enuncia que la elaboración de las VASM debe especificar el tipo de acciones que desean sean tomadas para recibir un tratamiento, o bien su negativa.

En la voluntad anticipada deben quedar establecidas las especificaciones que constituirán las acciones para el tratamiento, tal como la forma, el alcance, la duración y demás directrices que se determinen para dicho apoyo. Del mismo modo, se deben contemplar las circunstancias en que la designación de apoyos a futuro surtirá efecto. En relación con la revocación, la ley señala que la persona que ha elaborado su VASM podrá anular el contenido de este documento en cualquier momento (art. 75 Ter.)²³.

Como parte de las reformas en mención, se adiciona la disposición de contar con la VASM como un derecho bajo un enfoque comunitario de la atención a la salud mental, sustentado en el respeto a los derechos humanos de los usuarios de estos servicios, en apego a los principios de interculturalidad, interdisciplinariedad, integralidad, intersectorialidad, perspectiva de género y participación social; y concibiendo al usuario como una persona, con preferencias individuales y empoderamiento para poder tener una vida autónoma, superando o manejando el trauma (art. 72 Bis.)²³.

No obstante, ni en disposiciones anteriores ni en estas reformas, la ley estipula las especificaciones del modo de obtención de la VASM sobre ¿cuándo? ¿dónde? ¿quién debe recabar o planificar la elaboración del documento? Tampoco existe un reglamento que permita establecer estas características de manera más detallada. Si bien en la fracción II del artículo 74 Ter. de la ley se instituye el derecho a contar con directrices de voluntad anticipada sobre el consentimiento informado²³, estas directrices no se encuentran desarrolladas para la aplicación general en México.

Valdez-Santiago et al.⁶ han señalado que la iniciativa de la ley que dio lugar a estas reformas desconoce la capacidad jurídica de las personas con discapacidad y afecta a derechos humanos como la dignidad, la autonomía, la libertad y la no discriminación, además de que algunos de sus artículos no están armonizados con el Derecho Internacional de los Derechos Humanos ni con la CDPD, esta última ratificada por México como Estado miembro desde 2007, por lo que el país está obligado a garantizar estos derechos.

A mayor abundamiento, debe tomarse en cuenta que la Ley General de Salud aludida es de aplicación general, pero en materia de salud cada uno de los 32 Estados que integran la República de México cuenta con facultades para emitir sus propias leyes. Por ejemplo, la Ley de Salud de la Ciudad de México del 9 de agosto de 2021, en su artículo 149, redefinió a la voluntad anticipada para la etapa terminal de una persona²⁴, abrogando así la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal²⁵.

De las 32 entidades federativas de la República Mexicana, únicamente 16 de sus Estados han legislado estas voluntades anticipadas al final de la vida (VAFV) en general. Mientras que solo uno, el Estado de Baja California, sí dedica un artículo a la posibilidad de que las personas con problemas de salud mental puedan otorgar su VASM; para las demás, reserva la posibilidad de que designen a una persona que pueda decidir en su lugar para cuando estén impedidas de expresar su voluntad.

En este sentido, México cuenta con el antecedente de la aplicación de las VAFV, concebidas como el acto que expresa la decisión de una persona con capacidad de ejercicio de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando

se encuentre en etapa terminal y, por razones médicas, sea imposible mantenerla de manera natural, protegiendo en todo momento su dignidad (art. 149, Ley de Salud de la Ciudad de México)²⁴.

La Ley General de Salud establece en su Título Octavo Bis, referente a los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal, en el artículo 166 Bis 4, el derecho de toda persona de expresar su voluntad anticipada en general²⁶. A su vez, el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica²⁷, en su artículo 138 Bis 7, fracción III, refiere el derecho de que se respete el documento de directrices anticipadas²⁶.

Las VAFV cuentan con los elementos para su formalización establecidas en la Ley General de Salud y su Reglamento. En tanto que en estas normativas jurídicas solo existe por ahora un señalamiento expreso de las VASM, por lo que se requiere continuar trabajando para que se constituyan con la misma aplicabilidad y formalidad que las VAFV.

Perú

Este país cuenta con la Ley N.º 30947 «De Salud Mental», publicada el 23 de mayo de 2019²⁸ y su Reglamento, el Decreto N.º 007-2020-SA del 6 de marzo del 2020²⁹. En esta norma legal se alude a la planificación anticipada de decisiones, que se puede interpretar como las VASM. En el artículo 20, relativo a la Adecuación de servicios de salud mental de los hospitales, se establece en su numeral 20.3. «Implementación de acciones para brindar cuidados en salud mental basadas en la protección de los derechos humanos, el modelo comunitario de atención y el enfoque de recuperación, tales como capacitación continua en derechos humanos, institucionalización de protocolos de atención de emergencias, de terapia electroconvulsiva, planificación anticipada de decisiones, entre otras pertinentes»²⁸.

La referida ley plantea en el inciso 5 del artículo 3, un enfoque transversal en derechos humanos, conforme al cual toda acción, estrategia, intervención y promoción en materia de salud mental deben ajustarse a la CDPD y a otros instrumentos de derechos humanos internacionales y regionales de los cuales el Perú es Estado miembro o firmante. Asimismo, el inciso 1.2 del artículo 1 enuncia que la atención de la salud mental se fundamenta en el modelo de atención comunitaria, así como el respeto ineludible a los derechos humanos y dignidad de la persona, sin discriminación²⁸. No obstante, la ley no menciona a las VASM y su Reglamento lo hace muy someramente, solo para considerarlas como una acción para brindar cuidados en salud mental²⁹.

El Código Civil peruano no hace mención expresa a la VASM. Sin embargo, con el Decreto Legislativo N.º 1384, del 4 de septiembre del 2018, podrían tener cabida con el nuevo texto del artículo 3 de dicho código, el cual dispone que toda persona tiene capacidad jurídica para el goce y ejercicio de sus derechos, pudiendo la capacidad de ejercicio ser restringida solo por ley, agregando que «las personas con discapacidad tienen capacidad de ejercicio en igualdad de condiciones en todos los aspectos de la vida»³⁰. Adicionalmente, es necesario recordar que el derecho a la salud es un derecho fundamental y, consecuentemente, no necesita de otro derecho de la misma naturaleza para ser exigido³¹.

Como señalan Enríquez y Chaparro³², en el ámbito legislativo peruano existen deficiencias en relación con la autodeterminación terapéutica, lo cual podría representar una falta al principio de autonomía y al respeto a la dignidad de la persona. Aunque la Ley de Salud Mental es relativamente nueva, falta mucho desarrollo legislativo y jurisprudencial para que la autoridad sanitaria facilite suficientemente el ejercicio de la voluntad anticipada a pacientes con diagnósticos de enfermedades mentales.

VASM en América Latina

En la [tabla 1](#) se aprecian los resultados del análisis comparativo de las normativas vigentes sobre salud mental que incluyen las VASM en Argentina, Chile, México y Perú. Una diferencia entre los países es el término de las VASM; en Argentina, se les denomina directrices; en Chile, declaraciones y en Perú, la norma de salud mental se refiere a la «planificación anticipada de decisiones» (artículo 7 de la Ley argentina; artículo 4 de la Ley chilena; artículo 20 del Reglamento de la Ley peruana)^{16,19,29}. En cuanto a la definición, en Argentina, México y Chile, las VASM se conciben como un derecho que tiene una persona usuaria de los servicios de salud mental, en tanto previsión para requerir en el futuro los servicios de atención médica, para aceptar y rechazar tratamientos, incluso cambiar su decisión durante estos. En Perú, la interpretación es que las VASM son una acción que deben implementarse como parte de los cuidados adecuados en salud mental.

En la legislación chilena¹⁹ y en la mexicana²³ se puede interpretar que la determinación de las VASM se asocia con el resguardo de la voluntad y las preferencias de la persona con respecto a las acciones que desean sean tomadas para el tratamiento o las alternativas terapéuticas que les sean propuestos o su negativa.

La Ley General de Salud en materia de salud mental y adicciones de México²³ es la única que señala de manera expresa que en la manifestación de VASM se establecerá, en su caso, la forma, alcance, duración y directrices de dicho apoyo, así como las circunstancias en que la designación de apoyos a futuro surtirá eficacia, agregando que la persona podrá revocar en cualquier momento el contenido de la voluntad anticipada previamente adoptada (artículo 75 Ter.). No obstante, el decreto reglamentario N.º 603/13 de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 de Argentina especifica que las VASM deben salvaguardarse en la historia clínica de la persona o usuaria de los servicios de salud mental (artículo 7)¹⁷, mientras que la Ley chilena expone en su artículo 4 la necesidad de que la persona designe a uno o más acompañantes para que la asistan en las decisiones al momento de considerar las alternativas terapéuticas disponibles para su tratamiento¹⁹.

En Argentina, Chile y México, las VASM son revocables; esto significa que la persona puede dejar sin efecto el documento con su voluntad anticipada en cualquier momento. Asimismo, en los tres países se enuncia el rol del equipo de salud para promover o adoptar el resguardo de la voluntad y preferencias de la persona, así como de respetar dicha decisión.

Tabla 1. Comparativo de las normativas vigentes sobre salud mental que incluyen las voluntades anticipadas en salud mental (VASM)

País	Nombre de la ley	Estipula VASM	Concepto	Significado	Especificación	Revocación
Argentina	Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.65 (2010) Decreto Reglamentario 603/2013 de la Ley N.º 26.65 (2013)	Sí	Directivas anticipadas	Todo paciente con plena capacidad o sus representantes legales, en su caso, podrán disponer directivas anticipadas sobre su salud mental, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos y decisiones relativas a su salud, las cuales deberán ser aceptadas por el equipo interdisciplinario interviniente a excepción que aquellas constituyan riesgo para sí o para terceros (artículo 7)	Dichas decisiones deberán asentarse en la historia clínica. El equipo interdisciplinario interviniente deberá acatar dicha decisión y adoptar todas las formalidades que resulten necesarias a fin de acreditar tal manifestación de voluntad, de la que deberá dejarse expresa constancia en la historia clínica (artículo 7)	Sí
Chile	Ley N.º 21.331 Del Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental (2021)	Sí	Voluntad anticipada	Los equipos de salud promoverán el resguardo de la voluntad y preferencias de la persona. Para tal efecto, dispondrán la utilización de declaraciones de voluntad anticipadas, de planes de intervención en casos de crisis psicoemocional y de otras herramientas de resguardo, con el objetivo de hacer primar la voluntad y preferencias de la persona en el evento de afecciones futuras y graves a su capacidad mental, que impidan manifestar consentimiento (artículo 4)	Complementariamente, la persona podrá designar a uno o más acompañantes para la toma de decisiones, quienes le asistirán, cuando sea necesario, a ponderar las alternativas terapéuticas disponibles para la recuperación de su salud mental (artículo 4)	Sí
México	Ley General de Salud (2022)	Sí	Voluntad anticipada	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 desean sean tomadas para su tratamiento, o su negativa a recibir un tratamiento (artículo 75 Ter.)	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 (artículo 75 Ter.)	Sí
Perú	Ley N.º 30947 Ley de Salud Mental (2019) Decreto Supremo N.º 007-2020-SA Reglamento de la Ley 30947, Ley de Salud Mental (2020)	Sí	Planificación anticipada de decisiones	Implementación de acciones para brindar cuidados en salud mental basadas en la protección de los derechos humanos, el modelo comunitario de atención y el enfoque de recuperación, tales como (...) planificación anticipada de decisiones, entre otras pertinentes (artículo 20)	N/E	N/E

N/E: no específica.

Finalmente, en el análisis de las legislaciones principalmente de Chile y México se puede evidenciar cómo las VASM continúan estando asociadas con el documento y proceso de consentimiento informado, como instrumentos jurídicos y éticos para la protección de los derechos de las personas y de su autonomía, constituyendo herramientas centrales en la toma de decisiones sobre la salud de los individuos.

Discusión

Las reformas a las legislaciones en salud mental en América Latina obedecen a que estas deben armonizarse conforme a lo establecido en la CDPD. De acuerdo con el artículo 12 de la CDPD «Los Estados Parte reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica. Los Estados Parte reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida»¹⁴. Los Estados que han suscrito esta convención tienen la obligación de crear las condiciones y herramientas que permitan a las personas con discapacidad psicosocial ejercer los derechos reconocidos en dicho instrumento, en condiciones de igualdad.

Argentina, Chile, México y Perú, como Estados miembros, han adoptado el enfoque de derechos de la CDPD y su normativa persigue dicho propósito, lo que implica un gran desafío en su implementación, que deberá garantizar que las personas con discapacidad tengan acceso a los apoyos que establece la legislación en la materia y las salvaguardas necesarias para el ejercicio de su autonomía mediante herramientas como las VASM, en tanto acto libre de abusos, un derecho efectivo y no meramente declarativo.

Las normativas actuales de estos cuatro países han establecido las VASM con la finalidad de ayudar a respaldar su voluntad y preferencias de las personas mediante la toma de decisiones con apoyo necesario, tal como lo señala el artículo 12 de la CDPD, que limita las decisiones por sustitución y favorece el acompañamiento y el apoyo en la toma de decisiones, reconociendo a la persona como sujeto de derechos^{3,14,33}.

No obstante, la armonización de la legislación con la CDPD es a nivel mundial, no solo en la región de las Américas. Las leyes en salud mental europeas y algunas asiáticas (específicamente en India) que estipulan las VASM también han sufrido reformas. Por ejemplo, en los Países Bajos la última reforma a la Ley holandesa entró en vigor el 1 de enero del 2020, estableciendo la atención obligatoria de la salud mental, incluyendo las directivas autovinculantes o DAP, aun cuando estaban reguladas desde el 2008³⁴.

En Italia, Porteri et al.³⁵ mencionan que en diciembre de 2017, el Parlamento italiano aprobó la nueva Ley N.º 219/2017 «Disposiciones para el consentimiento informado y las directivas anticipadas»³⁵, en donde se estipula que las directivas anticipadas (artículo 4) garantizan el derecho del ciudadano a expresar voluntades sobre tratamientos médicos y a dar instrucciones de atención en previsión de una posible futura incapacidad de autodeterminación.

Las reformas de ley en materia de salud mental son parte integrante de las políticas públicas que se han definido con un enfoque de derechos humanos considerado en el derecho internacional³⁶. La CDPD es, en este caso, la guía que inspira y fundamenta el reconocimiento y la protección de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial que reclaman su participación y promoción en su rol activo sobre las decisiones que se tomen en el ámbito de su atención de salud, exigiendo y conquistando espacios para su dignidad.

Legislar las VASM es solo la punta del iceberg. El campo de la obligatoriedad legal permite que estas directrices o voluntades sean un mecanismo efectivo en el ejercicio de los derechos de las personas; sin perjuicio de lo anterior, se requiere que este derecho sea conocido por las personas, facilitando así su ejercicio, debiendo quedar constancia en su ficha o historia clínica, de manera que el equipo de salud las identifique, conozca y principalmente, las respete, para que las VASM no sean reducidas en la práctica a un instrumento administrativo carente de valor.

El avance que han tenido los países de América Latina en esta materia, como es el caso de los países analizados, es relevante⁷. Aunque el trabajo legislativo debe continuar en la reglamentación y en claro reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad psicosocial, asimismo en el esfuerzo por lograr la construcción de marcos legales, armonizados en su generalidad con la CDPD y de manera apropiada a la realidad del contexto, con la participación de los sectores involucrados^{6,15}.

Conclusiones

En las normativas de Argentina, Chile y México que se analizaron, se aprecia la figura de las VASM pero no los detalles de la manifestación, que deberían estipularse en un reglamento. Sin embargo, no todos estos países cuentan con este documento normativo y aquellos que lo tienen, aún parece escueto. En el caso de México, a pesar de no tener aún un reglamento, la ley establece con más detalle las especificaciones de las VASM, aunque esta información todavía resulta insuficiente para su implementación.

Por otro lado, el hecho que se estipule legalmente el derecho de las personas con enfermedad mental para tomar decisiones sobre su salud de manera anticipada, para ser respetado por medio de las VASM cuando una crisis de salud le impida manifestar su voluntad por carecer de su capacidad, no garantiza el reconocimiento jurídico de estas personas y, por ende, el ejercicio efectivo de este derecho, que es lo más relevante para la vida de las personas.

El compromiso asumido por diversos países latinoamericanos para respetar la autonomía de las personas y la aplicación de las VASM es muy importante y se manifiesta en diversas normas legales. No obstante, debe considerarse que la existencia de estas legislaciones no garantiza una implementación adecuada de las VASM; aunque es un primer paso, lo imperante es determinar si los avances normativos sobre VASM se traducen en la práctica^{7,37}.

En la literatura se han documentado diversas barreras para la implementación de las VASM que han enfrentado algunos países europeos y anglosajones^{7,38,39}. En los Países Bajos, el nuevo marco

legal señala que se debe obtener la autorización legal para brindar atención obligatoria, lo cual está basado en las directivas autovinculantes o DAP, no obstante, los procedimientos formales continúan siendo complejos y largos, provocando algunas barreras que restringen el acceso a estas directivas por parte de los usuarios del servicio y, por tanto, evitando que las DAP les permita un mayor control sobre su tratamiento. No obstante, la implementación de las directivas autovinculantes avanza muy lentamente: las tasas de finalización o del número de personas que optan por esta herramienta se han mantenido muy bajas³⁴. La puesta en marcha de las VASM es una realidad que está muy por debajo de que estas figuren expresa y detalladamente en una normativa legal.

Diversos autores continúan abordando ventajas o beneficios y riesgos o desventajas de la implementación de las VASM^{35,38,39}. Algunos autores italianos han discutido si los comités de ética podrían desempeñar un papel en la implementación de la VASM, contribuyendo en la formación, redacción de orientaciones y asesoramiento sobre documentos de las directivas anticipadas³⁵.

Las dificultades para la implementación de las VASM que han enfrentado países europeos y anglosajones pueden compartirse con otras regiones como Asia y América Latina, además de las que son propias a cada contexto, principalmente, en la región de las Américas con su diversidad histórico-cultural y su brecha en el acceso a la salud que pueden generar barreras en la implementación^{7,38}.

El análisis realizado de la legislación argentina, chilena, mexicana y peruana demuestra los retos que tiene la región para que exista una garantía legal más robusta con la finalidad de que las personas con enfermedad mental puedan ejercer su derecho de expresar una VASM, con la mayor especificación y reglamentación, sin que esto se circunscriba al orden jurídico, sino que además se contemplen otras dimensiones implicadas, como la clínica y la bioética¹⁰, y comprometidas en la implementación, que puedan avalar las condiciones posibles para su realización y de este modo, hacer efectivo el ejercicio del derecho a manifestar la voluntad anticipada.

Agradecimientos

Agradecimiento especial a Daniel Arellano-Hernández, Fernanda Méndez-Velázquez y Joselín Vera-Armendáriz por la obtención de la información de las legislaciones.

Financiamiento

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*, a cargo de Liliana Mondragón-Barrios.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que no utilizaron algún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Bibliografía

1. 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.
2. Appelbaum P. Psychiatric advance directives and the treatment of committed patients. *Psychiat Serv*. 2004;7(55):751-63.
3. Mondragón L, Guarneros T. Directrices anticipadas en psiquiatría. En: Martínez N, editor. *Salud Mental Forense*. Ciudad de México: Editorial Tirant lo Blanch; 2020. pp. 124-137.
4. Mondragón L, Lolás F. Condiciones bioéticas en las decisiones compartidas para las directrices anticipadas en psiquiatría. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat*. 2023a;69(2):89-93.
5. OPS, Organización Panamericana de la Salud. Conferencia Regional: Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina: Documento básico de trabajo [Internet]. Washington: OPS, Organización Panamericana de la Salud; c1990 [citado el 23 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/39160>
6. 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(4):554-64.
7. Buedo P, Sanchez L, Ojeda M, Della Vedova M, Labra B, Sipitria R, et al. Consentimiento informado y directivas anticipadas: análisis comparado de la legislación en América Latina. *Rev Bioet Derecho*. 2023;58:25-44.
8. Herreros B, Benito M, Gella P, Valenti E, Sánchez B, Velasco T. Why have Advance Directives failed in Spain? *BMC Med Ethics*. 2020;21:113.
9. 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.
10. Mondragón L, Lolás F. Bioethics and advance directives in psychiatric in the hospital context. *Salud Ment*. 2023b;46(5):261-7.
11. Haro González A, Ríos A, Ruiz C, Gardoki I, Camacho M, Fernández O, et al. *Voluntades anticipadas en salud mental (Guía)*. España: Editorial Anto Spontan; 2023.
12. Calahorrano E. La planificación anticipada del cuidado en salud: alternativa de regulación para Chile desde el derecho comparado y la Convención Interamericana para la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. *Rev Derecho Priv*. 2021;40:201-33.
13. Pérez M, Herreros B, Martín M, Molina J, Kanouzi J, Velasco M. Do Spanish hospital professionals educate their patients about advance directives? A descriptive study in a university hospital in Madrid, Spain. *J Bioeth Inq*. 2016;13:295-303.
14. ONU, Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad [Internet]. Nueva York: ONU, Organización de las Naciones Unidas; c2006 [citado el 20 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
15. Maldonado I, Mondragón L, Medina M, Acevedo M. Análisis de las leyes estatales de salud mental desde la perspectiva de la Convención de Derechos para Personas con Discapacidad. En: Martínez A, editor. *Bioética, neuroética y neuroderechos. Realidades y perspectivas en el siglo XXI*. Ciudad de México: Editorial Tirant lo Blanch; 2023. pp. 87-111.
16. Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, BO N.º 32041 (3 dic 2010).
17. Decreto reglamentario N.º 603/13, de la Ley N.º 26.657, BO (28 may 2013).
18. Código Civil y Comercial de la Nación, BO (1 ago. 2015).
19. Ley 21.331 Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, DO (11 may 2021).
20. Marshall P, Gómez Yuri H. Directrices anticipadas en salud mental y el problema de la revocación. *Acta Bioeth*. 2022;28(2):205-14.
21. Mendonça S. Dignidade e autonomia do paciente com transtornos mentais. *Rev Bioét*. 2019;27(1):46-52.
22. Casado M, Vilà A. Documento sobre bioética y discapacidad. Observatori de Bioètica i Dret. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2014.
23. Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones, DOF (16 may 2022).
24. Ley de Salud de la Ciudad de México, Gaceta Oficial de la Ciudad de México (9 ago 2021).
25. Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, Gaceta Oficial del Distrito Federal. Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, Gaceta Oficial del Distrito Federal (27 jul 2012).
26. Ley General de Salud, 1984. Última reforma DOF (7 jun 2024).
27. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, DOF (17 jul 2018).
28. Ley N.º 30947 De Salud Mental, Ministerio de Salud y DO El Peruano (23 may 2019).
29. Decreto Supremo N.º 007-2020-SA, Reglamento de la Ley 30947, Ley de Salud Mental, Ministerio de Salud y DO El Peruano (5 mar 2020).
30. Decreto Legislativo N.º 1384, DO El Peruano (4 sept 2018).

31. Gómez Sánchez Torrealva F. Estudio sobre la salud mental en Perú (con ocasión de la STC No. 03081-2007-AA). RIDAA. 2009;55:149-66.
32. Enríquez Y, Chaparro K. Perspectivas de profesionales peruanos sobre las declaraciones de voluntad anticipada. Rev Apuntes Bioet. 2021;4(1):104.
33. Escuela Andaluza de Salud Pública. Programa de Salud Mental. Guía de Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental [Internet]. Andalucía: Escuela Andaluza de Salud Pública; c2020 [citado el 1 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/Guia%20PAD%20SM_2020_0.pdf
34. van Melle L, van der Ham L, Voskes Y, Widdershoven G, Scholten M. Opportunities and challenges of self-binding directives: an interview study with mental health service users and professionals in the Netherlands. BMC Med Ethics. 2023;24:38.
35. Porteri C, Ienco G, Turla EM, Petrini C, Pasqueletti P. Italian law n. 219/2017 on consent and advance directives: survey among Ethics Committees on their involvement and possible role. BMC Med Ethics. 2022;23:114.
36. Parra C, Palacios M. Enfoque de derechos humanos en la política pública de discapacidad. Cienc Soc Humanid. 2008;7(13):97-114.
37. Barutta J, Vollmann J. Advance directives in Latin America. An ethical analysis with a focus on Argentina. Rev Latinoam Bioet. 2013;13(24-1):86.
38. Poremski D, Alexander M, Fang T, Tan G, Ong S, Su A, et al. Psychiatric Advance Directives and their relevance to improving psychiatric care in Asian countries. Asia Pac Psychiatry. 2020;12(1):e12374.
39. Maylea C, Jorgensen A, Matta S, Ogilvie K, Wallin P. Consumers' Experiences of Mental Health Advance Statements. Laws. 2018;7(2):22.

Achilles' complex and children's creativity

Complejo de Aquiles y creatividad infantil

Carlo Bellieni

Department of Molecular Medicine and Development, University of Siena, Siena, Italy

Abstract

Background: Living in a family with examples of love and hard work is often thought to be a key factor in the development of creativity. This is not always the case. **Objective:** To assess the roots of creativity in different family environments. **Methods:** We analyzed the available literature on the development of childhood creativity, focusing on the correlation between an early dysfunctional family (FD) and the presence/absence of creativity. **Results:** In FD, creativity is sometimes due to children's difficulty in surviving environmental adversities; this creates a world of manic activity that serves to counteract the violence of the real world. In this world, the child deepens talents, but often with the side effect of developing asocial or neurotic traits. **Conclusions:** FD can paradoxically forge geniuses. The "Achilles' Complex" is a paradigm of this process that will be explained in the text.

Keywords: Children. Family. Creativity. Genius. Depression.

Resumen

Antecedentes: Habitualmente se piensa que vivir en una familia con ejemplos de amor y laboriosidad es un factor fundamental para el desarrollo de la creatividad. No siempre es así. **Objetivo:** Evaluar las raíces de la creatividad en diferentes entornos familiares. **Métodos:** Analizamos la literatura disponible sobre el desarrollo de la creatividad infantil y nos enfocamos en la correlación entre los primeros años de vida en familias disfuncionales (FD) y la presencia o ausencia de creatividad. **Resultados:** En las FD, la creatividad se debe en ocasiones a la dificultad de los niños para sobrevivir a las adversidades ambientales; esto crea un mundo de actividad maniaca que sirve para contrarrestar la violencia del mundo real. En este mundo el niño profundiza talentos, pero a menudo con el efecto colateral de desarrollar rasgos asociales o neuróticos. **Conclusiones:** Las FD pueden forjar paradójicamente genios. El «complejo de Aquiles» es un paradigma de este proceso que se explicará en el texto.

Palabras clave: Niños. Familia. Creatividad. Genio. Depresión.

Correspondence:

Carlo Bellieni
E-mail: bellieni@unisi.it

Date of reception: 14-10-2024

Date of acceptance: 12-11-2024

DOI: 10.24875/BUP.24000011

Available online: 14-03-2025

BIOETHICS UPdate 2025;11(1):47-54

www.bioethicsupdate.com

2395-938X / © 2024 Centros Culturales de México, A.C. Published by Permanyer. This is an open access article under the terms of the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introduction

It is usually believed that creativity is favored by a serene and stimulating environment. Various studies show that this is the preferred path for its development, but this is not always the case. Scientific literature and examples of famous people with a strong creativity show that creativity can also develop in adverse environments, particularly in cases of disadvantaged childhood. This should urge caregivers to investigate for these latter events. The objective of this paper is to analyze this phenomenon through the available scientific literature.

Hidden talents

Some recent studies help us understand this phenomenon. Thomson and Jaque¹, by analyzing 577 artists and athletes with or without a dysfunctional family (FD), found that a welcoming family is not a guarantee in developing creativity. In another study², they had analyzed 234 professional performers. They found that performing artists, as a group, reported a higher level of childhood emotional abuse and neglect. Wikenius³, in a commentary to Thomson's studies, reported that being raised in a FD produces overall greater negative effects but also more intense creative experiences for a sort of resipiscence, maybe due to epigenetic changes: "Although early-life adversity can undermine healthy development, children growing up in harsh environments may develop intact, or even enhanced, skills for solving problems in high-adversity contexts (i.e., "hidden talents")".

Another help comes from the association found between mental disorders and creativity. Some positive traits or abilities, including creativity, are more common in individuals with mental diseases (MD). Numerous biographical studies and large population studies provide strong support for a connection between outstandingly creative people (OCP) and MD^{4,5}. Studies found a tenfold increase in the rate of bipolar disorder among OCP, and that eminent creativity and career success are particularly relevant among unaffected first-degree relatives and individuals expressing traits on the bipolar spectrum^{6,7}. The rate and intensity of psychopathological symptoms are usually greater among OCP than in the general population^{8,9}, and highly creative artists are estimated to be about twice as likely to experience some psychiatric disorder as non-creative individuals¹⁰.

Although outstandingly creative people tend to score high on some psychopathological symptoms, their scores are seldom high enough to represent clear and bright psychopathology. Instead, their scores may lie somewhere between the normal and abnormal ranges¹¹. Traits related to mood instability (hypomanic traits, cyclothymic temperament), "experience" personality types (openness to experience, positive sociotype, impulsivity), and excessive conceptual inclusiveness are associated with both creativity and mental disease, including bipolar disorder¹². However, while mild to moderate expression of these shared traits can enhance creativity, more extreme expressions result in symptoms associated with the disease, such as mood cycling, psychosis, risk-taking, attention deficit disorder, and cognitive disorganization¹³. An inverted-U model between eminent creativity and mental disease has been suggested, according to which creativity would increase with the severity of MD up to a threshold and then decrease with increasing impairment accompanying more severe expression of symptoms¹⁴. Psychometric research underlines that creative subjects can be in the spectrum of psychopathological syndromes, but can show a less severe form and, therefore, use it to their advantage¹⁵.

Simonton¹⁶ proposed a “creativity paradox” composed of two propositions: (a) of all creative individuals, the more creative are at greater risk of MD than the least creative, and (b) of all people, creatives individuals show better mental health than non-creative ones. He explained that “even if psychopathology is specified to be positively correlated with creative productivity, creators as a whole may still exhibit appreciably less psychopathology than people in the general population because the creative geniuses who are most at risk represent an extremely small percentage of those who contribute to the dominion”.

Create to survive

This is counterintuitive, but it has very deep reasons. In fact, creativity is also the way to survive in psychologically suffocating family or environmental situations¹⁷. Donald Winnicott described the possibility of finding transitional tools to deal with temporary separation from the mother. However, he also explains that in certain cases these transitional tools can have an extension and a deepening that last well beyond the infantile period¹⁸. “I have introduced the terms “transitional objects” and “transitional phenomena” to designate the intermediate area of experience, between thumb and teddy bear, between oral eroticism and true object relationship, between primary creative activity and the projection of what has already been introjected (...) My statement is that if there is a need for this double affirmation [the inner and the outer psychical world], there is also a need for a triple one [the transitional experience], the third part of a human being's life, a part that we cannot ignore, is an intermediate area of experience, to which both inner reality and outer life contribute” (Winnicott, 2016).

Moreover, it is not just a question of “tools,” that is, physical objects to which the child is particularly attached, but of activities (singing, playing, drawing, etc.) in which the child finds a sort of third world, alongside his world of desperation and that of his internal life¹⁹. “The *symbolic object*, the baseball team, functions as a transitional object, functions to permit the individual to displace the psychic energy which had been bound up internally onto an object which exists in social reality. The function of the transitional object, here, is to facilitate the shift in cathectic energy”²⁰. It is a third world in which he expresses what he does not know and cannot express in words. In certain cases, this expression is so strong, bordering on mania, that it develops features of high artistic, sporting, and philosophical quality²⁰. It is in the most difficult situations that the child finds himself at a crossroads: to collapse psychologically or to create his own world. It will not be a world of happy creation, as instead happens in cases where the basic situations are fortuitously positive. However, it will be a world of creation, pushed by an internal force that drives him to create a word where life has a meaning, and detachment from the parental reference world is not fatal.

Discussion

Then we can say that the qualities, the talents of each person have two ways of blossoming. The first is the classic one: the imitation of the maternal and paternal model. The second is the desire not to succumb to an adverse environment.

The importance of infancy

Classically, bioethics refers to specific aspects of life, when referred to humans: its dawn and end, its possible alterations through drugs or engineering. The unfair behaviors that happen during a “normal” life receive scarce attention by bioethics; and this is unjust because they can provoke great damage and can be contrary to an ethical way of approaching the human being. The ethics of puericulture is one of these.

Our way of behaving, our attachment to others, and our extroverted or introverted personality are born from the 1st days of life by mirrorring the look we see in the eyes of our mother, which gives us the affective perception of our self; and for our father’s ability to open the way for us to experience the world²¹. Certainly, these two figures are not just the sexually delimited father and mother; indeed, we could say that those who open us to the world behave in a paternal way, and those who give us the first affective sensation of ourselves behave in a maternal way, regardless of sex. However, our abilities and talents develop through imitation, then in memory, of those two bastions that are the role of the father and the role of the mother.

However, there is a second way of developing our ego, and it is when parents do not behave as parents. For their absence/lack of affection or for their oppressiveness. In this case, the child will be able to develop an imaginary world of his own, which can remain in a framework of equilibrium, or become so imaginary as to move toward forms of neurosis and sometimes, for example in the case of the foreclosure of the name of the father or the crocodile mother (according to Lacan²²) challenge the world of psychosis. This is the case of famous artists, like Vincent, van Gogh, whose deliriums and great artistic performances have been attributed by some to a horrible childhood. Gustave Flaubert was considered the idiot of the family, because his parents were focused on their other two children; he, abandoned to himself, developed his writing skills but also speech delay and MD²³. Let’s also focus on Edgar Allan Poe, of whom I report here some lines that clarify his situation:

“From childhood’s hour, I have not been
As others were – I have not seen
As others saw – I could not bring
My passions from a common spring –
From the same source, I have not taken
My sorrow – I could not awaken
My heart to joy at the same tone –
And all I loved – I loved alone –
Then – in my childhood – in the dawn
Of a most stormy life – was drawn
From every depth of good and ill
The mystery which binds me still –
From the torrent, or the fountain –
From the red cliff of the mountain –
From the sun that ’round me rolled
In its autumn tint of gold –

From the lightning in the sky
 As it passed me flying by –
 From the thunder, and the storm –
 And the cloud that took the form
 (When the rest of Heaven was blue)
 Of a demon in my view –”²⁴

We should also remind the fiery words that Franz Kafka hurled against his father in a book where he hardly complained his behavior²⁵; or the case of Judge Schreber, magisterially described by Sigmund Freud. Schreber was the son of an iron-clad pedagogue who –due to his strong and punitive educational methods– ruined his child’s infancy, making him one of the greatest German jurists, but driving him to madness²⁶.

The Achilles' complex

We can make a distinction between creativity and genius. Creativity is the ability to use one’s talents in such a way as to be able to build something that goes beyond the sum of the talents themselves. Genius is something slightly different: it is the impulse to see beyond what others see²⁷. Creativity is due to the exercise of imitation of the parent, from which the child drew satisfaction and recognition. Genius is due to the inadequacy of their parents, who forced the child to create his own world that he carried with him into adulthood.

While much has been said about creativity as the ability to develop genes and inherited talents²⁸, little is said about genius, a form of creativity that brings with it maladaptive traits, as in the cases of artists just reported. It is no hazard that many have over time associated genius and madness, genius, and recklessness¹⁶.

If we had to exemplify the figure that represents mad genius, we would talk about Achilles, the Greek hero. As everyone knows, Achilles begins his life by being born to the goddess Thetis who –as an example of an oppressive mother– decides at his birth the fate of her son and –as an example of an absent mother– practically disappears with small exceptions during the life of the Greek hero. The father is completely absent. What could this child develop but a strange form of creativity that led him to exercise it in the art of war, making him a creative and a genius on the battlefield, the hero of all heroes? However, at the same time, as various psychiatrists²⁹ as well as the English poet Alexander Pope³⁰ underline, a brutal madness. This is why, if we had to name the type of genius that emerges from the dystopian family, we would call it “Achilles’ complex” (Fig. 1).

The Achilles’ Complex is the combination of genius and mental disorder that arise from a common cause: a serious fracture in childhood relationships that the subject tries to sublimate with an activity (transitional behavior) that drags on for years, that becomes almost maniacal, and that will bring him fame along with mental instability. The problem is that beyond the image of a genius (of a creative, of a hero), no one will usually see the internal suffering that the patient drags on throughout his life.

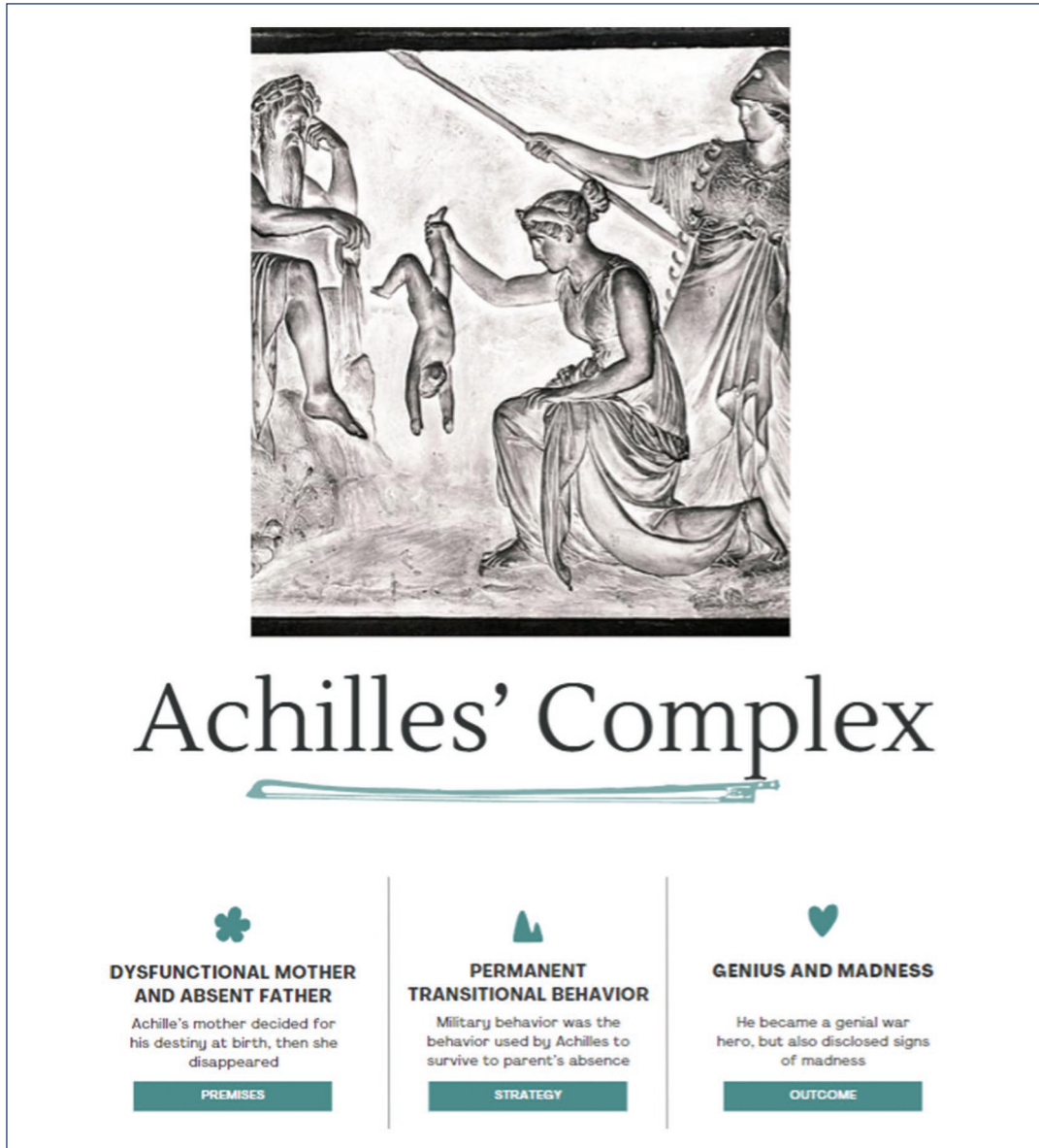


Figure 1. Achilles' complex.

A bioethical implication

Bioethics is interested in this phenomenon, while it might seem like an effect linked only to psychology or psychiatry; but instead, it sends a fundamental ethical signal: every phase of life must be protected. Normally, this phrase refers to the respect due to the end of life or the beginning of life. The unmet problem is that bioethics speaks little of the fragility of life that is found between the two extremes mentioned above; and it has nothing to do with life/death choices, but with the

denied sensitivity and fragility of life that is not at risk of death or obvious physical abuse, but of moral abuse due to the loss of that sphere of protection that is the safe harbor constituted by the parental couple³¹.

Hence, the first call is toward attention to people who show genius, who could hide under the ashes of creativity a strong discomfort. The second call is the attention that schools and families must dedicate to phenomena of OCP that can manifest in early childhood. Today there is a lot of talk about psychologists in schools, thinking that this figure makes sense starting from the age of 10; yet these types of discomforts manifest themselves and become chronic in the 1st months and very 1st years of life.

Conclusion

We have seen that mental distress can begin at a very early age and be masked by creative behavior that makes the discomfort fade into the background. Focusing on the Achilles' syndrome is essential to remember this risk. The bioethicist must always remember that care and respect for life are not only due in traditionally hard moments, but also in cases of family moral violence, which indicates a wrong behavior, sometimes induced by parent's job needs, or by a "genetic" neglecting of one's children.

Funding

This research has not received any specific grant from agencies in the public, commercial, or for-profit sectors.

Conflicts of interest

The author declares that he has no conflicts of interest.

Ethical considerations

Protection of humans and animals. The author declares that no experiments involving humans or animals were conducted for this research.

Confidentiality, informed consent, and ethical approval. The study does not involve patient personal data nor requires ethical approval. The SAGER guidelines do not apply.

Declaration on the use of artificial intelligence. The author declares that no generative artificial intelligence was used in the writing of this manuscript.

References

1. Thomson P, Jaque SV. Childhood adversity and the creative experience in adult professional performing artists. *Front Psychol.* 2018;9:111.
2. Thomson P, Jaque SV. History of childhood adversity and coping strategies: positive flow and creative experiences. *Child Abuse Negl.* 2019;90:185-92.
3. Wikenius E. Can early life stress engender biological resilience?: commentary. *J Child Adolesc Trauma.* 2020;14:161-3.
4. Jamison KR. *Touched With Fire: Manic-Depressive Illness and the Artistic Temperament.* New York: Free Press; 1996.
5. Tremblay CH, Grosskopf S, Yang K. Brainstorm: occupational choice, bipolar illness and creativity. *Econ Hum Biol.* 2010;8:233-41.
6. Kyaga S, Lichtenstein P, Boman M, Hultman C, Langstrom N, Landen M. Creativity and mental disorder: family study of 300,000 people with severe mental disorder. *Br J Psychiatry.* 2011;199:373-9.
7. Akiska HS, Akiskal KK. In search of Aristotle: temperament, human nature, Melancholia, creativity and eminence. *J Affect Disord.* 2007;100:1-6.
8. Ellis H. *A Study of British Genius.* Revised edition. Boston, MA: Houghton Mifflin; 1926.
9. Raskin E. Comparison of scientific and literary ability: a biographical study of eminent scientists and men of letters of the nineteenth century. *J Abnorm Soc Psychol.* 1936;31:20-35.
10. Ludwig AM. *The Price of Greatness: Resolving the Creativity and Madness Controversy.* New York, USA: Guilford Press;1995.
11. Simonton DK, Song AV. Eminence, IQ, physical and mental health, and achievement domain: cox's 282 geniuses revisited. *Psychol Sci.* 2009;20:429-34.
12. Greenwood TA, Chow LJ, Gur RC, Kelseo JR. Bipolar spectrum traits and the space between madness and genius: the muse is in the dose. *J Psychiatr Res.* 2022;153:149-58.
13. Greenwood TA. Positive traits in the bipolar spectrum: the space between madness and genius. *Mol Neuropsychiatry.* 2017;2:198-212.
14. Abraham A. Is there an inverted-U relationship between creativity and psychopathology? *Front Psychol.* 2014;5:750.
15. Reddy IR, Ukrani J, Indla V, Ukrani V. Creativity and psychopathology: two sides of the same coin? *Indian J Psychiatry.* 2018;60:168-74.
16. Simonton DK. The mad-genius paradox: can creative people be more mentally healthy but highly creative people more mentally ill? *Perspect Psychol Sci.* 2014;9:470-80.
17. Winnicott DW. *Playing and Reality.* London, New York: Routledge; 2005.
18. Winnicott DW. Transitional objects and transitional phenomena: A study of the first not-me possession1. In: Caldwell L, Robinson HT, editors. *The Collected Works of D. W. Winnicott: Volume 4, 1952-1955.* New York: Oxford Academic; 2016.
19. Ogden TH. What alive means: on Winnicott's "transitional objects and transitional phenomena". *Int J Psychoanal.* 2021;102:837-56.
20. Koenigsberg RA. *Symbiosis and Separation: Towards a Psychology of Culture.* New York: Library of Social Science; 1989.
21. Bowlby J. The nature of the child's tie to his mother. *Int J Psychoan.* 1958;39:350-73.
22. Kirshne LA. Having a life: self-pathology after lacan. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004;49:193-4.
23. Sartre JP. *The family Idiot: Gustave Flaubert.* Chicago: University Chicago Press; 1994.
24. Poe EA. *Alone-Illustrated Version of the Classic Edgar Allan Poe Poem.* London: PQCreations; 2009.
25. Kafka F. *Letter to the Father/Brief an den Vater: Bilingual Edition Schocken.* 2nd ed. New York: Schocken; 2015.
26. Freud S. *The Schreber Case.* England: Penguin Classics; 2022.
27. Kaukab SR, Zubia SA. A literature review on the definition and measurement of the concept of genius. *Int J Res Granthaalayah.* 2015;3:21-31.
28. Han W, Zhang M, Feng X, Gong G, Peng K, Zhang D. Genetic influences on creativity: an exploration of convergent and divergent thinking. *PeerJ.* 2018;6:e5403.
29. Walling HW. Antisocial personality disorder: a new heel for Achilles? *West J Med.* 2002;176:212-4.
30. Pope A. In: Butt J, Mack M, Callan N, Fagles R, Frost W, Knight DM, editors. *The Twickenham Edition of the Poems of Alexander Pope: The Iliad of Homer.* Vol. 7, 8. London, New Haven, CT: Methuen; 1961-1967. p. 65.
31. Bowlby J. John Bowlby: an interview. Interview by Virginia Hunter. *Psychoanal Rev.* 1991;78:159-75.

Longevidad: reflexiones bioéticas en torno a un caso

Longevity: bioethical reflections on a case

José E. Gómez-Álvarez¹

División de Bioética, Centro de Investigación Social Avanzada (CISAV), Santiago de Querétaro, Qro., México

Resumen

Antecedentes: El envejecimiento poblacional presenta retos éticos, sobre todo en temas de inclusión social. **Objetivo:** Comparar las características de las llamadas zonas azules con un caso de una centenaria para corroborar, o no, la presencia de las características descubiertas en estas zonas. **Método:** Se realizó una entrevista a profundidad de una persona mayor de 102 años. El supuesto teórico es la hermenéutica analógica. **Resultados:** Se descubrió que se presentan características de las zonas azules con el caso, aunque el componente genético aparece como un factor crucial. Se analizan distintos deberes que surgen de acuerdo con lo aportado por «M»: la solidaridad, la fragilidad y otros conceptos éticos que engloban la vida de ella. **Conclusión:** Se finaliza con los elementos que se descubrieron, siendo uno de los más notorios la importancia de la actividad, pero también cómo queda comprometida su autonomía por su dependencia parcial hacia su familia.

Palabras clave: Centenarios. Envejecimiento poblacional. Gerontología.

Abstract

Background: Population aging presents ethical challenges, especially in terms of social inclusion. **Objective:** To compare the characteristics of the so-called blue zones with the case of a centenarian to corroborate, or not, the presence of the characteristics discovered in these zones. **Method:** An in-depth interview was conducted with a person over 102 years old. The theoretical assumption is analogical hermeneutics. **Results:** It was discovered that the characteristics of the blue zones are present in the case, although the genetic component appears as a crucial factor. Different duties that arise according to the contribution of «M» are analyzed: solidarity, fragility and other ethical concepts that encompass her life. **Conclusion:** It ends with the elements that were discovered, one of the most notable being the importance of the activity, but also how her autonomy is compromised by her partial dependence on her family.

Keywords: Centenarians. Population aging. Gerontology.

Correspondencia:

José E. Gómez-Álvarez

E-mail: jegomezalvarez@yahoo.com

Fecha de recepción: 27-11-2024

Fecha de aceptación: 05-01-2025

DOI: 10.24875/BUP.24000012

Disponible en internet: 14-03-2025

BIOETHICS UPdate 2025;11(1):55-66

www.bioethicsupdate.com

2395-938X / © 2025 Centros Culturales de México, A.C. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

¿Se «debe» vivir mucho? Es una pregunta sin sentido en cierto modo: se vive lo que se vive. Algunos autores, entre ellos Séneca, rechazan esta idea, debido a que lo importante no es vivir mucho, sino vivir bien. Según Séneca: «¿De qué le sirven a uno ochenta años si los pasa en la inercia? No vivió este, sino que se detuvo en la vida; ni murió tarde, sino durante mucho tiempo. Vivió ochenta años»¹.

La discusión en torno al envejecimiento poblacional²⁻²¹ se presenta de una forma bipolar: una etapa digna de veneración y respeto por la edad alcanzada, independientemente del estado físico al que se llegue, o una etapa decadente con múltiples fallas biológicas que generan sufrimiento y desazón^{2,3}. Esta percepción de la vejez no es solo por las condiciones materiales, sino también por la percepción cultural sobre el desarrollo humano³. Por ejemplo, la maternidad y el fin de la etapa reproductiva, por ejemplo, «anuncia» la vejez para muchas mujeres. Además, las mujeres suelen vivir más, por lo que enfrentan retos menores que los ancianos varones⁴.

En este sentido, las culturas que valoran la juventud madura como prototipo del ser humano tienden a despreciar la vida de la vejez como una pérdida del estado valorado³. La juventud adulta se considera el culmen en muchas sociedades occidentales capitalistas^{2,5}. Así, la capacidad de disfrute, sin fallas biológicas, y la habilidad de consumo de los bienes del capitalismo resulta en signo de estatus y respeto. Por otro lado, la revolución tecnológica y de telecomunicaciones generó no solo el consumo de más productos por parte de los jóvenes de los años 50 y 60 del siglo pasado, sino que proporcionó las condiciones para llegar a su propia vejez⁵, como señaló Menéndez⁵:

«Hay en esto una profunda contradicción: las personas de más de cincuenta años están entre nosotros gracias al progreso industrial; son los mayores beneficiarios de la moderna tecnología y la ciencia médica... Sin embargo, los valores que surgen naturalmente con la longevidad no son los que una vez hicieron posible dicho progreso, sino que pueden conducirlos a una penetrante crítica de la modernidad a medida que envejecen más allá de la enloquecida carrera por las recompensas del mercado. La élite empresarial, fervientemente empeñada en transformar el planeta en una despiadada economía global, lo último que desea es una inquisitiva discusión sobre el significado de la vida, los valores superiores y las responsabilidades éticas».

El envejecimiento da lugar a una cierta revolución ética, con el incremento en la reflexión sobre el sentido y los deberes de la vida cuando se está en el límite de esta.

Hasta la década de los 70 del siglo pasado, fue evidente que se estaba en transición a una etapa mayor en las personas, así, el crecimiento poblacional generó condiciones para desprestigiar a los más «ancianos» como consumidores de recursos de los más jóvenes^{5,6}. Sin embargo, en tiempos más recientes, se ha reconocido la longevidad como un aspecto valioso en sí mismo y «digno de vivir»³.

La longevidad se balancea entre dos términos: como un «problema» de las sociedades contemporáneas y como un logro digno de veneración; por fin se ha llegado al umbral de una sociedad longeva que tenga presencia, voz y voto en el desarrollo del mundo contemporáneo.

Un anciano «productivo» suscita ambivalencia: si es exitoso (muchos ingresos, por ejemplo) se le alaba, porque prolongó su vida de consumo. No obstante, si produce poco y es dependiente se le concibe con cierta condescendencia.

Es pertinente admitir que este prejuicio hacia la vejez puede ser revertido mostrando que una buena parte del rechazo a este momento de la vida tiene suposiciones erróneas². El envejecimiento se ha señalado como un periodo de vida de crecimiento y desarrollo, es decir, es un «envejecimiento activo», una realidad y una meta que combate el prejuicio de comprender la vejez como pobreza y enfermedad.

La cuestión es que el envejecimiento poblacional es inevitable⁷, salvo que se produzca una catástrofe planetaria. En México y otros países^{4,8,9} esto no es la excepción y ha ido incrementado la proporción de personas mayores de 65 años. En el caso de las personas centenarias, se calcula que en 2030 habrá 19,645 centenarios (la mayoría mujeres) en México¹⁰. En tal marco, ¿cómo se perciben a sí mismos en su extensa longevidad?, ¿qué aprecian (y desprecian) de vivir tantos años?, ¿hay algún valor que encuentren en esa longevidad?, ¿qué tanto les agobia la dependencia? ¿Qué factores incrementan el tiempo de vida?

No cabe duda del incremento de ancianos en las sociedades contemporáneas. Los ancianos no solo se multiplican sino que, además, gracias a los avances en política social y tecnológicos en muchos casos se vive mejor que antes:

«La sobrevivencia de centenarios en los países es reflejo de avances tecnológicos y científicos, de un envejecimiento exitoso y saludable, y de políticas públicas alineadas con instancias internacionales en la promoción de una vejez y proceso de envejecimiento digno y saludable... De igual manera, es un hito demográfico que presenta retos para todos los países sin importar la capacidad económica, pues el volumen de centenarios continuará creciendo a nivel mundial y es un proceso creciente y sin precedentes. y que no solo concierne a la sociedad en su conjunto (núcleos familiares, redes de apoyo) sino también al Estado en su papel de diseño de políticas públicas, pero así también, al sector privado en diversos sentidos... por ejemplo, en el proceso y diseño urbano, en el transporte, la movilidad, la accesibilidad, el ocio y entretenimiento»¹⁰.

Lo anterior es cierto, pero ¿cómo se perciben los ancianos a sí mismos? Actualmente, los centenarios (2024) vivieron una transición económica y tecnológica impresionante, ¿qué opinan de ello? Es interesante tratar de rastrear sus opiniones directas acerca de estos temas y leer entre líneas lo que subyace detrás de sus respuestas directas. En este ensayo se presenta el caso de una persona mayor de 102 años, que se identificará como «M», en el cual se explora biográficamente cómo fue su vida y cómo es actualmente, para así entrever los factores de su longevidad.

Método

Se propone una interpretación de un caso usando como principio epistemológico la hermenéutica analógica¹⁴, lo que permite la reflexión y el análisis de la longevidad. Así, el caso posibilita la comprensión teórica para el análisis bioético¹⁴. Los textos se prestan para una interpretación³,

donde se considera la hermenéutica analógica como principio teórico que subyace en el examen del caso:

«Una hermenéutica analógica tendrá como actitud característica... evitar los extremos de una hermenéutica univocista y de una hermenéutica equivocista. La primera, que se coloca en el punto fijo de la univocidad, solo acepta una única interpretación como válida y todas las demás las considera inválidas o inadecuadas... En cambio, está claro que una hermenéutica equívoca, distendida en el ámbito inabarcable de la equivocidad... es la hermenéutica relativista extrema... Esa hermenéutica equívoca considera válidas casi todas las interpretaciones, sino todas... una hermenéutica analógica se abre lo suficiente, sin atomizarse, como la equívoca, a un sinfín de interpretaciones, pero no tiene la exigencia de unicidad de la unívoca. Una hermenéutica analógica trata de colocarse entre las dos anteriores e intenta evitar los defectos y aprovechar los beneficios de ambas posiciones»¹⁵.

De este modo, se pretende descubrir los modos de pensamiento que, aunque estén imbuidos de subjetividad, poseen características y elementos objetivos que sirven para el análisis¹⁶. Esto implica una dialéctica de acercamiento entre el significado literal de algunas de las respuestas explicativas derivadas de la información. De este modo, cuando surge un concepto como «ser una persona activa», se interpreta analógicamente: debe haber elementos objetivos comparables con otros casos que confirmen esa categoría sin negar, por otra parte, que existe un componente subjetivo por parte del sujeto de investigación de lo que entiende por «actividad». De modo semejante la utilización y rastreo de los conceptos que surgieron en la entrevista suponen una interpretación en donde se reconocen componentes objetivos y subjetivos. Lo anterior queda enmarcado en una perspectiva de estudio biográfico:

«El enfoque biográfico centra su interés en la pregunta por el significado. Se trata de una perspectiva más amplia, cualitativa, hermenéutica, experiencial y cultural del envejecimiento y de la vejez, entrecruzada por una visión del ciclo vital como una experiencia de vida reconstruida desde el relato del propio transcurso existencial inmerso en la situación histórico-social revivido y reconocido para ser resignificado en el acontecer presente»².

El estudio biográfico permite entender, desde una perspectiva social, el proceso del envejecimiento³, y vislumbrar elementos individuales relacionados con lo social y con cómo se ve la persona dentro de determinadas relaciones sociales:

«Al observar el envejecimiento a partir de relatos biográficos se evidencia que este debe ser entendido como un proceso, que da cuenta de la articulación entre aspectos subjetivos de las personas y su ser social en un proceso de construcción histórica»³.

La reconstrucción es analógica: se considera que el relato permite descubrir elementos objetivos de la percepción del sujeto reconociendo asimismo que el recuerdo y el relato tendrá componentes subjetivos que no es posible traducir a categorías comparables con otros sujetos.

El relato biográfico se compara con los datos que han arrojado las llamadas zonas azules, zonas del mundo con mayor concentración de individuos longevos (mayores de 80 años)^{7,10,17}: Loma Linda (California, EE.UU.), Nicoya (Costa Rica), Cerdeña (Italia), Icaria (Grecia) y Okinawa (Japón).

En estas zonas se evidencia una buena calidad de vida^{2,18,19}, en muchos ancianos centenarios. El concepto de «calidad de vida» es multifactorial^{18,19} e incluye elementos individuales y sociales, con un componente subjetivo difícil de medir, sin embargo no está desconectado de otras variables observables como el estado de salud, en su componente básico de ausencia de enfermedad. Una pregunta que ha surgido es qué características tienen estos grupos longevos que los vuelven personas de avanzada edad⁷. Por ello los estudios han tenido la finalidad de describir las particularidades físicas (herencia), los factores ambientales y de alimentación que expliquen esa longevidad. Sin duda, existe evidencia de que la longevidad tiene un componente genético¹⁰, pero esto parece no ser suficiente. La genética se complementa con los elementos ambientales³; así, en las zonas azules se han explorado estos elementos no genéticos (los nueve elementos expuestos en la tabla 1).

Por medio de la entrevista a profundidad, desde el método biográfico, se indagó en torno a cuatro grandes interrogantes³: ¿cómo y qué elementos surgen relacionados con la longevidad descubiertas en estas zonas geográficas?, ¿en qué estado se llega a la vejez extrema?, ¿qué condiciones se tienen en esas edades?, ¿hay diferencias significativas con los ancianos «jóvenes»? En este caso, la naturaleza de la técnica permitió indagar en relación con los criterios de la tabla 1, con la finalidad de interactuar con las preguntas propuestas y recurrir a las significaciones de las sensaciones y pensamientos mediante el lenguaje²², así como en su relación individual y a su vez anclada en un tiempo histórico, social, cultural, político y económico, que permite posicionar la subjetividad de la persona entrevistada en relación con los hechos y acontecimientos que a su vez dan forma a sus significaciones.

Las preguntas anteriormente enunciadas son de naturaleza empírica, por lo que, para contestarlas, se entrevistó a «M», una persona mayor de 102 años. A partir de la entrevista a profundidad, se analizó la percepción de calidad de vida y la percepción de sí misma respecto con su larga longevidad. En el caso de «M», sus funciones cognitivas y la memoria de corto y largo plazo (crystalizada) están intactas, lo que permitió la exploración de sus ideas y de su vida desde la infancia.

Resultado

«M» realizó un recorrido desde niña hasta esta etapa mayor, por lo que, cognitivamente, se encuentra impecable. En sus descripciones se dejan entrever los elementos que se han presentado a lo largo de su vida y podrían explicar una vejez extensa. Uno de los datos a resaltar es la presencia del algún elemento genético, pues ella reportó que dos de sus hermanas alcanzaron los 100 años o más: Petra (110 años) y Gertrudis (105 años); por lo anterior, no puede dejarse de lado la carga genética.

En cuanto a sus hijos y hermanas y su esperanza de vida, «M» indicó lo siguiente:

«Tuve nueve hijos (tres ya fallecieron), nietos... tengo 16 nietos [menciona a los bisnietos más adelante sin especificar el número]... Él [su padre] tenía su negocio, cuando él murió en un accidente nos quedamos solas. Un hermano más chico que yo y una hermana llamada... cuántos fuimos en total,

Tabla 1. Elementos no genéticos

Criterio	Notas correlacionadas
Movimiento continuo	No implica hacer ejercicio especializado, por ejemplo, en un gimnasio. Es estar en movimiento dentro y fuera del hogar
Propósito	Plan de vida o sentido del futuro: qué voy a hacer «mañana»
Momentos de relajación	Dentro de las actividades estresantes se busca un descanso, por ejemplo, una siesta
Alimentación mesurada	Nunca «sobrellenarse» (solo 80%). Un alimento ligero en la tarde sin más alimentos el resto del día
Alimentación con plantas	Poco consumo de carne. Unas cuantas veces al mes (carne de cerdo). Consumo de leguminosas
Beber con moderación y regularmente	Vino diario, pero nunca alcohol en exceso
Pertenencia a alguna comunidad religiosa	La asistencia regular (cuatro servicios al mes) incrementa la esperanza de vida
La familia en primer lugar	Relaciones horizontales y verticales. Por ejemplo, invertir tiempo con los nietos
Círculo de amistades sólidas	Amistades y comunidad que fomentan actividades sanas

Adaptada de Rowan et al., 2016⁷.

ahora verá: Gertrudis, Francisco, Paz, Piedad, cuatro que murieron, ocho... nueve en total. Los niños y los demás crecimos... Mi hermana la mayor que murió... no recuerdo cuándo, mi hermana Ana María... vivió 110 años». (Comunicación personal.)

En cuanto a la actividad, la entrevistada señaló que siempre se mantuvo activa desde niña y en la escuela (cursó solo hasta tercero de primaria) se dedicaba a labores como el bordado. Esta última actividad sigue hasta el presente, debido a que «M» reportó que en la vejez siempre se ha mantenido activa en labores domésticas, en el tejido o ayudar en lo que sea necesario, por ejemplo, ayudar a su hijo más pequeño en algunas cuestiones de trabajo, como preparar alimentos, pues su hijo se dedica a la atención de banquetes.

¿Acaso no es esperable que ya no realice actividades en su edad longeva? La clave para decir «no» la expresó «M» cuando narró la actitud que su madre tenía ante la actividad:

«Las mujeres estaban con la madre para hacer el desayuno... había mucha actividad... no había divisiones... no nos dejaban juntar con niños, siempre muy independientes, nada de amigos... recuerdo que solo tuve una amiguita. La vida fue muy diferente. Mi mamá me decía... y si tienes que mandar primero hay que saber las cosas... para mandar hay que saber hacer». (Comunicación personal.)

Así, «M» estableció como regla de vida realizar toda actividad que implicara una demanda posterior, lo que explica su rechazo a ser atendida en sus necesidades básicas. «M» narró que, desde el accidente de la cadera (a los 101 años), aunque no quedó del todo postrada, le incomoda mucho

la dependencia por esta situación. Ahora requiere de ayuda para ir al baño, parcialmente para vestirse y bañarse, lo que le genera incomodidad.

Respecto con las relaciones sociales, «M» reportó poco contacto fuera de sus hermanas y con sus hijos y nietos. En este sentido, de niña solo tuvo una amiga con la que interactuaba poco, posteriormente se casó a los 22 años y quedó viuda relativamente joven (52 años). No obstante, la actividad intergeneracional es amplia: su familia interactúa frecuentemente. Por lo tanto, sus visitas solo son de familiares.

«M» muestra una actitud paciente ante las distintas situaciones de su vida, lo que refleja algunas características de las zonas azules, por ejemplo, el abstenerse de fumar y beber a lo largo de toda su vida. Asimismo, no presenta problemas de alimentación ni realiza una selección de los alimentos que consume.

«Sí, nada me hace daño [le gusta todo]... como muy despacio... no me hace daño nada, lo que me hace daño son a veces las medicinas... Me gusta la carne, pero ya poquito... Sí, como verduras, pescado, pero carne ya casi no... [toma alcohol] ... no, ni de chiste, ... nunca me gustó ni fumar ni nada de... sí, en las fiestas me tomo algo pequeño». (Comunicación personal.)

De esta manera, «M» cubre, al menos parcialmente, uno de los elementos vistos en las zonas azules: una dieta con poco contenido de carne. No obstante, su consumo de alcohol no corresponde con lo expuesto en las zonas.

En cuanto al descanso y la actividad, «M» no habla de siestas, por lo que sus descansos implican realizar actividades recreativas:

«Cómo hago para mantenerme activa... eso es lo que no lo sé, porque me siento... no me he dejado vencer por las enfermedades ni por la ancianidad. A estas alturas no hace nada. Los ojos ya no me ayudan, trato de poder hacer algo, pero ya cuando me vaya me voy... hay que ser consciente, tiene uno que ir, pero no quiero dejar pendientes... me gusta tejer... descanso cuando me ponen música, me gusta leer, me gustó mucho leer, esos eran mis ratos de descanso. Ahora me gusta descansar cuando Rubén [el hijo menor, con quien vive] me pone algún programa... ese es mi descanso». (Comunicación personal.)

En lo relativo con la práctica de una religión, «M» no señaló explícitamente la religión católica, pero las características que indicó de su religiosidad corresponden a ella:

«[es religiosa usted] No... la religión es espiritualista, trinitaria, mariana... es como una Misa(?) diferencia que le enseñan a usted, lo bueno, lo malo... que entiendo del Evangelio de ese día... lo mismo de la Iglesia no visten como la Iglesia, sí [iba a Misa] [pero se prohíben otras religiones como las pentecostales] como esas de deja de sufrir, entonces ya no es amar a Dios, sino es conveniencia porque vas a tener... otras religiones». (Comunicación personal.)

En concordancia con lo anterior, aunque no se considera religiosa, reza con frecuencia. Igualmente, no puede asistir a misa debido a su condición física, pero recibe a una ministra de la

eucaristía para escuchar las lecturas bíblicas y recibir la comunión. En este sentido, «M» cubre otro de los requisitos de una vida longeva: la práctica de una religión.

Discusión (bioética)

El envejecimiento exitoso que, en ocasiones, se da en las personas centenarias no solo es un estado, sino un deber, donde se obliga moralmente a dar las condiciones básicas del desarrollo humano. Los elementos que se presentan en los ancianos centenarios pueden interpretarse como parte de los derechos humanos. En el caso analizado, se evidenciaron ciertas condiciones éticas cubiertas: recibe cuidados, no ha sido abandonada, se le tratan enfermedades o por lo menos síntomas. Ello se demostró en que los hijos se responsabilizan y otorgan condiciones de confort, por lo que «M» reportó una calidad de vida aceptable, no solo por las condiciones generales de salud, sino por recibir atención para su cuidado permanente. «M» recibe los cuidados más allá de los fundamentales para las actividades de la vida diaria. El deber del cuidado de los hijos no se limita a solo las necesidades inmediatas, sino buscan convivencia frecuente y mantienen el cuidado para las actividades que rebasan la cotidianidad. «M» presenta un sentido de responsabilidad elevado. Ella considera asimismo que tiene deberes con sus hijos a pesar de la edad. Es decir, que se puede calificar como una actitud de subsidiariedad.

Por otro lado, «M» no manifestó discriminación por cuestiones de género y señaló que es respetada como mujer y no vista sin esas diferencias particulares. Aun en el caso del matrimonio, no recibió maltratos físicos ni verbales, de igual forma, se le da una posición dentro de la familia y en las distintas reuniones donde se presenta. Así, «M» recibe su posición como matriarca de la familia, se le reconocen sus necesidades y se le proporciona la atención. No se le exige de acuerdo con los estereotipos de género que «tenga que ayudar» en lo doméstico, aunque ella sí asume esa posición y ayuda en lo posible.

Lo anterior plantea el problema de considerar el trabajo de casa no remunerado como parte «esencial» de la condición de mujer aun en etapas avanzadas. En este contexto, «M» indicó que antes de la caída hacía labores domésticas; cabe resaltar una cierta invisibilización de las funciones cuidadoras que debería ser reconsiderada socialmente. Aunque «M» reportó que llevaba a cabo actividades no solo en casa, sino en su niñez realizaba trabajos relacionados, como el cuidado de la huerta familiar en la que todos participaban.

En este orden de ideas, el deber de no aislar al anciano y fomentar la actividad saludable se cubre en lo que reporta, lo que se asocia con mantenerse activa. En personas centenarias como «M» se resalta una actitud individual y posibilitada por los otros. En este caso, el deber de cuidado es cubierto satisfactoriamente, pese a ello, uno de los problemas es el ejercicio de la autonomía de «M», quien señaló que en las reuniones familiares, por ejemplo, ella no toma decisiones de cuándo y en qué condiciones realizarlas. Aquí se vislumbra la necesidad o deber de fomentar la participación en las decisiones grupales.

La autonomía de «M» en consecuencia está en una situación paradójica: está sujeta a ciertos prejuicios de género. Su papel de madre, abuela y bisabuela condiciona parcialmente lo que se

espera de ella. Aunque hay que estar conscientes de que culturalmente ella fue educada hace 100 años, y la mujer no tenía el mismo papel social que en la actualidad. Así, en las reuniones familiares se espera ese tipo de acciones que corresponden a su «rol»: bendecir a los niños, contar anécdotas y ayudar en las labores domésticas. Por otra parte, se le tiene una cierta consideración en cuanto ciertas decisiones, como puede ser salir de paseo. Aunque en esas situaciones reporta que a veces no quiere salir, pero cede ante la petición de sus hijo(a)s.

Las relaciones intergeneracionales que deben ser promovidas para lograr una vejez exitosa se presentan en este caso y constituyen un sostén mental indudable, lo que es una de las características en las zonas azules. Por otra parte, las amistades no son de gran importancia para «M» o, al menos, no lo manifestó en la entrevista, pues solo contó de una amistad en su vejez sin dar detalles del alcance de esa relación, lo que no se refleja en los casos de vejez exitosa.

Las relaciones de «M» apuntan a un cierto equilibrio al principio de no hacer daño y el de beneficencia. Se le procuran cuidados y atenciones de acuerdo con su edad. Reporta que es atendida en sus necesidades médicas y en general personales. Se procura que no se ponga en peligro de modo innecesario, por ejemplo, con los cuidados que recibe a partir del accidente de cadera. Pero como se descubrió, quizás no puede desarrollar sus intereses al máximo debido a su propia visión y la de sus hijos de condición de la vejez. «M» manifiesta así esa visión de la mujer de cierta subordinación de sus intereses personales a los intereses de los demás. En todo su relato parece así una idea no expresada que podríamos denominar de sobrerresponsabilidad hacia el otro. Ella tiene el deber de ver por los otros en todo momento, lo que apunta mucho al sentido de vida que posee.

En síntesis, «M» hizo referencia al problema de la fragilidad en el envejecimiento, pues le incomoda recibir ayuda para realizar las actividades de la vida diaria. Aquí surge el deber del principio de subsidiariedad, ¿qué tanta ayuda debe recibir? Debe ayudársele solo lo necesario para que ella misma pueda realizar sus funciones. Pero es difícil determinar de acuerdo con lo narrado qué tanto cumplimiento se da a ese principio, ya que recibe atención de varios de sus hijo(a)s, lo que no resulta del todo el mismo criterio de lo que debe permitírsele hacer para protegerla sin caer en un paternalismo.

En cuanto al valor de la solidaridad, «M» está cubierta: se la apoya desde diversos frentes y no se encuentra marginada, sino que se le reconoce su estatus. Pero de acuerdo con lo narrado, la solidaridad hacia ella queda enmarcada en su rol de género asignado. Pero hay que reconocer que en el relato de «M» aparece la solidaridad como un principio de cohesión social. La unidad familiar que describe apunta a la importancia de ese valor. «M» lo ve así, aunque no utilice la palabra como un factor de cohesión social de su entorno. Se descubre en el relato de su vida la existencia de espacios comunes de convivencia desde muy niña. «M» tiene así un sentido de pertenencia que le proporciona sentido de unidad intergeneracional. «M» no se siente así desconectada intergeneracionalmente. La convivencia es vista por ella como un privilegio, pero asimismo como un deber en su papel de mujer mayor.

Analizar este caso desde el personalismo es mucho más enriquecedor, ya que todos los implicados, no solo «M», sino la familia entera, muestran una aceptación de la persona menos «útil» o productiva, que la aceptación de los demás. Ella cede porque los demás ceden. La invitan y le

insisten en que les gusta su compañía. Como cualquier adulto, prefiere su independencia, pero su dificultad de movilización se lo impide, y por esto ella, desde una perspectiva muy realista, acepta esa incomodidad de la vejez y acepta la ayuda. En la familia se observa una relación de simetría y reciprocidad: «M» es importante, y los demás también, hasta los bisnietos más jóvenes. Ella se ha dado a todos, porque su objetivo es más trascendente, hacia el bien, y ahora todos se dan a ella. Ella está consciente de su papel importante y continúa muy motivada de ejercerlo mientras pueda: el cuidado de su familia, aunque ahora ella pueda hacer tan pocas cosas, quiere dejar tareas terminadas, tejer para ellos, etc.

Aunque este caso no los requiere, hasta la fecha sería el núcleo familiar paradigmático para recibir cuidados paliativos, y desde luego su respeto por la vida y la persona son un aliciente social.

Si se pudiera comparar entre quienes quieren alargar su existencia mediante la tecnología que propone el transhumanismo y este caso, que tiene una sobrevivida productiva, en lo que siempre hizo (cuidar de los suyos y de su hogar), solo respetando su corporeidad y la vida de los suyos, en este caso se demostraría que no hace falta transgredir límites, ni tomar acciones contrarias a la dignidad humana para el éxito, no solo de una vida larga, sino sobre todo de una vida feliz.

Conclusión

La biografía de «M» muestra algunas características que concuerdan con las personas de las zonas azules: importancia de la familia, actividad, descansos, religiosidad y alimentación medida, no obstante, no se denota el propósito en la vida, beber con moderación y círculo de amistades sólidas. Estos tres últimos elementos quedan ocultos en el análisis. «M» no reportó esas características o no pudieron deducirse de lo relatado. No obstante, en el contexto, es decir, actitudes ante las preguntas (lenguaje no verbal, por ejemplo), «M» mostró que se sentía satisfecha con sus relaciones sociales. Aunque pudiese no tener toda la autonomía deseada, mostraba no obstante una satisfacción con respecto a sus actividades actuales.

Aunque los elementos mencionados fueron los más notorios en la lectura textual y en las actitudes durante la entrevista, es complejo analizar su relevancia, ¿cuál de ellos es más importante para el envejecimiento exitoso de «M»? En «M» se reflejan ciertos estereotipos de lo que se espera de una mujer en edades avanzadas: el cuidado de la casa y la atención hacia los nietos. No obstante, el trato recibido por parte de los familiares se percibe como notoriamente positivo. El análisis entre líneas muestra la importancia de los familiares al menos en vía negativa: ausencia de soledad y aislamiento, ya que siempre tiene un familiar con quien hablar y convivir. Es difícil medir, por otra parte, qué impacto positivo genera en la longevidad de «M». El estudio de caso sirvió así como una imagen «instantánea» que refleja rasgos de la personalidad y actitud ante la vida de una centenaria. Es verdad que la metodología no permite hacer generalizaciones, sin embargo sí permite corroborar ciertas características de las zonas azules y mostrar que existen matices y excepciones a las características descubiertas en ese grupo de habitantes.

La interpretación de las respuestas de «M», por supuesto, está condicionada a la teoría de análisis. Desde una perspectiva de género se detecta una cierta falta de autonomía de «M», pero en

una óptica personalista puede leerse esa «falta» de autonomía como una entrega personal en donde se cede en libertad para alcanzar bienes superiores como la integración familiar. De cualquier forma se descubre que hay una cierta renuncia a la decisión propia. Dicho de otro modo, de acuerdo con el análisis analógico se descubre un elemento objetivo, pero que admite interpretaciones sin renunciar al núcleo de la respuesta. Un tema que podría haberse ampliado es el sentido de trascendencia. Es verdad que «M» manifiesta una religiosidad católica, pero en la entrevista fue difícil entrever el grado o profundidad del sentido en su existencia. Señala el cumplimiento de los rituales, pero fue difícil entrever el sentido que aportan en su vida. Hubiese sido deseable, aparte de las entrevistas a profundidad, quizás un seguimiento prolongado de su vida reciente para explorar más esa faceta.

En suma, «M» ilustra cierto cumplimiento de los deberes éticos que se deben a los ancianos aunque su autonomía es en ocasiones conculcada. Así, no siempre se le consulta sobre ciertas actividades que a ella conciernen y se presencia una excepción respecto con las características descubiertas en las zonas azules, lo que expone la importancia de la genética en la longevidad avanzada.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial o con ánimo de lucro

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. El autor declara que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. El autor obtuvo la aprobación del sujeto de estudio para la realización de la entrevista.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. El autor declara que no utilizó algún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

Bibliografía

1. Séneca. Cartas a Lucilio. México: Secretaría de Educación Pública; 1985.
2. Tamer NL. La perspectiva de la longevidad: un tema para repensar y actuar. Revista Argentina de Sociología. 2008;6(10):91-110.

3. Osorio P. La longevidad: más allá de la biología. Aspectos socioculturales. Papeles del CEIC [Internet]. 2006;(22):1-28. Disponible en: <https://ojs.ehu.es/index.php/papelesCEIC/article/view/12149/11071>
4. Rojas JB. Necesidades de salud: experiencia de mujeres mayores de un centro de día. Revista de Enfermagem Referência. 2019;(23):69-83.
5. Menéndez G. La revolución de la longevidad. Cambio tecnológico, envejecimiento poblacional y transformación cultural. Revista de Ciencias Sociales. 2017;30(41):159-68.
6. Rodríguez-Reyes LR. El manejo del riesgo de longevidad en los sistemas públicos de pensiones. Una propuesta de uso de swaps de longevidad para México. El Trimestre Económico. 2017;84(335):681-706.
7. Rowan A, Rowan K. The Blue zones, well-being, and feel better [Internet]. WellBeing International; 9 ene de 2024 [consultado 14 oct de 2024]. Disponible en: https://wellbeingintl.org/the-blue-zones-well-being-and-feel-better/?gad_source=1&gclid=Cj0KCQiAo5u6BhD-JARIsAAVoDWtHGc1GDh9FnN6NS9dhom_TiLR6VTartk8jnpSWg2e1u8J7M1BDXPYaAi3jEALw_wcB
8. Velázquez M. Supervivencia excepcional y longevidad satisfactoria: un enfoque desde la Bioética. Revista Latinoamericana de Bioética. 2009;9(2):86-91.
9. Gafas C. Reflexiones para la búsqueda de una longevidad satisfactoria desde la perspectiva de enfermaría la atención primaria de salud. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2008;7(4):1-8.
10. Hernández O, Chávez C. El grupo de los centenarios en México. Cómo y dónde viven los más viejos. Revista Kairós Gerontología. 2021;24:9-34.
11. Rodríguez E, Olivera A, Garrido RJ, García R. Maltrato a los ancianos. Rev Cubana Enfermer. 2002;18(3):144-53.
12. Solís U, de Armas Y, Peñate R, Quintero G, Benítez Y, de Armas A. Longevidad satisfactoria. Elementos pendientes. Presentación de un caso. Revista Cubana de Reumatología. 2015;17(3):239-43.
13. Rodríguez E, Olivera A, Garrido R, García R. Maltrato a los ancianos. Estudio en el Consejo Popular de Belén, Habana Vieja. Rev Cubana Enfermer. 2002;18(3):144-53.
14. Martínez PC. El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. Pensamiento & Gestión. 2006;(20):165-93.
15. Beuchot M. Elementos esenciales de una hermenéutica analógica. Diánoia. 2015;60(74):127-45.
16. Ortez EZ. La entrevista en profundidad en los procesos de investigación social. RLU. 2009;2(8):75-95.
17. Minaberriet D, Martín MR, Díaz T. Longevidad familiar y enfermedades comunes en familias de centenarios. Panorama Cuba y Salud. 2009;4(1):39-46.
18. Valdez-Huirache MG, Álvarez-Bocanegra C. Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar. Horizonte Sanitario. 2018;17(2):113-21.
19. Villegas MD, Cabrera LV, Cordero J, Pérez D. Longevidad satisfactoria en el accionar de la Enfermera Comunitaria. MediSur. 2008;6(2):3-4.
20. Gutiérrez RF, Ordóñez YG, Hartmann Nava J. Calidad de vida en el adulto mayor en Monterrey, Nuevo León y su Área Metropolitana. Varona. 2023;76:1-9.
21. Díaz-Bravo L, Torruco-García U, Martínez-Hernández M, Varela-Ruiz M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investigación Educ Médica. 2013;2(7):162-7.
22. Díaz Barriga A. La entrevista a profundidad: un elemento clave en la producción de significaciones de los sujetos. Tramas. 1992;3:161-78.

INSTRUCCIONES PARA AUTORES

Bioethics UPdate es una publicación científica fundada por la Universidad Panamericana de México en 2015. Su propósito es promover y discutir sobre bioética con razonamientos científicos.

Es una publicación semestral, open access (abierta sin coste para autores y lectores), de revisión por pares, que se publica en versión electrónica y acepta manuscritos para evaluación en español o inglés. Cuenta con un Comité Editorial compuesto de expertos nacionales e internacionales.

La revista considerará contribuciones en las siguientes secciones:

- Editorial (por invitación)
- Artículo original

Los manuscritos deben enviarse a través del sistema editorial electrónico de la revista en la dirección electrónica <http://www.publisher.BUP.permanyer.com> donde, primeramente, el autor de correspondencia debe registrarse como autor. Una vez que cuente con nombre de usuario y contraseña, podrá cargar en el sistema los archivos de su trabajo siguiendo las instrucciones.

PREPARACIÓN Y ENVÍO DE MANUSCRITOS

Todos los artículos deberán incluir sin excepción título, nombre y apellido(s) de cada autor (sin títulos o cargos); los departamentos institucionales en los que están adscritos, nombre y dirección actual del autor responsable de la correspondencia, el texto completo, tablas y figuras. Los textos deberán estar en procesador de palabras Word. Los manuscritos deberán estar escritos correctamente en lengua española o inglesa. El texto deberá estar escrito a doble espacio en fuente tipográfica Times New Roman de 12 puntos y comenzando en página nueva cada una de las secciones: página frontal, resúmenes en español y en inglés con sus palabras clave, el texto principal, las referencias, los tablas y pies de figuras. Se numerarán las páginas en forma consecutiva comenzando con la página frontal, y se colocará el número en el extremo superior de cada página.

Los artículos deberán contener los siguientes documentos:

- página frontal con todos los datos
- texto del manuscrito totalmente anónimo
- declaraciones de responsabilidades éticas, financiamiento y conflicto de intereses, (se completan electrónicamente en el gestor de manuscritos cuando se envía el artículo)
- documento de transferencia de derechos de autor

En la página frontal debe aparecer el título conciso e informativo del trabajo en español e inglés y un título corto de no más de 40 caracteres (contando espacios y letras); nombre y apellido(s) de cada autor (sin títulos ni cargos); los departamentos institucionales en los cuales se realizó el trabajo; nombre y dirección actual del autor responsable de la correspondencia; agradecimientos, las fuentes del financiamiento de la investigación y declaración de conflicto de intereses.

El archivo con texto principal del manuscrito debe ser un documento totalmente anónimo y debe contener resumen y palabras clave en español y en inglés, el cuerpo del artículo, referencias, tablas y pies de figuras.

Se sugiere consultar la página de los Requisitos Uniformes para los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas (Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas), www.icmje.org. Para más información sobre la preparación de los manuscritos, por favor consultar: <http://www.icmje.org/recommendations/browse/manuscript-preparation/preparing-for-submission.html>.

Resumen en español

Se presentará en un máximo de 200 palabras, e indicará el propósito de la investigación, los procedimientos básicos (selección de la muestra, de los métodos analíticos y observacionales); principales hallazgos

(datos concretos y en lo posible su significancia estadística), así como las conclusiones relevantes y la originalidad de la investigación. Dependerá del tipo de artículo que el resumen deba de estar estructurado con los siguientes apartados: Introducción, Objetivo, Material Métodos, Resultados y Conclusiones. Al final se anotarán 3 a 6 palabras clave, para facilitar la inclusión en índices internacionales. Se recomienda emplear los términos del MeSH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptor en Ciencias de la Salud).

Resumen en inglés

Será escrito en un máximo de 200 palabras con espacios, con las mismas características y contenido que el resumen en español. Se iniciará con una versión del título del trabajo en idioma inglés. También se señalarán de 3 a 6 palabras clave (key words). Se sugiere que este párrafo sea revisado por un traductor experimentado, a fin de garantizar la calidad del mismo.

Introducción

Deberá incluir los antecedentes, el planteamiento del problema y el objetivo del estudio en una redacción libre y continua debidamente sustentada en la bibliografía.

Material y métodos

Se señalarán claramente las características de la muestra, los métodos empleados con las referencias pertinentes, en tal forma que la lectura de este capítulo permita a otros investigadores, realizar estudios similares. Los métodos estadísticos empleados deberán señalarse claramente con la referencia correspondiente. Los autores deben detallar en este apartado los procedimientos éticos que han seguido, necesarios para experimentos con animales, pacientes, manejo de datos confidenciales, consentimiento informado, etc. y que cuentan con la autorización del comité de ética de su institución.

Resultados

Deberá incluir los hallazgos importantes del estudio, comparándolos con las figuras o gráficas estrictamente necesarias y que amplíen la información vertida en el texto. No repita información en el escrito y en las tablas y/o figuras.

Discusión

Deberán de contrastarse los resultados con lo informado en la literatura y con los objetivos e hipótesis planteados en el trabajo.

Conclusiones

En esta sección resumirán las principales conclusiones del estudio y si estas fueran preliminares se sugerirán futuros estudios que necesitarían realizarse. Es necesario que las conclusiones sean congruentes con los objetivos que se plantearon y que se deriven directamente del proceso de investigación realizado.

Referencias

Se presentarán de acuerdo con los Requisitos Uniformes para los Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas (Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas), www.icmje.org. Las referencias se indicarán con números arábigos en forma consecutiva y en el orden en que aparecen por primera vez dentro del texto. Se referirán en el texto, tablas y pies de figura con los números correspondientes. En las citas con múltiples autores (más de seis autores), se deberá incluir únicamente los 6 primeros autores del trabajo, seguido de et al., después de la abreviatura del nombre o nombres del 6º autor. En el caso de 6 o menos autores, se deberá incluir en la cita a todos ellos (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

- Los artículos publicados en revistas periódicas deberán aparecer en el formato siguiente: Welt CK, Chan JL, Bullen J, Murphy R, Smith P, DePaoli AM, et al. Recombinant human leptin in women with hypothalamic amenorrhea. *N Engl J Med.* 2004;351:987-97.
- Artículos en avance online (publicados online sin estar aún asignados a un número) deben incluir el DOI para localizarlos. Ejemplo: Biswas S, Lefkowitz J, Liew D, et al. Characteristics of national and major regional percutaneous coronary intervention registries: A structured literature review. *EuroIntervention.* 2018. <http://dx.doi.org/10.4244/EIJ-D-18-00434>.
- Las referencias a libros deberán incluir el nombre completo de la editorial así como la ciudad y país de la publicación y el año en que se publicó, de acuerdo al siguiente modelo: Aréchiga H, Somolinos J. *Contribuciones mexicanas a la medicina moderna.* Fondo de Cultura Económica. México D.F., México, 1994.
- Las referencias a capítulos en libros deberán aparecer de la siguiente forma: Pasternak RC, Braunwald E. Acute myocardial infarction; or: Harrison's Principles of Internal Medicine. Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL (Eds.) McGraw-Hill Inc. 12a. Edición, New York, EUA, 1994, pp. 1066-1077.
- Página web, debe incluir la URL y la fecha de consulta, ejemplo: National Institute for Health and Clinical Excellence. Chronic heart failure in adults: management. 2010. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/Guidance/cg108>. Consultado 6 Dic 2011.
- Los resúmenes presentados en conferencias deben incluir también la fecha y localización de la conferencia además de la URL y la fecha de consulta, ejemplo: Veronesi F, Korfiati A, Buffat R, et al. Assessing accuracy and geographical transferability of machine learning algorithms for environmental modelling. Presentado en: 20th Conference on Geo-Information Science; 9-12 May 2017; Wageningen, The Netherlands. Disponible en: <https://agile-online.org/index.php/programme-2017/accepted-papers-and-posters-2017>. Consultado 15 Jun 2020.

Tablas

Deberán presentarse a doble espacio, numerados en forma consecutiva en el orden citado dentro del texto, con los títulos en la parte superior y el significado de las abreviaturas, así como las notas explicativas al pie. Se deberán incluir al final del manuscrito después de la sección de referencias.

Figuras o gráficas

Los pies de figura se escribirán a doble espacio. El pie contendrá la información necesaria para interpretar correctamente la figura sin recurrir al texto. Deben referenciarse en el texto por orden. Calidades: Los gráficos, trazados y dibujos deben ser generados con programas de gráficos de alta resolución (JPG, TIFF, EPS, PowerPoint e Illustrator). Toda la iconografía debe ser original. En caso contrario, se debe citar la referencia del origen y el autor deberá obtener el permiso previo de la editorial respectiva. En las figuras no se repetirán datos ya escritos en el texto. Las fotografías de objetos incluirán una regla para calibrar las medidas de referencia. En las microfotografías deberá aparecer la ampliación microscópica o una barra de micras de referencia. El nombre, la cara, los datos del paciente o cualquier característica reconocible no aparecerán en las figuras y el autor debe acompañarlas de la autorización de publicación firmada por el paciente o su representante legal. Se sugiere a los autores agregar ilustraciones que complementen adecuadamente el texto.

DECLARACIONES ÉTICAS

Responsabilidades éticas

En relación con los posibles conflictos de intereses, el derecho de los sujetos a la privacidad y confidencialidad, así como los derechos humanos y animales como sujetos de investigación, la revista se adhiere a

los "Requisitos uniformes para preparar los manuscritos que se presentan a las revistas biomédicas: redacción y edición de publicaciones biomédicas" en la versión más reciente publicada por el International Committee of Medical Journal Editors en su página <http://www.icmje.org>. Se solicitará copia del consentimiento informado en el caso de estudios con pacientes y casos clínicos, así como la aprobación del Comité de Bioética de la institución correspondiente en el caso de estudios clínicos y experimentales.

Los procedimientos en humanos deben ajustarse a las normas éticas de la Declaración de Helsinki de 1975 (World Medical Association Declaration of Helsinki) Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA* 2000; 284:3043-5, así como al acuerdo que al respecto publicó la Secretaría de Salud el 26 de enero de 1982, y a las Normas del Comité de Ética y de Investigación de la Institución donde se efectuó un trabajo original. Los estudios en animales deben seguir lineamientos similares (Institute of Laboratory Animal Resources, National Research Council. Guide for the care and use of laboratory animals. Washington, DC. National Academy Press. 1996). Con relación a la confidencialidad de los datos, se debe informar acerca del modo en que se ha protegido el anonimato de los participantes y la privacidad de su información.

Podrá descargar el formato accediendo a la siguiente liga: <http://www.permanyer.com/formulario-responsabilidades/>

Financiamiento

El autor debe mencionar en el manuscrito, las organizaciones que financian su investigación, incluyendo los números de subvención en caso de que fuesen necesarios.

Conflicto de intereses

Los autores deben describir cualquier relación financiera o personal que tengan con otras personas u organizaciones y que pudieran dar lugar a un conflicto de intereses en relación con el artículo que se remite para publicación.

TIPOS DE ARTÍCULOS

Editorial

Los artículos editoriales serán en general por encargo, aunque excepcionalmente se pueden aceptar editoriales no solicitados, tras previa consulta al editor en jefe.

Los editoriales deben contener título, en español y en inglés. No deben contener resumen, palabras clave, tablas o figuras. La extensión total del editorial no debe superar las 4 páginas, con un máximo de 20 referencias.

Artículo original

Los originales deben contener títulos, resúmenes y palabras clave en español e inglés. Los resúmenes deben tener un máximo de 200 palabras cada uno. La extensión total no debe superar las 20 páginas, con un máximo de 6 tablas, 6 figuras y 25-30 referencias.

COPYRIGHT

Los manuscritos enviados deberán acompañarse de una carta firmada por todos los autores del trabajo, en la que se haga constar que éste no ha sido publicado con anterioridad, ni se ha enviado simultáneamente a otra revista, que no existe conflicto de intereses y en caso de ser aceptado, ceden los derechos de autor a los Centros Culturales de México, A.C. que los publica en abierto bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Las opiniones contenidas en el artículo son responsabilidad de los autores.

No se aceptarán artículos para su revisión si no están preparados de acuerdo con las instrucciones para los autores.

INSTRUCTIONS FOR AUTHORS

Bioethics UPdate is a scientific publication founded in 2015 by the Panamerican University of Mexico. The journal is devoted to promoting the Bioethics field in a scientific and argued way. It is a peer reviewed, biannual publication, that publishes online open access (free of charge for authors and readers) articles in Spanish or English. It has an Editorial Committee composed of national and international experts.

The journal will consider contributions in the following sections:

- Editorial (by invitation)
- Original article

Manuscripts must be uploaded in electronic form through the editorial system at <http://www.publisher.BUP.permanyer.com>, where first, the corresponding author should register as an author in the platform. Once this author has obtained a user-name and password, the documents should be uploaded following the instructions.

PREPARATION AND SUBMISSION OF MANUSCRIPTS

All articles must include, without exception, title, name, and surname(s) of each author (without titles or positions), affiliation, name and address of the corresponding author, the complete manuscript text, tables, and figures. Texts must be submitted in Microsoft Word format. Manuscripts must be correctly written in Spanish or English. The text must be typed double-spaced, in Times New Roman 12 font and with each section starting on a new page: front page, English and Spanish abstracts with their key words, main manuscript, references, tables and figures footnotes. The pages will be numbered consecutively, beginning with the front page, and the number will be placed on the top of every page.

Each submission must include:

- front page with all authorship data
- full-text manuscript (anonymous)
- declaration of conflicts of interest, funding, ethical disclosures, etc. (filled in during the submission in the online editorial system)
- document of copyright transfer

The front page must show the title of the article in Spanish and English and a short title with less than 40 characters (counting letters and spaces). The authors names (without job titles or academic degrees); institutional departments in which the work was carried out (affiliations); email address and full name of the corresponding author, acknowledgments, funding and conflicts of interest (if they exist).

The full-text manuscript must be completely anonymous and must contain the Spanish and English abstracts, the manuscript, references, tables, and figure footnotes.

For more information about manuscript preparation, we suggest consulting the website of Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (www.icmje.org).

For further details: International Committee of Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org/recommendations/browse/manuscript-preparation/preparing-for-submission.html>).

Abstract in Spanish

This abstract will be presented in a maximum of 200 words, indicating the purpose of the research; basic procedures (sample selection, observational and analytical methods); main findings (specific data and, if possible, their statistical

significance); as well as relevant conclusions and originality of the research. In the end, 3 to 6 key words will be written to facilitate inclusion in international indexes. We recommend using the terms from the Medical Subject Headings of the most recent Index Medicus.

Abstract in English

This abstract will be presented in a maximum of 200 words, using the same characteristics and content of the Spanish abstract. It will begin with an English language version of the title. It will also contain 3 to 6 key words. To ensure quality, we suggest having this paragraph reviewed by an experienced translator.

Introduction

It must include background information, approach to the problem and purpose of the study, all clearly worded and well supported by the bibliography reviewed.

Material and methods

The characteristics of the sample and the methods used, with relevant references, will be clearly marked so that reading of this chapter allows similar studies to be conducted by other researchers. The statistical methods used must be marked with their corresponding reference. The authors must detail in this section, the ethical procedures followed, necessary for experiments with animals, patients, confidential data management, informed consent, etc. Moreover, that they have obtained the corresponding authorization by the ethics committee of their institution.

Results

The main findings of the study must be included and may be compared only with figures or graphics which are strictly necessary and are intended to extend the information contained in the text. Do not repeat information in the body of the text and the tables and/or figures.

Discussion

The results must be contrasted with the information reported in the literature, and with the objectives and hypotheses expressed in the work.

Conclusions

In this section, authors must summarize the main conclusions of their study and the future recommended studies in case conclusions are preliminary. Conclusions should agree with the objectives of the study, and they should be directly originated from the reported results.

References

These will be presented in accordance with the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (International Committee of Biomedical Journal Editors). References will be marked with consecutive Arabic numerals, sorted in the order in which they first appear in the text. They will be referred to in the text, tables, and figure footnotes with the corresponding numbers. In quotations with multiple authors (more than six authors), only the first 3 authors of the work must be included, followed by et al., after the abbreviation of the name/s of the 6th author. In case of 6 or fewer authors, all 6 must be included in the quotation (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

- Articles published in periodic journals must appear in the following format: Welt CK, Chan JL, Bullen J, Murphy R, Smith P, DePaoli AM, et al. Recombinant human leptin in hypothalamic Women with amenorrhea. *N Engl J Med.* 2004;351 (10):987-97.
- References to books must include the name of the publisher, as well as the city and country of publication, and the year of publication, in accordance with the following model: Aréchiga H, Somolinos J. *Contribuciones Mexicanas a la medicina moderna.* México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 1994.
- References to chapters in books must appear as follows: Pasternak RC, Braunwald E. Acute myocardial infarction; or: Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine.* 12.a ed. Nueva York: McGraw-Hill Inc.; 1994., pp. 1066-77.

Tables

They must be double-spaced and consecutively numbered in Arabic characters, in the order quoted in the text, with the titles at the top and the abbreviations meaning as well as explanatory comments in the table's footnotes. They must be included at the end of the manuscript, after the references section.

Figures or graphs

Figure footnotes must be written double-spaced. The footer must contain the precise information to correctly interpret the figure without resorting to the text. The text must reference them in order. Qualities: The graphics, layouts and drawings must be generated in high-resolution graphics programs (JPG, TIFF, EPS, PowerPoint, and Illustrator). All iconography must be original. Where this is not the case, the source reference must be quoted, and the author must obtain prior permission of the relevant publisher. In the figures, data already written in the text will not be repeated. Photographs of objects must include a rule to calibrate the reference measurements. In microphotographs, the microscopic magnification or reference micron bar must appear. The patient's name, face, data, or any other recognizable feature will not be shown in the figures. We suggest that authors use illustrations that complement the text.

ETHICAL CONSIDERATIONS

Ethical disclosures

Regarding potential conflicts of interest, individual right to privacy and data confidentiality, as well as human and animal rights, the journal adheres to the latest version of the Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (formerly the Uniform Requirements for Manuscripts) published by the International Committee of Medical Journal Editors, found at <http://www.icmje.org>. Copies of the informed consent forms will be required in the case of studies in patients and clinical cases, and in case of clinical and experimental studies, the letter from the Independent Ethics Committee of the corresponding institution.

Human procedures must comply with the ethical standards of the Helsinki Declaration of 1975 (World Medical Association Declaration of Helsinki) Ethical Principles for Medical Research involving human subjects. *JAMA* 2000, 284:3043-5. Also, with the agreements given by the Ministry of Health, published on January 26, 1982 and the Rules for Ethics and Research from the institution where the study originated. Animal studies should follow similar guidelines (Institute of Laboratory Animal Resources, National Research Council. Guide for the care and use of laboratory animals. Washington, DC. National Academy Press, 1996). Regarding the confidentiality of data, you should inform on how the anonymous status of the participants and the confidentiality of their information were protected.

You can download the format by accessing the following link: <http://www.permanyer.com/formulario-responsabilidades/>

Funding

The authors must mention all organizations that funded their research in the manuscript, including grant numbers where appropriate.

Conflicts of interest

Authors must describe any financial or personal relationship with any other person or organization, which can cause a conflicts of interest regarding this article.

TYPES OF ARTICLES

Editorial

Editorials will be commissioned although exceptionally, non-solicited editorials may be considered previous consultation with the Editor in Chief. Editorial articles must contain title in Spanish and in English. They cannot include abstracts, key words, tables or figures. The maximum length for editorials will be 4 pages with a maximum of 20 references.

Original article

Original articles must include title, abstract and key words, both in Spanish and English. Abstract must be shorter than 200 words. The maximum length for original articles will be 20 pages with a maximum of 6 figures, 6 tables and 25-30 references.

COPYRIGHT

All papers must be submitted together with a letter signed by every author stating that the manuscript have not been published previously nor have been sent simultaneously to another journal; that there is no conflicts of interest; and in case of acceptance, copyright will be transferred to Centros Culturales de México, A.C. who will publish in open access under the licence: CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

The views expressed in the article are those of the authors. No articles will be accepted for review if they are not prepared in accordance with the instructions for authors.