

GUÍA BIOÉTICA PARA EL TRATAMIENTO CLÍNICO DE PACIENTES QUE HAN INTENTADO SUICIDARSE

Liliana Mondragón Barrios, Ma. Emily Ito Sugiyama , Zuraya Monroy Nasr , Cruz Netza Cardoso, René Ocampo Ortega., Eduardo Rodríguez Yunta, Norma A. Larios Moreno, Fernando Lolas Stepke, César Lara Álvarez, Blanca Bórquez Polloni.

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
México, 2010

Guía bioética para el tratamiento clínico de pacientes que han intentado suicidarse

Liliana Mondragón, Ma. Emily Ito , Zuraya Monroy , Cruz Netza, René Ocampo.,
Eduardo Rodríguez, Norma A. Larios, Fernando Lolas, César Lara, Blanca Bórquez

1° Edición, febrero 2010

D.R. 2010 Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Dirección de
Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales. Calz. México-Xochimilco #101
Col. San Lorenzo Huipulco, Del. Tlalpan, México D.F., 14370

Diseño gráfico

Georgina Garmendia Issa

Daniel Mohar Fresán

ISBN 978-607-460-116-9

Secretaría de Salud.

Impreso en México

Citación sugerida:

Mondragón, L., Ito, M.E., Monroy, Z., Netza, C., Ocampo, R., Rodríguez, E., Larios, N.,
Lolas, F., Lara, C., Bórquez, B. (2010). Guía bioética para el tratamiento clínico de
pacientes que han intentado suicidarse. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón
de la Fuente Muñiz. Secretaría de Salud.

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra, sea cual fuere el medio,
electrónico o mecánico, sin el consentimiento por escrito de los autores.

ADVERTENCIA

El proyecto “La aplicación de los principios bioéticos en la atención clínica y la prevención del intento de suicidio”, cuyo resultado es este material, fue financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT-91082), y está inscrito en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM- 4601N). Fue evaluado, asimismo, por el Comité de Ética de la Investigación de dicho instituto.

Conforme a los procedimientos del proyecto, el material que aquí se presenta fue revisado por un grupo de expertos, quienes fueron elegidos por su capacidad y pericia en sus respectivas áreas de conocimiento y la bioética.

Las opiniones, hallazgos, conclusiones y recomendaciones que se expresan en esta publicación no reflejan necesariamente los puntos de vista del CONACyT, del INPRFM ni de cualquier otro colaborador, así como tampoco de marcas registradas, productos comerciales, organizaciones o el Gobierno mexicano.

La estructura de la *Guía bioética* para el tratamiento clínico de pacientes que han intentado suicidarse se basa en las *Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos* (CIOMS) 2002, *The Principles of Medical Ethics*, 2009; *APA Practice Guideline. Provides Recommendations for Assessing and Treating Patients with Suicidal Behaviors*, 2004; *Prevention of Suicide. Guidelines for the Formulation and Implementation of National Strategies*, United Nations, 1996; y en la *Guía para el Cuidado y Uso de los Animales de Laboratorio*, del National Research Council, 2002.

La *Guía bioética* ofrece una serie de recomendaciones bioéticas para profesionales de la salud que atienden a pacientes que han

atentado contra su propia vida. Las sugerencias se dividen de acuerdo con tres principios bioéticos (beneficencia, autonomía y justicia), de los cuatro formulados por Beauchamp y Childress en su libro *Principles of Biomedical Ethics*, publicado en 1979.

Las recomendaciones de la presente *Guía bioética* deben ubicarse en el momento del tratamiento clínico que reciben los pacientes que intentaron suicidarse (una vez que se ha superado la fase más aguda de afección psíquica), debido a que, durante su atención, se espera que el paciente recupere su autonomía, que puede estar hasta entonces disminuida, con la ayuda de la beneficencia del especialista.

Las recomendaciones están orientadas a proponer lo que podría hacerse desde la bioética y no a describir lo que actualmente se acostumbra en el escenario clínico durante la atención a estos pacientes. Cabe aclarar, sin embargo, que este documento no es un código de ética y tampoco sugiere acciones sobre el tratamiento clínico.

México D.F., 2010

NOTA

La *Guía bioética para el tratamiento clínico de pacientes que han intentado suicidarse* se caracteriza por ser un documento vivo, flexible y sujeto a modificaciones conforme cambien las condiciones y se adquiera nueva información. Esta característica resulta de un continuo énfasis en el planteamiento del “logro de objetivos o resultados” que se contrapone al enfoque del “diseño o prescripción”. El uso del enfoque del “el logro de objetivos” atribuye mayor responsabilidad al usuario y redundante en un mejoramiento del bienestar del paciente (o persona que recibirá el beneficio). Sin embargo, esta aproximación requiere una interpretación cuidadosa en tanto que las metas “diseñadas o prescritas” no dan oportunidad a la interpretación.

La *Guía bioética* no aborda o hace recomendaciones en los aspectos clínicos de la atención médica, psiquiátrica o psicológica, que se le brinde al paciente que ha presentado intentos(s) de suicidio.

Son bienvenidos todos los comentarios a la presente *Guía bioética*. Favor de dirigirlos a: Dra. Liliana Mondragón B., Instituto Nacional de Psiquiatría, Calzada México-Xochimilco 101, col. San Lorenzo Huipulco, C.P. 14370, México, D.F., México. Tel.: (5255) 41605333, Fax (52 55) 5655 2811, ext. 139. Dirección electrónica: lilian@imp.edu.mx

GRUPO DE EXPERTOS PARTICIPANTES EN LA REVISIÓN DE LA GUÍA

Mag. Blanca Bórquez Polloni
Investigadora del Departamento de Estudios,
Extensión y Publicaciones
Biblioteca del Congreso Nacional de Chile
Área de conocimiento: derecho y bioética
Chile

Dra. Ma. Emily Ito Sugiyama
Profesora Titular
Facultad de Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)
Área de conocimiento: psicología social
México

Mtro. César Lara Álvarez
Director de Vinculación y Desarrollo Institucional
Instituto Nacional de Medicina Genómica (INMEGEN)
Área de conocimiento: derecho y bioética
México

Lic. Norma A. Larios Moreno
Unidad de Educación a Distancia
Dirección de Enseñanza
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente
Área de conocimiento: pedagogía
México

Dr. Fernando Lolas Stepke
Director del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética
Universidad de Chile
Área de conocimiento: psiquiatría y bioética
Chile

Dra. Zuraya Monroy Nasr
Profesora Titular
Facultad de Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)
Área de conocimiento: filosofía y bioética
México

Mtra. Cruz Netza Cardoso
Candidata a Doctora en Bioética
Doctorado en Bioética
Facultad de Filosofía y Letras/Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)
Área de conocimiento: medicina y bioética
México

Dr. René Ocampo Ortega
Coordinador del Comité de Ética
del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica
y Control de Enfermedades
Secretaría de Salud
Área de conocimiento: psiquiatría y bioética
México

Dr. Eduardo Rodríguez Yunta
Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética
Universidad de Chile
Área de conocimiento: bioética
Chile

ÍNDICE

PREFACIO	13
OBJETIVOS	15
ESTRATEGIA METODOLÓGICA	17
INTRODUCCIÓN	19
PRIMERA PARTE. INFORMACIÓN GENERAL	25
<i>Intento de suicidio (diádico)</i>	27
<i>Bioética</i>	29
<i>Principios bioéticos</i>	31
Beneficencia	31
Autonomía	31
Justicia	34
SEGUNDA PARTE. ATENCIÓN PATERNALISTA	35
<i>Paternalismo</i>	37
Recomendación 1. Aplicación de la atención paternalista	39
Recomendación 2. Evitación del maltrato en la relación especialista-paciente	41
TERCERA PARTE. PRINCIPIO DE BENEFICENCIA	43
<i>Principio de beneficencia</i>	45
<i>Relación especialista-paciente</i>	46
Recomendación 3. Relación especialista-paciente como modelo interpretativo	46
Recomendación 4. Relación especialista-paciente-familia	49
Recomendación 5. Decisiones entre el especialista, el paciente y el acompañante	50
<i>Tratamiento</i>	53
Recomendación 6. El medicamento	53
Recomendación 7. Manejo del tiempo de la consulta	55
Recomendación 8. Decisiones sobre el tratamiento	56

Recomendación 9. Beneficios del tratamiento	58
Recomendación 10. Confidencialidad y privacidad	60
Recomendación 11. Un nuevo intento de suicidio durante el tratamiento	61
Recomendación 12. El mejor tratamiento	64
Recomendación 13. La remisión	65
<i>Elementos para el tratamiento</i>	66
Recomendación 14. La empatía	66
Recomendación 15. La escucha	67
Recomendación 16. Reconocimiento de las emociones	68
Recomendación 17. Apoyo psicológico obligatorio a especialistas	72
Recomendación 18. Soslayamiento del estigma	73
<i>Los especialistas benéficos</i>	75
Recomendación 19. Virtudes y valores del profesional de la salud	75
Recomendación 20. Deberes de los especialistas durante la relación con el paciente	78
<i>Tratamiento y prevención del intento de suicidio desde la bioética</i>	79
Recomendación 21. Definición ética del intento de suicidio diádico	79
Recomendación 22. Cómo tratar un caso de intento de suicidio	80
Recomendación 23. Cómo prevenir el intento de suicidio	83
Recomendación 24. Identificación de los bienes y males en la atención del intento suicida	84
CUARTA PARTE. PRINCIPIO DE AUTONOMÍA	87
<i>Principio de autonomía</i>	89
Criterios para evaluar la autonomía–capacidad del paciente	94
<i>Cuatro criterios sobre autonomía para casos ubicados durante el tratamiento del intento de suicidio</i>	94

Recomendación 25. Conocimiento	95
Recomendación 26. Comprensión	96
Recomendación 27. Ausencia de control por coacciones internas	97
Recomendación 28. Ausencia de control por coacciones externas	98
<i>Autonomía disminuida</i>	100
Recomendación 29. Intento de suicidio y autonomía (disminuida)	100
Recomendación 30. Conciencia de sí	102
Recomendación 31. Conciencia, juicio y voluntad	103
Recomendación 32. Dolor subjetivo	104
Recomendación 33. Ideación suicida durante el tratamiento	105
<i>Recuperación de la autonomía</i>	106
Recomendación 34. Recuperación de la autonomía	106
Recomendación 35. Decisiones del tratamiento	107
Recomendación 36. Consentimiento informado	109
Recomendación 37. Valores y creencias de los pacientes	110
QUINTA PARTE. PRINCIPIO DE JUSTICIA	113
<i>Principio de justicia</i>	115
Recomendación 38. Igualdad en la canalización de pacientes de servicios de urgencia a los servicios especializados	115
Recomendación 39. Equidad en la canalización de pacientes de servicios de urgencia a los servicios especializados	117
Recomendación 40. Recursos financieros para la hospitalización	118
SEXTA PARTE. PRINCIPIO DE JUSTICIA Y DERECHO	121
<i>Derecho</i>	123
Recomendación 41. Objeción de conciencia	125

Recomendación 42. Respetar los derechos de paciente	127
Recomendación 43. Evitar la mala práctica clínica	128
<i>Principio de dignidad</i>	130
Recomendación 44. Respeto por la dignidad del paciente	130
<i>Derechos humanos y salud mental</i>	132
Recomendación 45. Respeto por los derechos humanos del paciente	132
REFERENCIAS	135

PREFACIO

De acuerdo con el Plan Nacional de Salud 2007-2012 (Secretaría de Salud, 2007), en la práctica médica, la utilización de guías de práctica clínica y protocolos de atención médica contribuyen a mejorar la toma de decisiones clínicas al promover las intervenciones seguras y efectivas. Según esta premisa, se propuso la elaboración de la *Guía bioética para el tratamiento clínico de pacientes que han intentado suicidarse*, cuyo valor estriba en apoyar la prevención del intento de suicidio en los escenarios clínicos por medio de elementos bioéticos, que a su vez contribuyan a prevenir las violaciones a los derechos humanos y la discriminación de personas con trastornos psiquiátricos.

La *Guía bioética* tiene como propósito funcionar como una herramienta de análisis que oriente las acciones del médico psiquiatra, el estudiante de psiquiatría o a cualquier otro profesional de la salud de acuerdo con la beneficencia, las virtudes y los deberes frente a los casos de intento de suicidio, sin ignorar la autonomía (disminuida) del paciente. En suma, los esfuerzos se dirigen a hacer recomendaciones bioéticas para el buen ejercicio de la práctica clínica. Además, con ello será posible evitar diversos dilemas éticos y prevenir un nuevo intento o, más aún, la consumación de un suicidio. La *Guía bioética* también pretende asistir a los médicos y otros profesionales de la salud en el cumplimiento de sus obligaciones de atención y conducción del tratamiento de los pacientes suicidas conforme a los más altos principios éticos y humanitarios.

Las recomendaciones se basan en información publicada (Mondragón, 2008; Mondragón, 2009), principios científicos, opiniones de expertos y experiencia de prácticas que han demostrado ser consistentes con el cuidado y la atención humanitarios de alta calidad (*Pautas éticas internacionales para la investigación*

biomédica en seres humanos [CIOMS] 2002; The Principles of Medical Ethics, 2009; APA Practice Guideline. Provides Recommendations for Assessing and Treating Patients with Suicidal Behaviors, 2004; Prevention of Suicide. Guidelines for the Formulation and Implementation of national strategies, United Nations, 1996; Guía para el cuidado y uso de los animales de laboratorio, National Research Council, 2002).

OBJETIVOS

Los objetivos específicos de este material son:

1. A partir de conocimientos específicos sobre los aspectos bioéticos para las acciones de una buena práctica clínica, desarrollar un instrumento, que apoye la prevención de un nuevo intento de suicidio o la consumación de un suicidio.
2. Facilitar al profesional de la salud la aplicación de los principios bioéticos (beneficencia, autonomía y justicia) en las intervenciones terapéuticas con personas en riesgo suicida (intento), con base en el respeto de los derechos de los pacientes (trato digno, respetuoso y confidencial, atención clínica adecuada, etc.) a fin de resolver dilemas éticos.
3. Capacitar al personal para que brinde atención clínica según recomendaciones bioéticas que eviten, en la medida de lo posible, un trato prejuiciado, discriminatorio y estigmatizante hacia dichos pacientes.
4. Sugerir políticas de salud mental que favorezcan, por medio de la bioética, la calidad y la calidez ofrecidas a las personas afectadas durante la atención.

La *Guía bioética para el tratamiento clínico de pacientes que han intentado suicidarse* se organiza en seis partes que abordan, en forma de recomendaciones, los componentes bioéticos. A continuación se presenta una breve descripción del contenido de la *Guía bioética*.

Primera parte. *Información general.* Plantea las definiciones de los principales elementos y conceptos de la *Guía bioética* (intento de suicidio [diádico], bioética y principios bioéticos).

Segunda parte. *Atención paternalista.* Expone dos recomendaciones bioéticas para una adecuada aplicación de una atención paternalista a los pacientes que han intentado suicidarse.

Tercera parte. *Principio de beneficencia.* Señala una serie de 22 recomendaciones bioéticas relacionadas con las virtudes y los deberes de los profesionales de la salud como beneficios para el paciente. Asimismo, en esta parte se formulan recomendaciones dirigidas a la prevención y el tratamiento del intento suicida.

Cuarta parte. *Principio de autonomía.* Comprende 13 recomendaciones sobre el respeto por los valores y las creencias de los pacientes, y el reconocimiento y respeto por la autonomía reducida del paciente. Lo que se busca, además, es entender el consentimiento informado como un proceso dialógico.

Quinta parte. *Principio de justicia.* Expone tres recomendaciones bioéticas sobre la igualdad y la equidad asociadas a la atención de casos de intento suicida.

Sexta parte. *Principio de justicia y derecho.* Aquí se aborda de manera sucinta el tema del derecho, tanto del especialista como del paciente. Se expone, además, una recomendación sobre el principio de dignidad; por último, se explica la recomendación de respetar los derechos humanos del paciente.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Los resultados del proyecto de investigación “Bioética y salud mental: disyuntivas en las concepciones bioéticas que afectan la terapéutica del intento suicida” (Mondragón, 2008) constituyen los antecedentes y fundamentos del material contenido en la presente *Guía bioética*.

La estrategia metodológica seguida durante el proceso de elaboración consensuada de la *Guía bioética para el tratamiento clínico de pacientes que han intentado suicidarse* estuvo conformada por las siguientes etapas:

Primera. Formulación de una propuesta de estructura, contenidos y diseño que se presentaría a un grupo de expertos por parte de la investigadora responsable.

Segunda. Integración de un grupo de expertos. A principios de 2009, se invitó a participar en la elaboración y la revisión de esta *Guía bioética* a un grupo de nueve especialistas, en el tema, de México y Chile. El grupo de expertos quedó integrado por abogados, bioeticistas, filósofos, médicos generales, pedagogos, psicólogos y psiquiatras de distintas áreas de la salud y la educación. La tarea de todos ellos consistió en proponer y revisar la estructura, los contenidos y el diseño de la *Guía bioética* por medio de comentarios orales y/o escritos. Los acuerdos se alcanzaron en una reunión celebrada en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; los especialistas de México trabajaron de manera presencial, los expertos de Chile hicieron lo propio vía electrónica.

Tercera. Desarrollo, en primera instancia, de la *Guía bioética* por parte de la investigadora responsable del proyecto. En segundo lugar, presentación y discusión consensuadas de la estructura de la *Guía bioética* por parte del grupo de expertos. Lo anterior se

acometió en varias reuniones de trabajo celebradas en el mismo lugar de la primera; como en ésta, se trabajó vía electrónica con los especialistas chilenos. En estos encuentros tanto presenciales como virtuales se plantearon los bosquejos de la presente *Guía bioética*.

Cuarta. Cada experto revisó la versión definitiva de la *Guía bioética* y emitió su aprobación para la edición de la misma. Una última reunión con los expertos de México –realizada también en la misma sede– tuvo como propósito obtener el asentimiento de la versión final de la guía para su impresión, lo mismo sucedió por vía electrónica con los especialistas extranjeros.

En cada reunión se hicieron críticas e intercambios de propuestas de los diferentes temas de la *Guía bioética* a fin de llegar a un consenso mediante la deliberación y reflexión.

Dra. Liliana Mondragón B.
Responsable
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

INTRODUCCIÓN

El quehacer fundamental de la bioética es dilucidar los problemas éticos que derivan del desarrollo y la aplicación de las ciencias. En 2000, el 42° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) instó a los estados miembros, entre los que se incluye México, a fomentar la reflexión bioética en el contexto de sus planes y programas de asistencia e investigación en salud (Casas, 2000). En México, la preocupación por establecer una cultura de la bioética en la atención médica se ha considerado como una meta prioritaria del Plan Nacional de Salud 2007-2012 (Secretaría de Salud, 2007) del Gobierno Federal. Al respecto, es necesario, ante todo, acrecentar “una actitud de reflexión, deliberación y discusión multidisciplinaria y multisectorial sobre los temas vinculados con la salud humana y desarrollar normas éticas para la atención, la investigación y la docencia en salud” (p.105).

Sabemos que algunas de las preocupaciones de la bioética se centran en fenómenos como el trasplante de órganos, la genómica, el aborto, la eutanasia, las células madre y la clonación, los cuales conllevan conflictos, dilemas, problemas, contradicciones y contingencias, entre otros. También entendemos que la bioética, como campo de conocimiento, se extiende a diversas áreas, como el cuidado médico, la salud pública, la salud mental y las ciencias sociales (Mondragón *et al.*, 2006; Aguilera *et al.*, 2008).

En este sentido, es importante que el *corpus* de la bioética incluya los problemas de salud mental (Mondragón, 2007), área donde existen dilemas éticos difíciles de afrontar, dada la posibilidad del estigma, la discriminación, la violación a los derechos de los pacientes incapacitados de sus facultades mentales o, bien, el atropello de su dignidad. Problemas como la depresión, la esquizofrenia, la anorexia, la bulimia, el abuso de sustancias (tabaco, alcohol y drogas)

y la conducta suicida se asocian con las condiciones de violencia y pobreza que se viven día a día en América Latina.

De todos estos problemas, el más preocupante es, nos parece, la conducta suicida, pues en general se manifiesta en personas productivas de los países en vías de desarrollo y desarrollados. Así, el suicidio se considera un problema emergente de salud pública mundial, que absorbe 1.5% del gasto en salud en el mundo. De acuerdo con datos de la OPS (2005), cada 40 segundos alguien se suicida en el mundo, lo que implica casi un millón de personas al año; lo más grave es que, al parecer, la cifra tenderá a aumentar en las próximas dos décadas. En México, el suicidio se ha incrementado en los últimos 20 años, a pesar de no estar entre las diez principales causas de mortalidad (Mondragón *et al.*, 2002; Borges y Mondragón, 2003). Sólo de 1998 a 2004, el suicidio aumentó anualmente 5%, en particular en mujeres de entre 11 y 20 años de edad (Secretaría de Salud, 2007).

El verdadero problema radica en una atención inadecuada de los trastornos mentales. El presupuesto asignado a salud mental es muy bajo en todos los países y, en las naciones de bajos ingresos, esto representa apenas 1.54% del presupuesto total asignado a la salud (OPS, 2005). Este factor económico ejerce mayor impacto, no sólo en los recursos disponibles para la salud mental, sino en la ausencia de estructuras materiales y humanas que brinden una atención apropiada a los padecimientos mentales.

Diversos estudios han reportado una alta prevalencia de intento o suicidio consumado entre los usuarios de los servicios de salud. Los resultados de una encuesta, llevada a cabo en México, sobre conducta suicida, trastornos psiquiátricos y uso de servicios asociados a estos comportamientos indicaron que, una de cada cuatro personas con intento de suicidio, ha reportado haber consultado alguna vez a un psiquiatra; y una de cada cinco, a otro

especialista de la salud mental (Borges *et al.*, 2005). Pareciera que las intervenciones de salud pública carecen del alcance necesario para evitar un nuevo intento o prevenir el suicidio mismo (Borges *et al.*, 2005).

Quizá el escaso éxito de las políticas de prevención del suicidio se deba a una falta de entendimiento de las implicaciones sociales, culturales e históricas del problema, así como a la falta de aceptación, la doble moral y el estigma que envuelven a dicha conducta (Mondragón, 2005). Todos y cada uno de ellos pueden convertirse en obstáculos no sólo para la prevención, sino para el tratamiento médico de los pacientes suicidas.

En un análisis que va de lo general a lo particular, el punto decisivo de la prevención del suicidio no radica en los programas de intervención, sino en el contacto establecido entre el sujeto con expectativas suicidas y el médico, durante el tratamiento del primero; es decir, en la relación médico-paciente.

Por lo común, el tipo de relación médico-paciente predominante en el tratamiento de la conducta suicida ha sido paternalista¹. Este modo tradicional de intervención ha considerado que el intento de suicidio es elegido de manera irracional por una persona enferma, psicótica, cuyos deseos, preferencias y acciones sufren una alteración, lo cual la incapacita mentalmente para tomar decisiones sobre su tratamiento, internamiento u otra medida que ayude a evitar un daño mayor (Cohen, 2006).

1.El paternalismo es un comportamiento o actitud de protección hacia un sujeto con el fin de proporcionarle un bienestar o evitarle un malestar, sin tomar en cuenta su decisión, valores o manifestaciones, obligándolo a conducirse de determinada manera.

De este modo, como plantea Cohen (2006), “el problema es que la intervención paternalista, aunque tenga buenas intenciones, puede desencadenar efectos paradójicos” (p. 4), pues presenta grandes dificultades en cuestiones prácticas. La primera es el grado de inferencia sobre la libertad de un individuo; quizá el paciente no permanezca incapacitado mentalmente durante todo su tratamiento. En segundo lugar se relaciona con la precisión para predecir un intento de suicidio. Por ejemplo, como medida de prevención del suicidio, la hospitalización aumenta a menudo el riesgo de que ocurra un suicidio (Cohen, 2006). En tercero, la conducta suicida no es homogénea. Así, no es lo mismo un intento de suicidio que un suicidio asistido o, bien, la eutanasia. No obstante, el paternalismo interviene de igual manera en todas ellas.

Una posible forma de mediar estos efectos paradójicos es fijar límites al paternalismo, pues la intervención paternalista no es equivocada en todo momento y en cada caso de conducta suicida. Aquí cabe decir que, en ocasiones, en intentos de suicidio no hay más alternativa que ésta. El problema radica en que el paternalismo ha sido un modo autoritario que ha llegado a lesionar la dignidad de los pacientes.

En bioética y ética médica, la mayoría de los argumentos antipaternalistas se basan en la autonomía de los pacientes, alegando la defensa de sus derechos (Cohen, 2006). Sin embargo, no basta sólo con proponer la autonomía de los pacientes en contraposición al paternalismo. También debe considerarse o exigirse una beneficencia como un modo de ser del profesional de la salud, apelando, más allá de una alternativa, a un modo de ser (*ethos*)², como fundamento del tratamiento y trato a los sujetos con conductas suicidas.

2. A lo largo de la historia, *ethos* ha tenido diferentes significados, en este trabajo se entiende como “modo de ser”.

Es cierto que los intereses de la autonomía y la beneficencia pueden resultar en una irresoluble contraposición de principios. También puede presentarse una tensión por la cual el especialista suele optar por la beneficencia (más parecida al paternalismo) e ignorar la autonomía.

No obstante, esta contraposición de los principios de la autonomía y la beneficencia no tiene por qué ser necesariamente así. Cada principio refiere a una parte de las responsabilidades clínicas, procederes que en ocasiones entran en conflicto y presentan disyuntivas que afectan cualquier terapéutica. Con todo, estos conflictos o tensiones no son los mismos que provocan una postura tradicional centrada en el paternalismo. Por ello, es de suma importancia que el profesional de la salud opte o se incline por la beneficencia como un modo de ser, el cual debe incluir, en el trato con los pacientes, el reconocimiento de la autonomía disminuida de éstos. Así, es oportuno que en la clínica se apliquen los aspectos de la bioética que puedan acarrear resultados benéficos para la atención de pacientes con intento de suicidio.

Primera Parte

INFORMACIÓN GENERAL

INTENTO DE SUICIDIO (DIÁDICO)

La manifestación del fenómeno suicida puede ir desde los suicidios egoístas, altruistas o anómicos denominados así por Durkheim en 1897 (1974) , pasando por los suicidios masivos Masada, Jonestown, etc. (Maris, 2002) hasta llegar al suicidio asistido y la eutanasia.

Las diferencias entre estos tipos de “actos suicidas estriban en los cuestionamientos filosóficos y éticos, además de los morales, que están implicados en cada uno” (Kraus y Álvarez, 1998, p. 7). La distinción entre suicidios y/o muertes voluntarias tal vez radique en la permisividad social y cultural, las cuales cumplen un papel importante para una toma de posición ante el suicidio. Es decir, no es lo mismo el suicidio de un “hombre bomba” que el de otro sujeto que llega a esta medida por problemas económicos, que el de otro más que decidió morir para dejar de sufrir una enfermedad terminal. La aceptación, la comprensión y el rechazo se construyen en cada imaginario social.

Una de las posiciones más ambivalentes del imaginario social surge ante los suicidios e intentos de suicidio denominados diádicos, debido a que quienes los cometen son sujetos cuya muerte no se considera natural (o “normal”). Estos actos diádicos se caracterizan por un dolor psicológico, en que los motivos y propósitos que pueden llevar a alguien a pensar en quitarse la vida se relacionan más con vivencias o sucesos de vida, como las decepciones amorosas o los problemas familiares, económicos y laborales.

En general, el intento de suicidio diádico es entendido como aquél cuya autoagresión se dirige, consciente o inconscientemente, hacia otro con el objetivo de “vivenciar *a priori*” las secuelas negativas a quien se “dedica” el acto autoinfligido. Según

este planteamiento, la intención del sujeto es lastimar, manipular o impresionar a otra persona (Cohen, 2007). Esta peculiaridad define la "diadicidad".

El intento de suicidio diádico podría entenderse también como parte de la condición humana que plantea un problema político, moral y ético, según el cual la voluntad o deseo del individuo suicida comprende las múltiples contradicciones sociales y colectivas.

Si se extrapola hacia los escenarios clínicos, lo anterior presenta el intento suicida del paciente como un riesgo ocupacional que el médico enfrenta en su práctica profesional y se considera como una de las adversidades más estresantes (Yousaf, Hawthorne y Sedgwick, 2002). Por ello, es importante exponer las repercusiones éticas relevantes de este tipo de pacientes para el escenario clínico. Para lograr este cometido, es necesario ofrecer al profesional de la salud mental un análisis bioético que le proporcione mejores elementos para actuar conforme al principio de beneficencia frente a casos de intento de suicidio, considerando a su vez, la autonomía (disminuida) del aquejado y sus derechos. Sobra decir que todo ello se encamina a procurar la mejor atención posible a estos pacientes.

BIOÉTICA

La bioética se considera una ética aplicada, que designa socialmente los lugares de interacción entre la preocupación ética y los diferentes ámbitos de la práctica (Ladrière, 2000; Reich-*Encyclopedia of Bioethics*, 1995). Asimismo, esta disciplina se entremezcla con otras éticas, como la médica, la clínica o la investigativa. Sin embargo, la bioética tiene la misión de confrontar los hechos con los valores para evitar, en consecuencia, vejaciones a la dignidad humana, así como reflexionar sobre los problemas éticos de las ciencias de la vida.

Queda claro que la bioética no es un saber y tampoco una forma específica de expertez, aun cuando en ella se puedan incluir la experiencia y la intervención. A pesar de contener elementos normativos, tampoco es una deontología. La bioética es una práctica racional que conjuga saberes, experiencias y normatividades en un contexto particular del accionar del *bios*: la vida (Ladrière, 2000).

Del mismo modo, la bioética se considera dialógica por formular, y “articular problemas, resolver antinomias y discrepancias o, al menos, disolverlas en la síntesis superior de los intereses del bien común, y producir aquellas sensaciones de equidad y bienestar que hacen de la salud un preciado bien” (Álvarez *et al.*, 2006, p.22). En sí, la bioética, como la plantea Garzón (1999), puede pensarse como una ética reflexiva para definir, según el caso particular, los límites entre el respeto al valor de la libertad e integridad de los sujetos y las exigencias de la ciencia.

Instaurado desde la posmodernidad, el discurso bioético se ha ido instituyendo con mayor fuerza en sus distintos campos de acción. Como disciplina, se ha fundamentado en las éticas filosófica y médica, así como en el derecho y la política.

Un abanico de escuelas bioéticas sustenta el *corpus* teórico de la disciplina, de las cuales la más famosa es el principialismo. Surgidos con el Informe Belmont en 1978, los principios bioéticos son: el respeto por las personas, o respeto por la autonomía individual, la beneficencia y la justicia. El principio de no maleficencia se incluyó después.

Posteriormente, Beauchamp y Childress formularon cuatro principios bioéticos: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, que dieron a conocer en el libro *Principles of Biomedical Ethics*, publicado en 1979 e ideado para aplicarse en las éticas biomédica y asistencial. Estos principios se han aceptado en todo el mundo.

En la actualidad, los principios bioéticos han permitido establecer, de igual manera, derechos para los pacientes, para los sujetos de investigación y, finalmente, para todos los sujetos que establecen una relación con profesionistas, como médicos, abogados y psicólogos, insertos no sólo en el horror de la guerra o en los errores médicos, sino también en la cotidianidad.

El enfoque bioético de la presente *Guía* se fundamenta en el principialismo, cuyo contenido conceptual mantiene la solvencia moral de los profesionales de la salud y aspira a uniformar las bases para llevar a cabo un análisis de casos concretos. Es decir, nos lleva de la discusión reflexiva a situaciones específicas.

PRINCIPIOS BIOÉTICOS

BENEFICENCIA

La beneficencia es la virtud de hacer el bien. El principio de beneficencia, postulado por Beauchamp y McCullough (1983), remite a atender los intereses del paciente, para lo cual se establecen las responsabilidades morales (no clínicas) de la relación médico-paciente.

El principio de beneficencia se orienta a auxiliar al médico o profesional de la salud para alcanzar, en la atención al paciente, una actitud y un comportamiento moralmente apropiados. Además, tal principio procurará los intereses del paciente, buscando el mayor beneficio y minimizando los males. De esta forma, las virtudes y los deberes de los médicos, así como el objetivo de la medicina, se convierten en bienes, que actúan en beneficio de los pacientes.

A lo largo de la historia es posible apreciar el modo en que la medicina ha integrado elementos constitutivos al principio de beneficencia. Ahora nadie duda de la obligación de los médicos de beneficiar a sus pacientes y que, junto con sus virtudes, formen una parte primordial en la relación médico-paciente. Lo anterior dio un carácter completamente moral al quehacer médico por medio de la beneficencia, el cual permanece en la medicina moderna, a pesar del rasgo científico y técnico de la disciplina.

AUTONOMÍA

El principio de autonomía, también llamado respeto por las decisiones de las personas, se centra en que los mejores intereses del paciente son aquellos que él interprete como tales, aunque éstos difieran de los objetivos médicos. En un sentido moral, dicho

principio se sustenta en el respeto por los valores y las creencias de los otros, es decir, el respeto de los médicos por los valores y las creencias de los pacientes (Beauchamp y McCullough, 1983) durante el curso de todo el tratamiento. En general, la autonomía es la obligación de cada sujeto de respetar sus propios principios y valores en su proyecto de vida, y por ende respetar los de los demás. De esta manera, la autonomía parte de dos consideraciones éticas: los sujetos deben ser tratados como agentes autónomos y las personas con menos autonomía tienen derecho a la protección.

Una persona con plena autonomía reúne ciertos requisitos y capacidades. Las capacidades son biológicas, como las funciones físicas. También están la capacidad mental y las capacidades sociales. Asimismo, una persona autónoma debe cumplir con los ejercicios de competencias: tener la capacidad de comunicar y entender la información pertinente, capacidad de razonar las opciones con que cuenta, tener valores, deseos y preferencias, todos son sensibles a las situaciones cambiantes (Platts, 1999).

La autonomía de una persona se ve disminuida cuando no se cumplen las condiciones anteriores o sólo lo hacen parcialmente. Es decir, algunas personas pueden tener una autonomía reducida. En este caso, la persona depende de otra u otras y, al menos en ciertos aspectos, es incapaz de elegir en determinadas situaciones, basándose en decisiones controladas. Ejemplo de esto son los niños, los adictos, los ancianos y otros grupos institucionalizados, como los enfermos mentales. En ninguno de ellos suele ser aplicable el principio de autonomía. Aun así, hay que recordar que la autonomía es gradual, puede estar totalmente ausente, ser relativa por momentos o de modo permanente (Álvarez, 2002; Beauchamp y McCullough, 1983). En realidad, no existen grupos de gente competente o incompetente, pues todos en algún momento dado podemos pertenecer a uno u otro grupo (Platts, 1999).

Por otro lado, una decisión autónoma implica la identificación de bienes y males, y la toma de decisiones por parte de alguien, con base en juicios racionales, valores, creencias, prevención de riesgos y beneficios de las consecuencias, sustentadas éstas en una información necesaria y una comprensión adecuada al respecto, libre de coacciones internas o externas (Beauchamp y McCullough, 1983).

A su vez, el respeto a la autonomía alude a que las acciones y decisiones de una persona deben ser libres y que nadie debe interferir con ellas. Es decir, esta clase de respeto sugiere una actitud adecuada en un sentido moral, donde no se interfiera con los derechos, deberes y valores de otra persona. Dicho respeto también requiere que las personas estén capacitadas para ordenar sus valores y creencias a fin de poder actuar sin intervenciones controladas por otros. Cabe señalar, sin embargo, que este principio tiene dos acepciones. El primero es que, aun cuando no existan de manera clara excepciones en la autonomía, dicho principio se considera *prima facie* (primera observancia). Esto significa que, independientemente de la contraposición que mantenga con otros principios, es éste al que se dará prioridad. En segundo lugar, las personas a las que no se considere incapaces o cuya voluntad no esté sometida a coacciones, y que pueden tomar decisiones, son autónomas.

Según Beauchamp y McCullough (1983), el principio de autonomía reconoce los valores y creencias del paciente como principal consideración moral en la determinación de las responsabilidades morales de los galenos en la atención a los pacientes. En ocasiones, los valores de los pacientes se contraponen a los fines de la medicina; en estos casos, la responsabilidad del médico radica en el respeto de la autodeterminación del sujeto en cuanto a sus decisiones médicas. Así se verifica el respeto a la autonomía.

El principio de justicia se refiere a la equidad en la distribución de las cargas y los beneficios. Sin duda es el principio bioético cuyo tema social queda más en evidencia e implícito. Sin embargo, la idea más generalizada para entender la justicia ha sido por medio de las relaciones del Estado con la atención médica, donde el derecho a la salud se ve como un derecho negativo que el Estado debe proteger para evitar que se dañe la integridad física o la salud de una persona.

Por otro lado, el principio de justicia se ha centrado en el tema del economismo fáctico, en el cual se analiza la escasez de recursos y se proponen formas de distribución. En el área clínica se pueden destinar los escasos recursos a los más enfermos o necesitados, a los de mayor o menor edad, etc. Lo cierto es que la justicia sanitaria tiene que ser producto de acuerdos o será injusta. Por ende, una distribución de recursos sanitarios realmente equivalente debe tener en cuenta tanto los valores, preferencias y expectativas de la sociedad como los principios teóricos de la justicia distributiva.

En este ámbito clínico, la justicia debe describir las relaciones entre los grupos sociales, enfatizando la equidad en la repartición de recursos y bienes considerados comunes, y propendiendo a igualar las oportunidades de acceder a estos bienes. Así, la justicia es el fundamento ético que se debe vitalizar con criterios de adjudicación, distribución y especificación.

Aunque los principios se centran en el actuar del médico, en esta *Guía bioética* extendemos la aplicación de los principios bioéticos a todo profesional de la salud.

Asimismo, proponemos aplicar el concepto de relación especialista-paciente, o profesional de la salud-paciente, en vez del de médico-paciente.

Por especialista o profesional de la salud se entienden médicos, médicos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, camilleros, enfermeras, empleados administrativos de los hospitales, estudiantes de medicina, entre otros.

Segunda Parte

ATENCIÓN PATERNALISTA

PATERNALISMO

El término paternalismo alude a una forma de tratar a la persona comparable a aquella en que los padres tratan a sus hijos. Respecto de los médicos, se distinguen dos rasgos esenciales. El primero es la beneficencia, que es similar a la protección de los padres sobre los mejores intereses de sus hijos. El segundo rasgo es la autoridad, según el cual los médicos toman las decisiones como lo haría un padre por sus hijos.

De acuerdo con Beauchamp y McCullough (1983), “el paternalismo es 1. la limitación intencionada de la autonomía de una persona por parte de otra 2. cuando la persona que limita la autonomía apela exclusivamente a motivos de beneficencia hacia la persona cuya autonomía está limitada” (p. 98). Como se infiere, esta definición plantea, en el segundo punto, el límite del paternalismo.

Acerca del límite del paternalismo, aquí se plantea el problema moral de la justificación de anular la autonomía de un sujeto mediante actos benéficos. Sin embargo, esta concepción de actos “benéficos” o de reconocer la beneficencia como el acto de considerar los mejores intereses del paciente, aunque éstos difieran de los del enfermo, se sustenta en criterios que interfieren con la libertad de una persona e inevitablemente conllevan consecuencias que pueden llegar a ser graves, sobre todo cuando dichos criterios tienen que ver con prejuicios personales, intolerancia o discriminación.

La beneficencia a que alude el paternalismo no es la misma clase de beneficencia que se plantea como principio bioético en esta *Guía bioética*.

La intención de la *Guía* es adoptar una beneficencia apegada a la bioética, y abandonar los actos paternalistas o autoritarios o mostrar una actitud crítica ante ellos.

Teóricamente, el paternalismo se ha distinguido en autócrata y justificado. El paternalismo autócrata se entiende como un modelo de relación sanitaria en que se trasladan los rasgos propios de una relación paternofamiliar a una relación entre personas adultas y capaces. Es decir, el profesional adopta el papel de padre protector y poderoso y, el paciente, el de un niño frágil y obediente (Gracia, 2004). El paternalismo justificado apela, ante todo, a cierta forma del principio de respeto a la autonomía y también al principio de la beneficencia. Este tipo de paternalismo está de acuerdo en que se justificarían algunos actos de intervención (sin autorización del paciente); en especial cuando el paciente es incapaz de expresar su autonomía (Beauchamp y Childress, 2002). El paternalismo justificado también se conoce como paternalismo deliberativo o persuasivo.

En la práctica, dentro de los escenarios clínicos no parece haber distinción entre los tipos de paternalismo. El criterio general y arbitrario para llevar a cabo actos paternalistas es la presunta ausencia de autonomía del paciente; por ende, no existe una justificación médico-jurídica o ética que sustente tal criterio para optar por un acto de paternalismo autócrata o justificado. Es decir, en la práctica clínica hablamos de “paternalismo” como un solo acto.

Por lo anterior, la *Guía bioética* menciona dos recomendaciones bioéticas que orientan sobre situaciones clínicas en que sí se permite realizar actos paternalistas en la atención de casos de pacientes que atentaron contra su propia vida, sin hacer distinción entre los tipos de paternalismo.

APLICACIÓN DE LA ATENCIÓN PATERNALISTA

Los profesionales de la salud deben actuar de manera paternalista cuando estén seguros de que el paciente carece de autonomía; por ejemplo, inmediatamente después de un intento de suicidio, siempre y cuando el paciente esté inconsciente. Asimismo, en casos en que se presume que el paciente tenga una autonomía disminuida; por ejemplo, durante su tratamiento psicológico o psiquiátrico, el especialista deberá abstenerse de adoptar una postura paternalista ante el paciente.

Comentario

La postura paternalista y autoritaria describe al sujeto que intentó suicidarse como una persona sin capacidad y competencia para tomar decisiones, observándolo siempre como un ente biológico. En el paternalismo, el paciente es tratado como niño que debe aprender a respetar los límites que le marca el especialista con base en el conocimiento que tiene éste de sus pacientes.

El especialista paternalista es quien toma las decisiones, dejando a un lado al paciente, debido a que erróneamente se espera que el segundo pueda decidir por él mismo sólo cuando deje de estar enfermo. Con ello se le niega, en este sentido, la gradualidad de su autonomía.

Asimismo, un profesional más autoritario puede sentir que su deber es comportarse ante el paciente como distante, dándole órdenes e instrucciones a fin de proporcionarle un bienestar o evitarle un malestar. Lo anterior se hace sin tomar en cuenta las decisiones, valores, manifestaciones, etc., del paciente, obligándolo, en ocasiones, a conducirse de determinada manera, con lo que, de nuevo, se deja de lado a la persona y lo que cree, siente

y piensa; considerando únicamente a juicio clínico lo mejor para el paciente. No obstante, en ocasiones estas acciones lesionan la relación con el paciente, como cuando se rompe la confianza, porque el especialista decide que eso es lo mejor para el “enfermo”. En otros casos más graves, las acciones del profesional paternalista pueden llegar a dañar la dignidad del paciente.

A pesar de los cuestionamientos que pueden hacerse al paternalismo, en muchas circunstancias, el profesional de la salud continúa sobreprotegiendo al paciente y diciéndole qué hacer. Es cierto, también, que muchos pacientes prefieren que su especialista adopte esta actitud. No obstante, en la prevención de la conducta suicida, el paternalismo no ayuda al paciente y tampoco logra la solución que el paciente procura para sí. Más aún, infringir la libertad de un individuo se convierte en un mal mayor, incluso en una negligencia.

No es que el paternalismo sea erróneo en toda circunstancia. Lo grave de este modo autoritario de actuar es que puede derivar en una forma de intervenir en conductas suicidas que resulta una espada de doble filo, porque muchas de sus acciones y decisiones son para prevenir el suicidio, pero esto mismo puede llegar a facilitar o desencadenar el acto suicida (Cohen, 2007).

En resumen, el problema no estriba en la presencia o ausencia del paternalismo, sino en que, desde la beneficencia, el profesional de la salud decida, según criterios objetivos, cuándo y en qué circunstancias excepcionales deberá o podrá comportarse de manera paternalista, asumiendo los riesgos que conlleva. En la medida de lo posible, el profesional debe evitar, como regla general, esta postura al atender a pacientes que atentaron contra su vida.

EVITACIÓN DEL MALTRATO EN LA RELACIÓN ESPECIALISTA-PACIENTE

El profesional de la salud que atienda de forma inmediata un caso de intento de suicidio en el servicio de urgencias debe abstenerse, en todo momento, de regañar al paciente al atenderlo. Asimismo, tampoco debe emitir burlas, amenazas o castigos hacia él por haber realizado un acto autoinfligido. Actitudes o desplantes de esta naturaleza equivalen a juicios de valor que dañan la dignidad y el estado psicológico de los pacientes.

Comentario

Al atender de inmediato un acto suicida, algunos profesionales de la salud dirigen al paciente juicios de valor. Por medio de actitudes paternalistas autoritarias, en ocasiones los profesionales de la salud pueden incitar o llevar al paciente a cometer un nuevo acto suicida o, incluso, consumarlo, a fin de que estos sujetos dejen de ser "clientes" del servicio de urgencia. Acciones así dejan al paciente en una posición de alto riesgo suicida, además de que vulneran su integridad y atropellan su dignidad como persona. Cualquier especialista que se conduzca de este modo incurre en una violación del ejercicio ético de todo profesional, en una mala práctica clínica y, en el caso de los médicos, en una grave falta a su deber primordial: preservar la vida.

Partiendo de su principio de beneficencia, desde la bioética se recomienda a los profesionales de la salud evitar, en cualquier circunstancia, maltratar a un paciente, que ha atentado contra su propia vida, durante la atención clínica posterior al acto suicida.

Aquí es importante señalar que es el profesional del servicio de urgencias con quien el paciente tendrá su primer contacto y la

oportunidad para tener un tratamiento clínico adecuado a su malestar. En este sentido, el profesional benéfico de la salud sabe que su compromiso ético consiste en dar una atención de calidad y cálida al paciente, y no erguirse nunca como autoridad moral ante los actos de los aquejados.

Tercera Parte

PRINCIPIO DE BENEFICENCIA

PRINCIPIO DE BENEFICENCIA

La beneficencia conlleva la obligación de justificar los beneficios para superar cualquier efecto negativo que pudiera tener la intervención. Este compromiso también requiere que el especialista procure, por todos los medios, buscar la mejor opción con base en su capacidad profesional (Beauchamp y McCullough, 1983).

Si la propuesta de tratamiento de mejora sugerida por el especialista difiere de la visión del paciente, el principio de beneficencia debe actuar con los mismos fines de la medicina, es decir, interpretar los mejores intereses del paciente. El principio de beneficencia no plantea que el juicio del profesional de la salud se imponga siempre al del paciente, sino que las obligaciones del experto sean procurar beneficios y evitar daños.

El especialista debe tomar en sus manos la dirección de la enfermedad del paciente, dándole información detallada sobre su padecimiento y los posibles tratamientos. De esta forma, el experto en salud asistirá al paciente a dilucidar los elementos en torno a la toma de decisiones, como los valores personales, obstáculos materiales o económicos, etc. Cuando el profesional y el paciente toman juntos las decisiones con respeto mutuo, el primero nunca tomará todas las decisiones por el segundo.

En ocasiones, esta beneficencia se ha acompañado de una restricción de la autonomía de las personas cuando caen enfermas. El enfermo es relevado transitoriamente de sus obligaciones sociales, mas se asume que, al confiarse a profesionales competentes, está en busca de restablecer su salud.

3

Recomendación

RELACIÓN ESPECIALISTA-PACIENTE
COMO MODELO INTERPRETATIVO

El profesional de la salud debe actuar como consejero, dando información al paciente sobre su estado, los posibles costos-beneficios de los diferentes tratamientos y, tomando en cuenta los valores del paciente, sugerirle la mejor intervención clínica. El paciente será quien tome la decisión sobre el estado de su enfermedad, y se le debe considerar como alguien en proceso de recuperar su autonomía, capaz de tomar decisiones compartidas. Además de plena confianza entre ambos actores, en esta relación debe existir un interés recíproco por escucharse y entenderse, y por ver qué hay detrás de la enfermedad. El especialista debe ser capaz de interpretar el malestar del paciente, no sólo en lo que ve sino también en lo que siente; en suma, debe ser un profesional empático.

Comentario

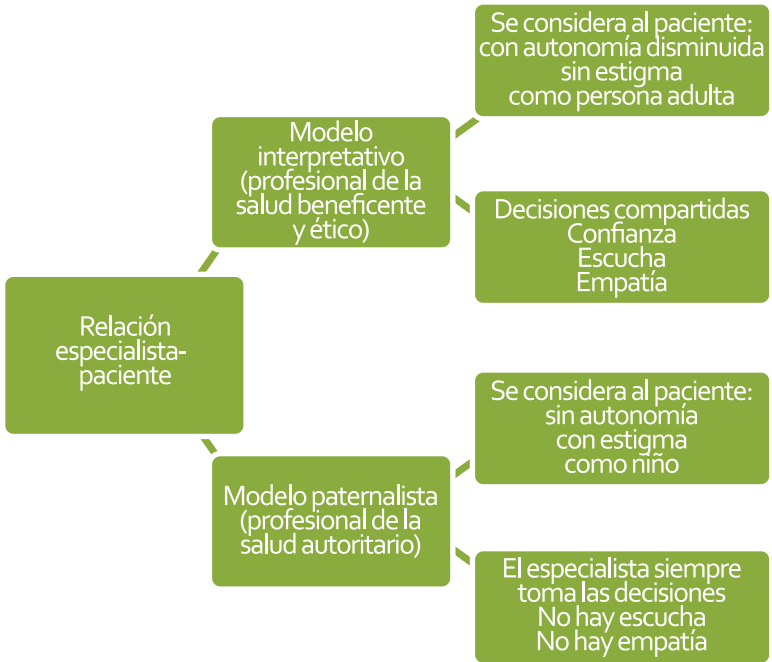
La relación especialista-paciente propuesta por el principio de beneficencia es el modelo interpretativo, donde se toma en cuenta la autonomía disminuida del paciente y se le trata como capaz de decidir lo mejor para su salud, contando con la ayuda y acompañamiento del equipo de salud a manera de protección. El modelo interpretativo, a diferencia del paternalismo, conjuga algunos aspectos psicológicos como la escucha y la interpretación del malestar del paciente en un sentido afectivo y empático. En este modelo, propuesto como el más adecuado para abordar la problemática suicida, es importante que la persona suicida deje de ser considerada, *a priori*, como un actuante estigmatizado y con prejuicios, para que se le trate con toda dignidad.

En este punto debe quedar claro que la relación especialista-paciente se da de persona a persona, y que en ella entran en juego afectos, poderes, moralidades y subjetividades, las cuales se mueven en el mismo sentido y al mismo tiempo. Por ende, el especialista debe saber que el otro que forma, psicológicamente, la diáda del intento de suicidio a quien se le quiere dañar o a quien se dirige o “dedica” el acto autoinfligido puede ser representado también por él mismo. Tal vez por esta situación, al sentirse incomprendidos e inadaptados, algunos pacientes expresan que mantienen una mala relación con su psiquiatra o psicólogo.

La confianza es fundamental en una buena relación especialista-paciente. Según éste último, el experto debe saberlo todo acerca del problema de su aquejado; por ello, no le oculta nada. La confianza puede darse porque existe un vínculo de confidencialidad; por ejemplo, el paciente sabe que la información que confía al profesional de la salud no será revelada a su familia.

La relación especialista-paciente no es espontánea, única y estática, sino un encuentro complejo y progresivo (Tauber, 2005), en que cada actor puede adoptar distintos roles de acuerdo con factores como el tipo de enfermedad o las conductas normativas y las expectativas sociales (Lee *et al.*, 2006). Sin embargo, debe quedar claro que, más que del paciente (autónomo o no), la responsabilidad del especialista (beneficente o paternalista) consiste “en hacerse cargo de la asimetría de autodeterminación que hay entre el experto y paciente, en tomar consciencia de la asimetría que está en permanente riesgo de traducirse en autoridad hecha poder. La responsabilidad del profesional de la salud le impone a éste el requerimiento moral de reducir esta desigualdad y orientar en beneficio del paciente aquel residuo indeleble de asimetría que siempre persistirá” (Kottow, 2000, p.43).

Así, según la idea del modelo interpretativo, se desarrolla una relación entre el especialista y el paciente, que se ciñe a los cánones éticos de la comunicación y diálogo.



RELACIÓN ESPECIALISTA-PACIENTE-FAMILIA

El profesional de la salud debe tomar en cuenta que la familia de un individuo que intentó suicidarse puede considerarse como parte de la relación especialista-paciente. En este sentido, el experto debe ponderar la participación de la familia durante la terapéutica, es decir, si ésta puede apoyar o no la recuperación del bienestar del paciente.

Comentario

Los psiquiatras y los psicólogos saben que la colaboración de la familia es esencial para el tratamiento del paciente. Comprenden, asimismo, que una mala dinámica familiar define el pronóstico de riesgo suicida, por lo que deben trabajar con el paciente los problemas que le provoca su familia.

Cuando el paciente carezca durante su tratamiento del apoyo de una familia, el profesional de la salud no debe aprovechar la circunstancia para anularlo. Por el contrario, el especialista debe ver por los intereses del paciente y ayudar a la familia para que respete mínimamente la autonomía disminuida del paciente.

Cuando el paciente sí cuente con el apoyo de su familia durante el tratamiento, el profesional de la salud debe trabajar con ésta a fin de que juntos intenten restablecer el bienestar y la autonomía del paciente, esto es, las decisiones se deben tomar en conjunto, entre el paciente su familia y el especialista. Asimismo, en el caso de una verdadera participación familiar, es indispensable que el profesional de la salud fomente, también aquí, el respeto por la autonomía disminuida del paciente.

DECISIONES ENTRE EL ESPECIALISTA, EL PACIENTE Y EL ACOMPAÑANTE

El profesional de la salud mental debe pedir a la familia, amigos o quienes funjan como acompañantes que tomen las decisiones, junto con el paciente, en cuanto a la intervención terapéutica, el internamiento o la remisión de éste. En ciertas circunstancias, y tras las recomendaciones del experto, la familia, un amigo o un acompañante toma decisiones por el sujeto de acuerdo con lo que considera mejor para éste. Por ello, el especialista debe evitar una actitud paternalista tanto de su parte como de la familia, amigo o tercero cuando no lo amerite el paciente.

Comentario

En general, la familia solicita el auxilio médico de urgencia inmediatamente después del intento de suicidio y acompaña al paciente en ese momento de “vida o muerte”. Así, la familia ocupa un lugar central como tercer actor, no sólo en la atención inmediata de las lesiones que se ha infligido su pariente, sino que su intervención cumple también una importante función durante el tratamiento de seguimiento o especializado en consulta externa, aun cuando su participación sea menos visible en cuanto a las decisiones compartidas con los expertos.

En muchos casos, el profesional de la salud establece con la familia un trato más benéfico que paternalista. A ella se le informa del estado médico y psicológico de su familiar, se le pide tomar decisiones, entre otras, sobre la intervención terapéutica, el internamiento o la remisión del paciente. Es decir, el especialista establece con la familia los acuerdos tocantes al tratamiento del paciente. De esta forma, la familia toma el control de bienestar

del paciente, con lo que establece, junto con el experto, una relación paternalista hacia el sujeto.

Aquí cabe recordar que el límite entre el paternalismo y la beneficencia familiar parece menos definido que en el caso clínico. Como núcleo social, la familia, a diferencia del especialista, bien puede compartir los valores y creencias, y aun los afectos y preocupaciones, del sujeto que intentó suicidarse. Por eso, la familia mantiene también una postura beneficente.

Por lo anterior, el profesional de la salud debe actuar de manera beneficente tanto con el paciente como con su familia, sin olvidar que el paciente, y no su familia, es quien merece la mayor empatía y atención.

Asimismo, el psiquiatra o psicólogo sabe que la relación que mantenga el paciente con su familia va a influir en el tratamiento; por tal motivo debe sopesar si cuenta o no con la colaboración de ésta. El experto deberá evaluar entonces si vale la pena la participación de la familia, saber si ésta puede ayudar y apoyar en el buen pronóstico y tratamiento del paciente o, si por el contrario, puede boicotear o entorpecer las medidas terapéuticas. En este punto cabe señalar que, en ocasiones, los especialistas deciden internar a los pacientes para separarlos momentáneamente de la dinámica familiar. También se da el caso de que el especialista no informe nada a los familiares porque éstos pueden restar importancia a los intentos de suicidio de los pacientes. En sí, la relación que establezca el profesional de la salud con la familia del paciente depende de primero.

Lo anterior no significa que, cuando la familia no participe en el tratamiento del paciente, sólo quede en manos del profesional de la salud decidir lo mejor para el paciente hasta que éste pueda valerse por sí mismo. Es decir, tal cosa podría darse sólo

hasta que el paciente sane o ya no piense en quitarse la vida. En realidad, se trata de que el bienestar del paciente se construya a la par de su tratamiento y que en este lapso tome decisiones apoyadas por su especialista y, en la medida de las posibilidades, por su familia.

Por otro lado, en muchas ocasiones quienes acompañan al paciente son personas cercanas, como amigos o vecinos, que actúan como mediadores, pues la familia puede estar envuelta en la reacción de intento de suicidio. En estos casos, el profesional de la salud deberá actuar de manera benéfica con el paciente. Al igual que como se planteó para la familia, el profesional debe mostrarse más empático para con el paciente que con el amigo o vecino, y tomar decisiones compartidas con ellos.

EL MEDICAMENTO

El especialista médico debe considerar que el tratamiento farmacológico es sólo un elemento de la terapéutica recomendada a pacientes que han intentado suicidarse. Aunque el efecto del medicamento forma parte del bienestar que sentirá el paciente una vez que palie su malestar emocional (ansiedad, angustia, falta de sueño, etc.), éste no representa el alivio completo de la problemática psicológica o psiquiátrica del paciente que motivó su acto autoinflingido; como esto de suma importancia, el experto tendrá que explicárselo al paciente, a fin de que éste no haga mal uso del fármaco o se cree falsas expectativas sobre su efecto benéfico. El médico debe saber que ningún fármaco restablece la autonomía del paciente, ni su toma de decisiones, y que tampoco previene por sí solo un intento de suicidio. Asimismo, el especialista médico debe evitar la prescripción de fármacos cuya sobredosis puede ser letal.

Comentario

El fármaco utilizado en la terapéutica del intento de suicidio debe ser prescrito por un médico capaz de entender que un medicamento así es un elemento necesario para la recuperación del paciente, sin llegar al extremo de medicalizar su vida. Además, el médico debe ser suficientemente competente para advertir que un fármaco carece de la propiedad de hacer que los pacientes puedan decidir por ellos mismos y que tampoco les puede devolver la autodeterminación a las personas.

Según cada paciente, los medicamentos pueden surtir distintos efectos. Por ello, es importante que el médico comente al paciente

del efecto lento y gradual que puede tener su fármaco y que éste no aliviará por completo su malestar psicológico. En ocasiones, los pacientes que han intentado suicidarse esperan alcanzar con el medicamento un alivio inmediato para su malestar. Si éste no surte los efectos esperados, entonces pueden llegar a consumir otras sustancias como el alcohol a fin de sentirse mejor.

El médico psiquiatra debe saber que, si se presenta un intento de suicidio durante el tratamiento, la respuesta no consistirá sólo en elevar la dosis del antidepresivo o cambiar de fármaco, sino en hacer una evaluación de todo el tratamiento, incluido el farmacológico.

Hay que entender que el tratamiento farmacológico forma parte de la práctica de la medicina y reconocer que también la medicación resulta una técnica de humanización, cuando se interpreta como un beneficio para el paciente. El centro del conflicto es que el medicamento por sí mismo no "cura" ni ayuda al enfermo. En este sentido, el medicamento carece de valor benéfico sin la participación del médico que lo prescribe.

MANEJO DEL TIEMPO DE LA CONSULTA

El profesional de la salud tiene el deber de trabajar con la problemática del paciente que intentó suicidarse todo el tiempo que lo exija el tratamiento clínico de éste, sin intentar resolverla en los 30 minutos que dura, aproximadamente, cada consulta. Para ello, deberá trabajar poco a poco, escuchando cada elemento que le permita restaurar la salud mental del paciente. El especialista no deberá impacientarse ni angustiarse si no puede trabajar todos los aspectos deseables durante el tiempo que dura la consulta; más bien tendrá que preocuparse de que el paciente se sienta acompañado y escuchado, y que refleje un avance en su bienestar mental.

Comentario

En general, una consulta médica dura cerca de 30 minutos, tanto en instituciones públicas como privadas. Los especialistas de la salud mental tienen la idea de que en ese corto lapso es imposible resolver los problemas de los pacientes y que se necesitan al menos dos horas y media. Sin embargo, los especialistas deben tomar en cuenta que cada consulta forma parte de un tratamiento a largo plazo.

Los profesionales no deben ponerse ansiosos por tratar de resolver el malestar mental del paciente durante una consulta. Su deber es trabajar con todos los elementos clínicos de cada paciente centrándose en la escucha y el diálogo durante cada consulta hasta el término del tratamiento psiquiátrico o psicológico. Asimismo, los profesionales de la salud deben contar con, no sobra repetirlo, suficientes conocimientos sobre la salud mental para atender las demandas de cada paciente mediante el diálogo con ellos.

Los especialistas tienen la obligación de ver por el bienestar de cada paciente por lo que, durante la consulta, desde la bioética más que como parte de la clínica, es importante que los pacientes recuperen gradualmente su salud mental. Y es precisamente el diálogo lo que permitirá que los pacientes se sientan acompañados y escuchados por los expertos benéficos.



Recomendación

DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO

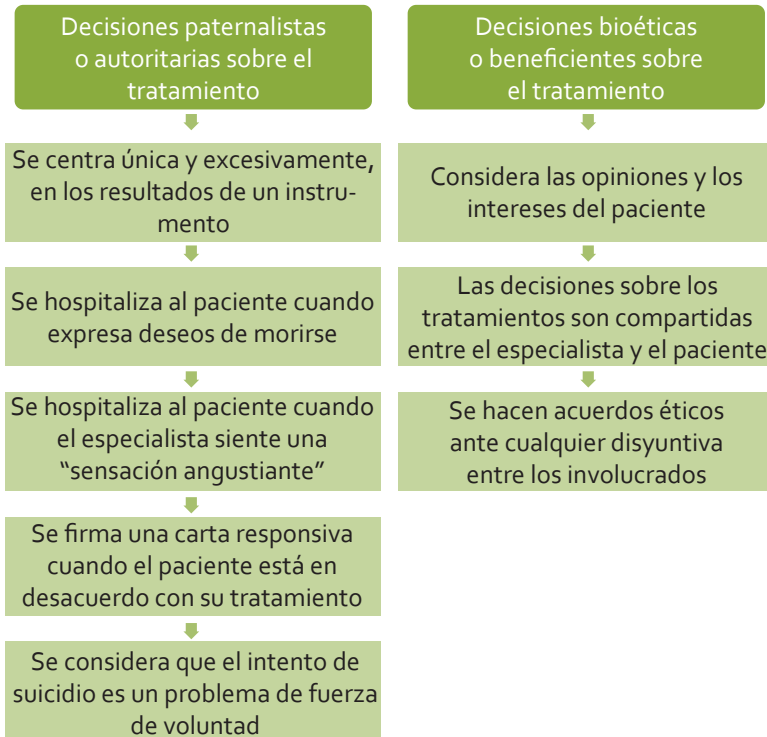
El profesional de la salud debe considerar la opinión del paciente que intentó suicidarse y tomar las decisiones junto con él, aun cuando éste pueda tener una autonomía disminuida.

Comentario

Los profesionales paternalistas o autoritarios acostumbran tomar solos las decisiones del tratamiento. Muchas veces, son determinantes criterios objetivos, como centrarse única y exclusivamente en los resultados de un instrumento, para tomar decisiones sobre la atención. También existen criterios menos objetivos o claros como el hecho de que, si el paciente expresa abiertamente su deseo de querer morir, esto se considere como motivo suficiente para hospitalizarlo. Otros criterios son más de orden del sentido común. Por ejemplo, algunos profesionales de la salud han descrito que una "sensación angustiante" es la que les permite saber si el paciente está en riesgo de suicidarse y diferenciar, también, qué paciente debe ser hospitalizado y cuál no. Finalmente, están los criterios morales y los juicios de valor que permean las decisiones y acciones clínicas, como pensar que el intento de suicidio no es un problema clínico, sino uno de fuerza de voluntad.

Los profesionales de la salud mental toman decisiones de naturaleza moral al desarrollar su trabajo porque estas labores y quienes se dedican a ellas son inherentemente morales. Del mismo modo, durante su entrenamiento profesional involucran juicios sobre la experticia hacia los mejores intereses de los pacientes. El gran problema aquí es que, en esta suposición, los expertos pueden creer que hacen el bien, cuando en realidad están tomando decisiones inadecuadas o a veces incluso crueles (Kentsmith *et al.*, 1986).

Otras veces, el paciente puede no estar de acuerdo con las decisiones del especialista, como cuando le recomienda hospitalizarlo. Lo que se acostumbra hacer en casos así es firmar una carta responsiva, que otorga la responsabilidad al paciente y libera al experto de cualquier compromiso.



No obstante, y nuevamente, ésta es una decisión médico-jurídica, que podría evitarse de existir un acuerdo ético *a priori* en la relación entre los profesionales de la salud y los pacientes.

9

Recomendación

BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO

Dentro de los beneficios del tratamiento para el paciente, se espera un compromiso ético por parte del profesional de la salud: el bienestar del enfermo debe quedar, siempre, por encima de la ganancia económica. En el mismo sentido, se confía en que se tomen en cuenta y se respeten los intereses del paciente, sin manipularlos, y que; además, sea veraz la información sobre el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento. También se espera que se guarde la confidencialidad del caso en cuestión y, sobre todo, que el especialista esté al día en el área de conocimiento que representa como experto. Asimismo, los beneficios deberían superar cualquier efecto negativo de la intervención y evitar daños.

Comentario

Un beneficio de la atención de pacientes que han atentado contra su vida es la empatía, que idealmente debe surgir entre el especialista y el paciente. Por el contrario, sería riesgoso que los especialistas incurrieran en acciones paternalistas durante el tratamiento.

Los pacientes esperan, casi siempre, que el psicólogo o el psiquiatra les de instrucciones, ya sean verbales o mediante la prescripción de medicamentos, y pueden interpretar tal cosa como un beneficio, lo cual sería indicativo, a su vez, de una autonomía disminuida. Sin embargo, muchos especialistas creen falsamente

que los pacientes no buscan un beneficio, sino a un especialista paternalista que les diga qué y cómo hacer las cosas.

Los profesionales de la salud deben saber que los pacientes que han intentado suicidarse demandan de manera inmediata alivio a su malestar psicológico o subjetivo. Es decir, esperan que el psiquiatra o psicólogo les resuelva sus problemas. Por ello, una actitud paternalista puede vincularse con tal demanda del paciente. Un vínculo así no reditúa beneficio alguno. Por el contrario, se corre el riesgo de que el paciente perciba que el especialista no entiende su demanda de ayuda, lo que lo podría llevar a atentar nuevamente contra su vida debido a la característica del intento suicida.

Las expectativas sobre el beneficio del tratamiento, incluido el efecto lento y gradual de los fármacos, es información que el paciente tiene derecho a conocer y que el especialista debe proporcionarle, incluso si está en duda la autonomía del primero. Si esto no sucediera así, el sujeto que intentó suicidarse también tiene derecho a expresarle al especialista que no percibe beneficios del tratamiento. Es el paciente o afectado quien debe decidir si valora los beneficios de un tratamiento (Kottow, 2005) y nunca el especialista.

En general, el profesional debe pedir continuamente al paciente su opinión sobre el tratamiento; proceder de este modo, significa ayudar a restaurar, en la medida de lo posible, la toma de decisiones del paciente.

CONFIDENCIALIDAD Y PRIVACIDAD

Durante todo el tratamiento, el profesional de la salud mental debe salvaguardar la privacidad de los pacientes que han intentado quitarse la vida y garantizar la confidencialidad de cada caso. Se recomienda lo anterior en virtud de que el tema del intento de suicidio es sensible, que en muchas ocasiones acarrea repercusiones sociales, sobre todo de discriminación.

Comentario

El concepto de privacidad se entiende como el ámbito de la vida privada que se tiene derecho a proteger de cualquier intromisión. El derecho a la privacidad salvaguarda el acceso de terceros y sin el consentimiento del sujeto a la información sobre la persona, sus objetos y sus relaciones íntimas con otras personas.

En cambio, la confidencialidad es el entendido de que la información generada o intercambiada durante el encuentro clínico no trascenderá tal ámbito. Sin embargo, en este punto aparece el conflicto ético entre el respeto a la confidencialidad y la necesidad de divulgar información privada con fines de bien público.

Por lo común, la información que se obtiene durante la terapéutica de un caso de intento de suicidio es nominal o nominativa. Esto quiere decir que la información se vincula con la persona por medio de la identificación personal, que por lo regular es el nombre. Por tanto, el profesional de la salud debe tomar las siguientes medidas para proteger la confidencialidad de tales datos: 1. omitir información que pudiese traducirse en la identificación de personas determinadas y 2. limitar el acceso a los datos.

En la actualidad existen leyes y acuerdos sociales que obligan a romper la confidencialidad (información que el paciente expone voluntariamente) y el secreto profesional (información que el clínico recoge por diversas vías) cuando entran en juego riesgos a terceros o transgresiones a la ley. El problema es que esta situación puede actuar en perjuicio del paciente y de la confiabilidad de los clínicos, o peor aún, la situación se complica cuando la ruptura de la confidencialidad causa más daño del que se busca evitar.

Si el profesional de la salud opta por el criterio de que el bien público o la protección de terceros recomiendan delimitar la confidencialidad, habrá que comunicárselo a los pacientes para que éstos no se creen expectativas sobre la confidencialidad absoluta del encuentro clínico.

Recomendación

UN NUEVO INTENTO DE SUICIDIO DURANTE EL TRATAMIENTO

Ante todo, el profesional de la salud mental debe guiarse por el imperativo de no provocar daño alguno durante el tratamiento clínico. Aun cuando éste no aportara resultados benéficos, de ninguna manera debe perjudicar al paciente. Asimismo, el especialista tiene la obligación de justificar los beneficios y superar cualquier posible efecto negativo de la terapéutica.

Comentario

Si se considera que el tratamiento clínico sirve para prevenir que un paciente atente otra vez contra su propia vida, entonces, la ejecución de este acto, se consume o no, puede verse como una resultante negativa de la terapéutica y entenderse como un mal. Así, un intento de suicidio llevado a cabo durante

un tratamiento puede interpretarse como una violación al principio de beneficencia.

Para evitar daños o males y procurar beneficios o bienes, el principio de beneficencia implica mayores obligaciones para los profesionales. Cuando se habla de daño, se alude a lo que pueda obstaculizar, dificultar o impedir que se cumplan los intereses de una de las partes por causas que incluyen las condiciones autolesivas y los actos (intencionado o no) de la otra. Dentro del daño se incluyen también la alteración de la reputación, la propiedad, la intimidad o la libertad; es decir, todas ellas están en función de los intereses afectados, tanto físicos como psicológicos (Beauchamp y Childress, 1983). Lo anterior es importante porque se incluye en él el estigma, el cual prevalece socialmente ante la conducta suicida diádica, y es lo primero que debería evitarse o rechazarse para beneficio de la persona que ha intentado suicidarse.

Los profesionales de la salud mental han mencionado que el intento de suicidio durante el tratamiento puede atribuirse a que, durante el breve tiempo de consulta, es difícil abordar los sentimientos del paciente, pues no hay tiempo suficiente para “conocer” al aquejado. Al respecto, algunos especialistas piensan que el intento suicida es responsabilidad de ellos por no haber sabido prevenirlo o anticiparlo, aun cuando –no sobra repetirlo este acto es siempre sorpresivo. A su vez, otros expertos opinan que los pacientes que intentan suicidarse lo hacen porque son personas de estructura psíquica frágil, y nada tiene que ver con el especialista.

Durante la terapéutica, el paciente puede comunicar o dar a entender sus deseos o planes de quitarse la vida. Cuando esto sucede, los especialistas tienen dos opciones:

1. Privar al paciente de su libertad para rechazar un tratamiento o decisión clínica, como en el caso de un internamiento voluntario o involuntario.
2. Firmar una carta responsiva que libere al especialista de cualquier responsabilidad sobre el paciente.

Ambas son acciones paternalistas o autoritarias, donde se justifica una intervención forzada, aun en contra de los deseos del paciente. En tanto que el paciente sólo expresa su deseo de ejercer el control de su vida y su muerte, pero el especialista quiere tomar el control de la vida del primero para salvarlo y tratar de solucionar sus dudas acerca del valor de su propia vida (Cohen, 2007).

En cambio, un profesional de la salud benéfico será árbitro de los mejores intereses del paciente, más allá del tiempo de consulta y de elevar la dosis o cambiar el fármaco. Aun cuando no está en su poder evitar la muerte, sí está en él ofrecer una respuesta ética y vital ante la muerte, ante la cualidad moral de ésta y ante su bien o mal: su sentido propiamente humanizado. La idea es prevenir un nuevo intento de suicidio durante la terapéutica. Si esto sucediera, habría que replantear las acciones y decisiones clínicas.

Por otro lado, el especialista en salud mental el que actúa de manera benéfico debe evaluar de manera constante la efectividad del tratamiento y optimizarlo a fin de prevenir un nuevo intento suicida. También se debe considerar que aproximadamente 40-50% de los pacientes que inician un tratamiento anti-depresivo no alcanzan una remisión en el largo plazo y un tercio de los pacientes presenta un curso crónico (Pridmore y Turnier, 2004). Asimismo, los pacientes graves son quienes pueden tener peor respuesta a los antidepresivos. En estos casos, la frecuencia de las consultas y el acompañamiento médico deben ser mayores al promedio.

EL MEJOR TRATAMIENTO

El profesional de la salud deberá primar el bienestar del enfermo y ayudarlo a que se sienta mejor, es decir, buscar, en la medida de sus posibilidades, que nada afecte su integridad, que tenga bienestar mental y que tome sus propias decisiones.

Comentario

En esta parte, es importante respetar el punto de vista de la disciplina o área de conocimiento de cada profesional de la salud mental. Así, bien puede darse el caso de que, para los médicos psiquiatras, el mejor tratamiento sea el farmacológico, en tanto que, para algunos psicólogos, la psicoterapia sería el espacio ideal para trabajar la relación diádica con el paciente.

Lo más recomendable es que el especialista trabaje junto con el paciente aspectos como la impulsividad, la afectividad y la concentración. Con todo, lo imprescindible es que el profesional se haga presente mediante el contacto y la escucha, y brindando su tiempo y espacio al paciente. Sobra decir que los expertos en salud deben acompañar al aquejado y mostrar mayor calidez en su servicio.

LA REMISIÓN

Una vez que el paciente haya sido dado de alta, el profesional de los servicios de urgencias debe remitir o canalizar al paciente que ha atentado contra su vida al servicio especializado en salud mental.

Comentario

Para algunos médicos de los servicios de urgencias que atienden a pacientes que se autolesionan, lo que sigue a un intento de suicidio no se trata con medicinas, sino con fuerza de voluntad o “echándole ganas”. Es quizá a partir de esta idea que la remisión o canalización al servicio especializado de salud mental o psiquiatría pareciera carecer de sentido. De hecho, sólo se remite al paciente a alguno de esos servicios cuando el médico ya no sabe qué hacer con él o con su problemática. De esta forma, al no consultarlo con el paciente, surge, una vez más, el paternalismo, pues son los médicos quienes deciden qué es mejor para él o su caso. Con esta forma de proceder, los médicos pueden optar o no por otro tratamiento especializado para el sujeto sin haber recibido la aprobación de éste.

La concepción más generalizada que tienen muchos profesionales de la salud de los servicios de urgencias sobre un intento de suicidio diádico es que se trata de un mal nervioso y no de una enfermedad, pues no es un mal que aparezca en las radiografías o en los resultados de laboratorio. Asimismo, el estigma moral que pende sobre los pacientes que intentaron quitarse la vida es un factor determinante para que no sean remitidos a servicios especializados de salud mental.

La remisión de pacientes que han intentado quitarse la vida a un servicio de salud mental implica medidas éticas diferentes a las de cualquiera otra decisión médica. En casos así hablamos de medidas como la justicia distributiva de los recursos de salud, la atención eficaz de los problemas de salud pública y mental, y la eficiencia de los profesionales de salud en la identificación de las prioridades de salud.

Elementos para el tratamiento

14 Recomendación

LA EMPATÍA

El profesional de la salud mental debe ser empático con los pacientes que han atentado contra su vida. La empatía se refleja en la búsqueda de una mejor manera de llegar a la misma solución entre el especialista y el paciente, así como en el vínculo de confianza y comunicación que se establece entre ellos.

Comentario

Algunos profesionales de la salud tienen la creencia errónea de que lo contrario a la empatía es la dependencia. Piensan que si un especialista dice a un paciente lo que necesita, éste se tornará dependiente de ellos. Sólo desde una postura paternalista o autoritaria es posible que tenga sentido esta creencia.

El profesional benéfico es empático con el paciente y, en un segundo momento, si es el caso, con la familia del enfermo. La empatía es un elemento fundamental en la relación especialista-paciente.

La manera de expresar la empatía depende de la personalidad de cada profesional de la salud y de lo que despierta en cada uno ellos un trastorno de algún paciente. De esta manera, por ejemplo, si a un especialista le provoca enojo el intento de suicidio, entonces no podrá ser un experto empático con este tipo de pacientes. En estos casos, deberá optarse por remitir al paciente con otro especialista.

Recomendación **15**

LA ESCUCHA

El profesional de la salud mental debe mantener una escucha atenta del discurso del paciente durante todo el proceso terapéutico. La escucha debe ser de tipo clínico, una escucha en que el especialista no deje de lado partes del discurso del paciente, sino que tome en cuenta la totalidad de lo dicho por éste para después interpretar mejor su malestar.

Comentario

Con frecuencia, la falta de escucha se asocia con el corto tiempo de consulta, pues los treinta minutos que dura una sesión no bastan para atender todo lo que el paciente quiere decir. Una situación así genera ansiedad en el psiquiatra o psicólogo y por ello deja de escuchar al paciente.

Para tener una escucha atenta, el especialista no debe enfocarse sólo en las partes en que un paciente narre los motivos de su decisión para querer matarse. Al reaccionar así puede no prestar tanta atención al resto del discurso del paciente, donde puede haber elementos que en muchas ocasiones encierran mucho mayor significado y sentido para él mismo y para el profesional.

No se trata, entonces, de que los especialistas busquen y encuentren en el discurso de un paciente lo que para ellos está directa y evidentemente asociado con el intento de suicidio. El experto tiene que ser suficientemente apto para ir más allá de las palabras del aquejado e identificar aquello que sólo un profesional de la salud mental sabe que guarda mayor sentido para la problemática del paciente.

En muchas ocasiones, la escucha de un especialista se limita a la búsqueda de elementos que confirmen su hipótesis o a aquello que puede o sabe manejar. Para los profesionales a cargo, los sujetos con intentos suicidas “dan muchos problemas”, que no siempre saben cómo manejar. O bien, son pacientes que quieren recibir órdenes de sus tratantes, en espera de que les digan lo que tienen que hacer. Por ello, el profesional de la salud mental con una postura benéfica debe estar muy bien capacitado para una escucha de tipo clínico, en que la atención se dirija a entender la dinámica que se establece entre lo que se dice y lo que se debe responder

16 Recomendación

RECONOCIMIENTO DE LAS EMOCIONES

El profesional de la salud debe reconocer las emociones que provoca en él un paciente que ha intentado suicidarse. Este reconocimiento es una pieza importante para saber manejar las emociones implicadas en la preservación de la salud mental del especialista. Asimismo, al cobrar conciencia de sus propias emociones, el especialista contará con herramientas que, junto con sus conocimientos, le permitirán adoptar una actitud reflexiva que conduzca a una práctica ética.

Comentario

Por tradición, los profesionales de la salud mental, particularmente los médicos psiquiatras, tienen el deber de desvincularse de los pacientes, dejando de lado las emociones. Éstas son consideradas por los especialistas como parte de los riesgos de trabajar con pacientes que han intentado suicidarse, específicamente por el “enganche”, la vinculación y la pérdida de límites. Asimismo, para la gran mayoría de los profesionales de la salud, los pacientes que han intentado suicidarse son personas difíciles de atender, porque generan en los propios especialistas emociones como frustración, impotencia, irritación y agresividad. Pero, sobre todo, porque estos pacientes pueden evocar la idea de la muerte del propio especialista, además de una inculpación en caso de que se consuma un suicidio.

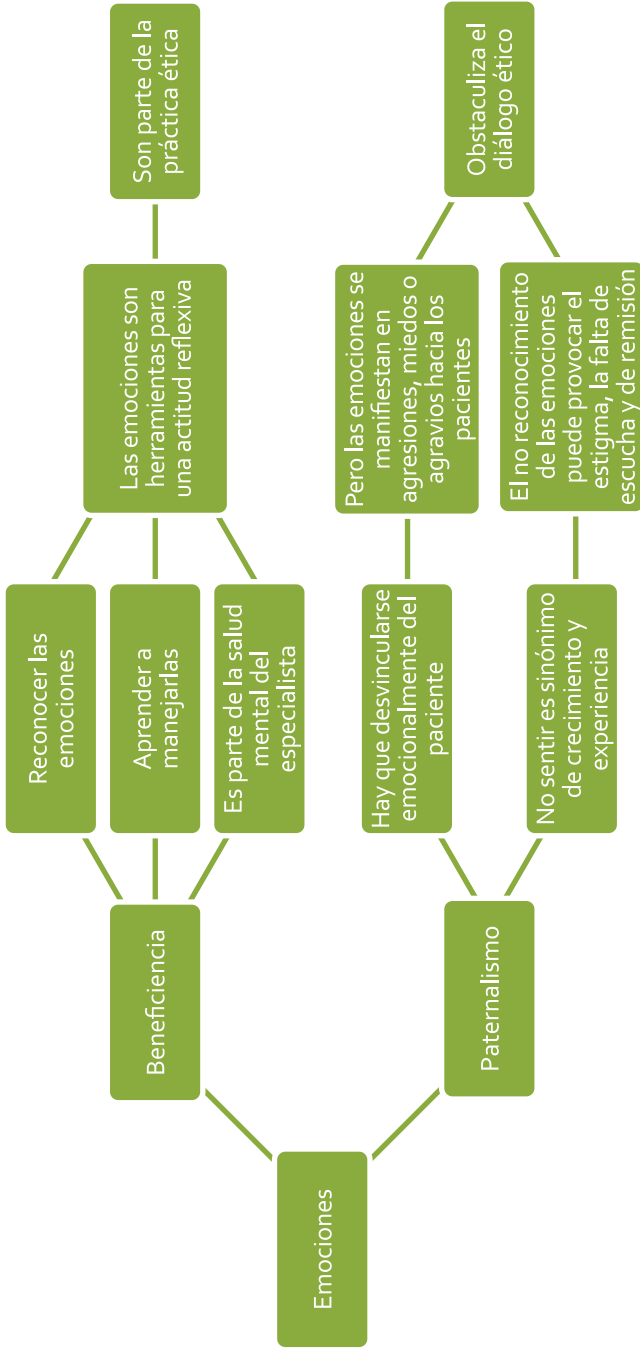
Como se ve, la falta de reconocimiento de los afectos o emociones, conlleva a un sinnúmero de dilemas éticos pero, más que nada, a una serie de agravios contra los pacientes y contra los mismos profesionales. Las emociones se manifiestan por medio de juicios de valor o morales, los cuales son considerados por los especialistas como subjetivistas. Por ejemplo, durante una entrevista con pacientes con intento suicida, los profesionales de la salud recurren en ocasiones a bromas, chistes o, incluso, sátiras con la idea de canalizar hacia otro lado el enojo y restarle seriedad al asunto. No obstante, este recurso es una expresión de la agresión e irritación que muestra el especialista hacia el paciente.

Entre los profesionales de la salud mental se piensa que emociones como el enojo y la ansiedad se pueden y deben contener; y que desvincularse de los pacientes es cuestión de crecimiento y experiencia, ya que el manejo de las emociones no se enseña en la formación académica. Sin embargo, la psiquiatría, la psicología y otras disciplinas afines son áreas del conocimiento donde se atienden problemáticas de índole emocional y, por tanto,

la interacción terapéutica entre el especialista y el paciente generará un vínculo afectivo.

Los afectos no se pueden evadir, pues están implicados en todas las acciones que realizamos. El tema de la negación, evitación o miedo a los afectos en el discurso médico continuará obstruyendo la presencia de un diálogo bioético, amén de seguir fomentando otros elementos (como el estigma y la falta de escucha y remisión) que afectan la terapéutica del intento de suicidio. Con todo, lo más serio es que puede llegar a mermar las virtudes y los valores del médico.

Se trata de que el profesional de la salud mental reconozca sus emociones en lugar de contenerlas y de evitar que, al no saber manejarlas, las exprese en forma de juicios morales que sobrepasen cualquier conocimiento y entrenamiento académico, ya que las consecuencias de ello son graves negligencias y daños al respeto y la dignidad del paciente.



APOYO PSICOLÓGICO OBLIGATORIO A ESPECIALISTAS

Los profesionales de la salud mental que atienden clínicamente a pacientes que han intentado suicidarse deben someterse a un proceso de psicoterapia o participar en grupos especializados. Ello se recomienda a fin de que tengan un espacio idóneo donde exteriorizar sus propias emociones y aprender a manejarlas ante este tipo de pacientes.

Comentario

Las siguientes son algunas de las “fantasías”, tejidas alrededor de las manifestaciones suicidas, que causan angustia a los expertos:

1. La idea errónea de que si se le pregunta al paciente si quiere matarse, se active alguna ideación suicida.
2. La atención de los casos de intento de suicidio asusta porque el especialista no sabe si el paciente vivirá o morirá. El suicidio es un acto provocado voluntariamente por el paciente, quien no puede predecirlo con tanta facilidad. Por ello, el profesional no puede tener ninguna certeza sobre el curso y el éxito del tratamiento del paciente; es decir, la muerte por suicidio no se da por el destino o un designio.
3. Se teme trabajar con pacientes con intento de suicidio, porque este acto evidencia la muerte propia y genera culpa.
4. El intento de suicidio provoca “coraje” pues, en estas circunstancias afectivas, se considera como “rendirse antes de luchar”, como un acto cobarde o una rendición.

En cada una de estas “fantasías” quedan implícitas las emociones de los propios profesionales de la salud. Según ellos, estos temores surgen durante la formación académica y se mantienen vigentes en los especialistas que no han seguido un proceso de

psicoterapia. En general, los expertos ven el manejo de las emociones como un problema.

Por lo anterior, desde una postura ética, es importante entender que, para atender la salud mental de los pacientes que atentaron contra su vida, los especialistas deben cuidar también su propia salud mental. La asistencia a una psicoterapia o a reuniones de grupos especializados como los Balint, los cuales consisten en un grupo de médicos que, coordinados por un profesional de la salud mental, reflexionan sobre la experiencia de la subjetividad en su tarea cotidiana permitiría “utilizar” las emociones como herramientas para el tratamiento del paciente.

Así, el profesional de la salud que tenga a su cargo el tratamiento de personas con conducta suicida debe recibir apoyo psicológico, a fin de tener un espacio terapéutico en que trabajar aspectos como las fantasías, las emociones, los miedos y la amenaza de muerte. A su vez, esto último facilitará el trato ético de los pacientes.

Recomendación **18**

SOSLAYAMIENTO DEL ESTIGMA

Para contrarrestarlo e impedir que sigan diseminándose falsas creencias, los profesionales de la salud deberán tener en cuenta el estigma que pende sobre los pacientes que han intentado suicidarse.

Comentario

Un factor implícito en la relación especialista-paciente es el estigma atribuido a la conducta suicida, mismo que existe desde tiempo atrás. El rechazo de los profesionales hacia

los pacientes que han intentado suicidarse puede deberse a diversos factores, como:

1. Fatiga, mal humor y falta de objetividad o de empatía por parte del experto.
2. Una cuestión de formación profesional y a una creencia cultural (socialización), ya que hay incluso algunos profesionales de la salud que no consideran el intento de suicidio como un problema médico.
3. A especialistas con poca experiencia, a quienes asusta tratar a los pacientes que han atentado contra su vida, debido a que ello significa trabajar con la muerte. En una formación o un entrenamiento médico triunfalista, la muerte se ve como un fracaso médico y, por tanto, suscita angustia y culpa. Es decir, el llamado susto tanático se debe a que se desconoce si los pacientes van a vivir o morir; el miedo se dirige, principalmente, al riesgo suicida. Si el paciente vive, el estigma del suicida permanece en él; en cambio, si muere, el estigma del suicidio se traslada al médico.
4. La muerte por suicidio de un paciente se interpreta como un error o impericia y se inculpa al especialista.
5. La muerte del propio especialista se evidencia por trabajar con este tema.

La enfermedad psiquiátrica representa en sí un estigma, que niega la magnitud del problema. En el mismo sentido, el propio estigma puede convertirse en una causa de intento de suicidio. Para evitarlo, el especialista benéfico debe ser empático, lo cual se logra tratando de entender cómo se sienten estos pacientes y, sobre todo, soslayar el estigma.

VIRTUDES Y VALORES DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

Como especialista en atender a pacientes que han intentado suicidarse, el profesional de la salud mental debe exaltar algunas virtudes y valores morales. Una persona dedicada a este campo debe ser empática, asertiva y directa. También debe aconsejar a su paciente en las decisiones de su tratamiento, debe evitar estigmatizarlo y discriminarlo, debe ser respetuosa de los valores y creencias de la persona que ha intentado suicidarse, debe mostrar interés en escuchar, entender y ver qué hay detrás del intento de suicidio, y debe garantizar en todo momento la confidencialidad y privacidad del caso.

Comentario

El experto en salud mental debe entender que, durante la relación con el paciente y su familia, se manifiestan sus propias virtudes y valores, los cuales serán determinantes para tomar decisiones y precisar el trato que se dará al paciente.

Entre las virtudes que debe poseer un especialista en atender clínicamente casos de intento de suicidio, están la de ser un profesional y poseer un amplio conocimiento en el tema de la conducta suicida; es decir, debe tener conocimientos, experiencia y pericia en esta área. El especialista debe saber qué es lo que afecta al paciente y conocer sus necesidades para actuar juntos en aras del bienestar de éste. Como experto, el especialista debe responder a las dudas y los cuestionamientos que el paciente exponga sobre su malestar o tratamiento. Para los pacientes es importante que los profesionales de la salud sean tolerantes y bondadosos, y que posean cierta autoridad e infundan confianza.

En la relación especialista-paciente quedan implicados los valores y creencias de ambos actores. En ocasiones, el profesional de la salud parte, en su trabajo terapéutico, de las creencias de los pacientes, con el único fin de que éste se sienta mejor. Asimismo, el experto debe respetar los valores y las creencias del paciente, y nunca debe usarlos como parte del tratamiento. Por último, debe identificar sus propias creencias y valores, y ser tolerante cuando éstas difieran con las del paciente.

Al igual que el paciente, el especialista cambia durante el proceso terapéutico, ya que la relación que hay entre ambos es dinámica. Sin embargo, el experto debe infundir tranquilidad y seguridad, y proveer de cuidados al enfermo. Y no porque éste dependa de él, sino porque es su deber acompañarlo y apoyarlo como un consejero en la toma de decisiones.

La amistad y la confianza son dos de los principales valores que crean mayores dilemas éticos en la relación especialista-paciente. De cierta manera, los pacientes esperan que los especialistas actúen como amigos y confidentes, en tanto los expertos asumen no ser amigos ni confidentes, sino alguien que ayuda a resolver los problemas de los enfermos con una escucha objetiva y medicamentos. En ocasiones, los profesionales de la salud colocan una barrera y definen los límites de la relación, y las reglas en la consulta. Además, con la objetividad, los especialistas intentan eliminar las emociones y los vínculos con los pacientes.

En este sentido, los pacientes y la sociedad en su conjunto depositan en los profesionales de la salud una confianza "ciega", que implica para éstos un compromiso moral. Muchas veces, éste evita que los especialistas busquen un justo medio en las virtudes que los exaltan. Por ejemplo, los expertos deben ser amistosos porque les interesa escuchar, entender y ver qué hay detrás

de la problemática del paciente, y no convertirse en amigos que interactúen fuera del consultorio con los pacientes. Asimismo, los especialistas deben fungir como confidentes porque garantizarán en todo momento la confidencialidad y privacidad del caso, y no porque sean ellos quienes deban juzgar y absolver los actos del paciente.

En esencia, la beneficencia bioética se traduce en la capacidad para reflejar un genuino respeto por el paciente, y en la capacidad de apoyo, generosidad, solidaridad y "benevolencia", en una vinculación humanizada (González, 2000) la cual, se representa en la comprensión y compasión por "sentir con" el otro.

Según Lolás (2002), las costumbres morales, las creencias religiosas y las normas legales están implicadas en la medicina como práctica social. Aun así, ha sido la bioética la que ha insistido en "incorporar los valores morales para otorgarle a la práctica médica el sello de excelencia que por su sola sofisticación técnica jamás podría alcanzar" (Kottow, 2000, p. 43).

Ante todo, el principio de beneficencia rescata como valor a la persona del experto, en su labor humanizante que hace, adoptando libremente las decisiones que inspiren prudencia (Chauchard, 1967), siendo ésta su principal virtud.

DEBERES DE LOS ESPECIALISTAS DURANTE LA RELACIÓN CON EL PACIENTE

El profesional de la salud mental debe cumplir con una serie de obligaciones concretas como primar el bienestar y la salud de su paciente durante todo el tratamiento de éste. Además, tiene la obligación de justificar los beneficios a fin de superar cualquier efecto negativo de la intervención. Este compromiso también requiere que el especialista procure, por todos los medios, la mejor opción, con base en su capacidad profesional. Por ello, el profesional deberá:

- Primar el bienestar y salud de su paciente por encima de la ganancia económica.
- Ser un clínico actualizado en el tema de la conducta suicida.
- Tener una atención psicológica obligatoria cuando atienden a personas con conducta suicida.
- Remitir o canalizar con un colega al paciente que ha intentado suicidarse, haciendo uso de su derecho a la objeción de conciencia; es decir, negarse a tratar al paciente con intento de suicidio cuando dicha problemática atente contra los valores y creencias del especialista.
- El deber principal del profesional de la salud será evitar un nuevo intento de suicidio o bien, el suicidio consumado.

Comentario

El profesional de la salud debe poseer los conocimientos y habilidades necesarias para atender casos de conducta suicida. Asimismo, como experto, se espera que el clínico maneje adecuadamente sus propias emociones ante la problemática que representa un intento de suicidio. Por ello, es recomendable que los profesionales de la salud a cargo de tratar a personas con

conducta suicida dispongan de un apoyo psicológico, a fin de que la psicoterapia facilite el trato ético con estos pacientes.

Del mismo modo, el especialista tendrá el deber de remitir o canalizar al paciente que intentó suicidarse con un colega, haciendo uso de su derecho a la objeción de conciencia, es decir, negándose a tratar al paciente con intento de suicidio, porque dicha problemática atenta contra los valores y creencias del clínico. Por último, un deber y obligación primordial del profesional de la salud es prevenir el suicidio de un paciente.

Tratamiento y prevención del intento de suicidio desde la bioética

Recomendación 21

DEFINICIÓN ÉTICA DEL INTENTO DE SUICIDIO DIÁDICO

Es importante que el intento de suicidio diádico (ISD) no se prejuzgue como un acto insano o contra natura. Desde la bioética, el ISD debería considerarse como una acción realizada por una persona con una autonomía disminuida debido a un estado ambivalente, provocado por un dolor psicológico, en que el individuo desea dejar de sufrir y no propiamente morir.

Comentario

El ISD se ha calificado clínicamente como un acto psicótico, es decir, como una conducta desorganizada y/o una pérdida de contacto con la realidad; también se ha catalogado como parte de la nosología de la depresión y de otros trastornos psiquiátricos. Por otro lado, social y moralmente, el ISD se ha considerado como algo insano, lo cual lleva estigmatizar a la persona que ha realizado tal acto.

Aunque no es falsa la idea generalizada de que la conducta suicida se realiza sólo para llamar la atención, habría que entender que estamos hablando de un intento de suicidio diádico, en donde está subjetivamente implicado un otro, que en muchos casos puede ser la familia, la pareja, los hijos, etc. Por eso, es importante que se juzgue esta idea como una solicitud de ayuda y no como una manipulación.

El sufrimiento psicológico que sienten estos pacientes debido, por ejemplo, a un duelo, un escaso o nulo deseo de vivir, a un miedo generalizado o particular los lleva a tomar la decisión de quitarse la vida. Así, la muerte no sería el fin último de un intento suicida: el fin lo sería dejar de sufrir. Desde la postura beneficiante, este sufrimiento se entiende como parte de la vida de la persona. Y es por ello que, durante su tratamiento, se debería trabajar el malestar psicológico o psiquiátrico del paciente y no intentar “quitarle” o “disminuir” su sufrimiento, ya que esto no evita las ideas de muerte. El tratamiento del ISD no debería basarse en la fuerza de voluntad que el paciente pueda mostrar al respecto, sino en un tratamiento clínico adecuado.

22

Recomendación

CÓMO TRATAR UN CASO DE INTENTO DE SUICIDIO

El profesional de la salud debe incluir no sólo aspectos biológicos, sino integrar también la biografía de las personas. Ello implica su historia, sus valores y sus opciones de vida, para considerarlo como un actuante dialógico, con mayor dignidad y sin estigmatización.

Comentario

El profesional de la salud mental que se guía por el principio bio-ético de la beneficencia que considera al paciente que atentó contra su vida como una persona que puede participar en su tratamiento clínico y que merece respeto y protección puede compartir las responsabilidades del tratamiento con el paciente, en vez de creer que el especialista es el responsable del paciente porque éste depende de él.

En este sentido, el experto debe evitar incurrir en creencias erróneas que puedan obstaculizar la finalidad del tratamiento y/o provocar daños al paciente, estigmatizándolo más. Por ejemplo, algunos especialistas no evalúan la ideación suicida que manifiesta el paciente a lo largo del tratamiento, debido a que piensan que hacerlo podría activar el deseo de aquél de llevar a cabo un acto suicida. O bien, en el caso extremo, el especialista trata la descripción del acto suicida fallido como si fuera una curiosidad morbosa, lo cual, no aportar nada, en general, a la información clínica, y sí puede llegar a incomodar, traumatizar o desestabilizar al paciente.

El intento de suicidio diádico, es aquél cuya autoagresión se dirige inconscientemente o no, a otro con el objetivo de “vivenciar a priori” las secuelas negativas a quien se “dedica” el acto autoinfligido. Asimismo, podría entenderse, como parte de la condición humana que plantea un problema político, moral y ético, en donde la voluntad o deseo del individuo suicida incluye las múltiples contradicciones sociales y colectivas. Ver página 27.

Chauchard (1967) expuso de manera muy idealizada que:

el error de la medicina científica estriba en querer analizar solamente enfermedades y órganos, objetivo de los especialistas, y olvidar lo que se refiere al hombre enfermo y sus aspectos psicosomáticos; olvidar la fatiga del paciente y el papel orgánicamente apaciguador y calmante de la confianza y la bondad: el medicamento-doctor y su principio esencial,

el alcaloide amor, que calma el hipotálamo perturbado y restablece la armonía en un cuerpo enloquecido (p.157).

No se trata de que el especialista se convierta en “todo amor” con su paciente, ya que, como lo menciona Lolas (2002a), un mal profesional de la salud sería aquel que dejara de sopesar alternativas de diagnóstico para llorar con su paciente. Por mucha compasión que le inspire el sufrimiento, antes de brindar consuelo, su profesión le impone el deber de ayudar eficazmente.

De la misma manera, en el modelo interpretativo de la relación médico-paciente, el experto tendría que tener presente la autonomía disminuida del aquejado, entender que la autonomía es gradual y que, vale decir, que puede ser relativa, por momentos o permanentemente (Álvarez, 2002; Beauchamp y McCullough, 1983). Aun así, todo ello depende de las circunstancias de cada paciente, de su historia y biografía, de su dolor subjetivo y de la temporalidad del intento de suicidio, etc. Es decir, los pacientes no son homogéneos (Gil, 2004).

Si trata *a priori* o en general al paciente como un incapaz o incompetente, al especialista le será difícil entender que el intento de suicidio diádico puede interpretarse como una forma de enfrentar un destino, con un dolor o mal subjetivo considerado peor que la muerte. Por ello, quitarse la vida es una acción orientada al futuro, una anticipación (Szasz, 2002). Asimismo, que una persona sea considerada como paciente, enferma o con un deterioro en su bienestar psicológico, no depende sólo de alteraciones emocionales, sino de la postura social en relación con alteraciones o fenómenos como el intento de suicidio. Ejemplo de ello, son las actitudes de los profesionales de la salud sobre el proceso de atención de tales pacientes (Rodríguez y García, 1996).

El profesional de la salud mental benéfico debe incluir en el tratamiento los aspectos emocionales y subjetivos del paciente que atentó contra su vida. Así, es importante apartarse de la neutralidad, aprender de los obstáculos propios y advertir los valores, deseos, perjuicios y perplejidades propios.

Recomendación **23**

CÓMO PREVENIR EL INTENTO DE SUICIDIO

Durante todo el proceso terapéutico, el profesional de la salud mental debe prevenir un nuevo intento de suicidio por medio del genuino conocimiento ético que no distingue entre ver, sentir y hacer. Se trata de que los especialistas adquieran conocimientos, destrezas y habilidades en la interacción con los pacientes que intentaron suicidarse, y que desarrollen una sensibilidad para reconocer los distintos matices de la condición humana.

Comentario

Actualmente, la mayoría de los profesionales de la salud previenen un intento de suicidio por medio de la intuición, el sentido común o el llamado “sexto sentido”. Es decir, la prevención del suicidio parecería no tener nada que ver con lo clínico o lo científico.

Cierta sensibilidad o sensación angustiante es la que permite saber si un paciente está en riesgo suicida, y con ello diferenciar qué paciente necesita hospitalización y cuál no. Al parecer, el sentido común es el criterio en que se basan los especialistas para atender a pacientes con intento de suicidio, a pesar de que también se decida bajo criterios más objetivos, como los resultados del puntaje de un instrumento o con el simple hecho de que el paciente exprese abiertamente su deseo de querer morir.

El profesional de la salud no debe prevenir un acto suicida por sentido común. El experto debe reconocer que esa intranquilidad que siente como si fuera una mala sensación, que de alguna forma “avisa” que un paciente se va a suicidar es la expresión de la experiencia y que, además, ésta debe conjugarse con los conocimientos clínicos del especialista y con la comunicación e interlocución con el paciente.

El experto benéfico necesita una práctica más consciente de los límites y alcances, para que entienda la existencia de motivaciones conscientes e inconscientes, reconozca angustias y miedos, y examine la satisfacción personal. Parte del contenido ético de las profesiones reconoce su origen en el diálogo interior de quienes se relacionan con su ejercicio (Lolas, 2002a). De esta forma, el trabajo profesional sería una mezcla equilibrada de intuición, conocimiento, experiencia y emoción.

24 Recomendación

IDENTIFICACIÓN DE LOS BIENES Y MALES EN LA ATENCIÓN DEL INTENTO SUICIDA

Desde el principio de beneficencia, el profesional de la salud debe identificar los bienes y los males. Entre los primeros están la relación especialista-paciente y las virtudes y deberes del profesional. En cambio, se considerarían como males un nuevo intento o la consumación de un suicidio, la evitación del estigma y la discriminación, y actuar como médico paternalista cuando sea innecesario.

Comentario

Los bienes aluden a la salud, la prevención, el alivio de los dolores, la vida prolongada, etc. A su vez, los males son, entre otros,

la enfermedad, los dolores, el sufrimiento, la minusvalía y la muerte prematura.

Los bienes y males se han concebido como valores básicos; sin embargo, en la medicina moderna no se reconocen de esta manera, aun cuando actualmente se consideran juicios de valor que imperan e inciden en la toma de decisiones clínicas.

Los bienes y males subyacen a la aplicación del principio de beneficencia y se elige, entre unos y otros, con base en juicios racionales, valores, creencias, prevención de riesgos y beneficios de las consecuencias, todo ello sustentado en una información amplia y una comprensión adecuada al respecto, que debe estar libre de coacciones internas o externas (Beauchamp y McCullough, 1983).

BIENES	MALES
Evitar un nuevo intento de suicidio	Nuevo intento de suicidio
Evitar el suicidio consumado	Suicidio consumado
Evitar riesgos: estigmatizar y discriminar al paciente	Falta de escucha
Obligaciones: el bienestar y el respeto por los valores y creencias del paciente. Pericia del especialista.	Ganancia económica por encima del bienestar del paciente
Posibles bienes: la objeción de conciencia y la atención psicológica del especialista	Paternalismo cuando sea innecesario

Cuarta Parte

PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

Con el principio bioético de autonomía no se aborda el tema del acto del intento de suicidio como derecho de muerte, ni se discute sobre si el sujeto suicida tiene o no autonomía para realizar un acto de tal naturaleza. El propósito es entender en qué, como individuo, puede ser autónomo o no, pero nunca debe dejar de respetarse su dignidad como persona. Asimismo, se considera que el respeto a la autonomía va más allá del acto mismo de intentar quitarse la vida.

¿Quién es autónomo?

La capacidad de tomar decisiones sobre los cuidados de su salud es la forma en que se manifiesta la autonomía personal de un paciente. La capacidad determina el grado de autonomía que se requiere a un paciente para considerar éticamente respetable una decisión concreta suya.

Un individuo autónomo es aquel que actúa de manera libre según un plan autoelegido. Empero, ser autónomo no significa solo seguir los propios deseos o inclinaciones, o hacer lo que uno siente la necesidad de realizar, sino actuar dando un sentido a las decisiones según el tipo de persona que deseamos ser. *Por ejemplo, el alcohólico que quiere vencer su dependencia al alcohol siente deseos de beber pero trata de guiarse no por esos deseos inmediatos, sino por otros más acordes con los valores sobre la idea que tiene de sí mismo* (Siurana, 2006).

De acuerdo con Lolas (2003), “se dice que una persona actúa con autonomía cuando tiene independencia respecto de controles externos y capacidad para obrar de acuerdo a una elección propia” (p. 64). La forma más simple de evidenciarla es en la toma de decisiones, aunque a veces ésta se limite o restrinja

por falta de información o información inadecuada, y por una incapacidad transitoria. La gradualidad de la autonomía depende en la intención del acto, en la comprensión que el agente tiene sobre el mismo y la ausencia de coacción.

¿Cómo saber quién es autónomo?

La determinación de la capacidad del paciente para tomar decisiones sobre los cuidados de su salud es un requisito básico que nos permite certificar si su decisión es autónoma. La capacidad o competencia es la aptitud para desempeñar una tarea, en un momento determinado. En el caso de los pacientes, esta tarea será tomar decisiones respecto al diagnóstico, tratamiento y cuidado de su enfermedad.

La capacidad o competencia marca el grado de autonomía que se requiere a un paciente para considerar ética y legalmente respetables sus decisiones relativas a los cuidados de su salud. En este sentido, una misma persona puede estar capacitada para tomar algunas decisiones y no estarlo para tomar otras. De modo que la capacidad se relaciona directamente con el tipo de decisión por tomar y las circunstancias que la envuelven. *Por ejemplo, una persona "culto" y reflexiva, puede que no sea competente para tomar una decisión médica si no tiene la información adecuada o si está presionada, tanto externamente, ya sea por sus familiares o por su médico, o internamente, por el dolor mismo.*

De alguna forma, las personas con una capacidad dañada poseen todavía cierta aptitud para comprender y comunicarse, y para formar y expresar sus preferencias. Por lo mismo, se han de hacer esfuerzos razonables para dar a la persona información relevante sobre su situación y las opciones disponibles, y para solicitarle sus preferencias.

Es importante que las personas capaces de tomar decisiones puedan dirigir el curso de su propio tratamiento, y que las personas incapacitadas no se dañen a sí mismas con el efecto de sus decisiones (Siurana, 2006).

¿Cómo respetar la autonomía de las personas?

Plantear cualquier cuestionamiento alrededor de la autonomía equivale a preguntarse: "¿Qué haría yo si fuera el paciente?" Tres son las posturas recomendadas:

1. ¿Qué haría yo si fuera el paciente y tuviera mis valores, preferencias y deseos actuales? Esto no tendría que ver directamente con la autonomía.
2. ¿Qué haría yo si alguien tuviera mis valores, preferencias y deseos?
3. ¿Qué haría yo si tuviera los valores, preferencias y deseos que tiene actualmente el paciente?

El respeto a la autonomía establece dos distinciones: 1. los valores, deseos y preferencias son del agente, no del clínico, y 2. el propio agente o persona toma la decisión (Platts, 1999).

Es importante seguir algunas reglas para tratar a las personas de manera autónoma (Beauchamp y Childress, 1983):

- Decir la verdad.
- Respetar la privacidad de los otros.
- Proteger la confidencialidad de la información.
- Obtener consentimiento para intervenir a los pacientes.
- Cuando sea necesario, ayudar a otros a tomar decisiones importantes.

La autonomía disminuida de los pacientes que han intentado suicidarse durante su tratamiento

En el caso de un intento de suicidio, el principio de autonomía se convierte en un punto conflictivo entre el especialista y el paciente, pues tradicionalmente se ha pensado que estos pacientes no se conducen como personas autónomas ni durante el acto, ni tal vez inmediatamente después del acto fallido. Ello se debe a que se piensa que el estado cognitivo común de los pacientes con conducta suicida es la constricción (caracterizada por rigidez en el pensamiento, concreción, "visión en túnel", estrechamiento del panorama, etc.), la cual afecta la posibilidad para sopesar otras opciones o decisiones. Cuando ocurre una experiencia traumática, con frecuencia una solución *posible* se convierte en la *única* solución (Lester y Leenaars, 1996).

En una persona con conducta suicida son evidentes también otras expresiones indirectas, como la ambivalencia, la agresión autodirigida y las implicaciones inconscientes. Como se sabe, existen emociones, actitudes y apegos contradictorios. De este modo, una persona suicida permanece ambivalente ante seguir viviendo con un dolor insoportable –por lo que puede experimentar humillación, subordinación y, a veces, incluso masoquismo, lo cual le impide tomar decisiones sobre su proyecto de vida. Por otro lado, la persona sólo puede estar consciente de un fragmento de la solución suicida, ya que las fuerzas que podrían llevar al suicidio subyacen a procesos inconscientes (Lester y Leenaars, 1996).

Así, puede ser que un sujeto que ha intentado suicidarse esté incapacitado y no sea autónomo en el instante del acto o después de éste. Sin embargo, si se concibe la autonomía como gradual, es importante situarse en el momento determinado en que los pacientes que han intentado suicidarse están en tratamiento clínico en consulta externa, pues es precisamente en este lapso

cuando la autonomía puede estar disminuida y ser transitoria. Por esta razón, una consideración en el principio de autonomía es que, en los sujetos que han intentado quitarse la vida y que están en tratamiento, existe una autonomía disminuida.

Por otro lado, algunos aspectos sobre la libertad de acción nos permiten entender que no debemos interpretar la autonomía sólo con criterios normativos (médicos y legales) que intentan ser generales. La idea no es poner de manifiesto argumentos que sustenten la conjetura de que los pacientes que han intentado suicidarse son personas autónomas sabemos que tienen una autonomía reducida, sino entender que la autonomía es también una cuestión ética que va más allá de los criterios o de la información que el paciente pueda procesar o no pues, por muy reducida que esté su autonomía, el sujeto tiene un conocimiento de sí y una voluntad para actuar, que quizá estén presentes antes y después de un intento suicida.

La relatividad del tiempo dificulta valorar la autonomía de un paciente que ha intentado quitarse la vida. No obstante, lo que en estos momentos podemos plantear es que, insistimos en ello, el agente moral podrá no ser autónomo, pero aun así debe respetarse su dignidad como persona. En caso contrario, si se le considera como una persona con menos autonomía, de cualquier modo tiene derecho a recibir protección. La protección emana de una actitud adecuada en un sentido moral y, sobre todo, responsable que no interfiere con los derechos, deberes y valores de la persona.

Repetimos que las recomendaciones expuestas en la presente *Guía bioética* deben ubicarse en el momento del tratamiento que reciben estos pacientes. Volvemos sobre ello debido a que se espera que recuperen su autonomía durante su atención clínica

que puede estar hasta entonces disminuida con la ayuda de la beneficencia del especialista.

Una recomendación general del principio de autonomía es que las enfermeras o los trabajadores sociales se encarguen de valorar la capacidad del paciente, debido a que estos profesionales de la salud mantienen, por lo común, un contacto más cercano con los pacientes.

Criterios para evaluar la autonomía—capacidad del paciente

Cuatro criterios sobre autonomía para casos ubicados durante el tratamiento del intento de suicidio

El análisis bioético sobre la autonomía de las personas se hace por lo regular por medio de criterios médico-jurídicos con la intención de establecer el grado de autonomía de cada individuo. Aunque dichos criterios son normativos y determinantes, en bioética se usan más que nada como guía para el análisis, ya que el principio de autonomía no se define como criterio jurídico, sino ético.

Los cuatro criterios que representan la gradualidad de la autonomía son:

1. Conocimiento
2. Comprensión
3. Ausencia de control de coacciones internas
4. Ausencia de control de coacciones externas

La información, conocimiento sobre el tema, las alternativas, los derechos, los procedimientos para llevar a cabo en el tratamiento, etc., son elementos para poder tomar una decisión, pero no es precisamente poner en acto la elección.

De acuerdo con lo anterior, podemos valorar si un paciente que ha intentado suicidarse presenta una autonomía reducida. Según Beauchamp y McCullough (1983), es relevante resaltar aquí que el grado de reducción debe estudiarse para cada caso particular, ya que puede correrse el peligro de flexibilizar los criterios con fines paternalistas.

Recomendación **25**

CONOCIMIENTO

El profesional de la salud mental debe preguntarse si el paciente es capaz de captar los hechos relacionados con su estado y sus posibilidades diagnósticas y terapéuticas. Este punto alude a la capacidad psicológica para tener y obtener los conocimientos necesarios para tomar una decisión (Beauchamp y McCullough, 1983).

Comentario

Si partimos de una consideración previa al momento de análisis de la *Guía bioética*, es decir, antes del intento de suicidio, los pacientes pueden conocer qué métodos son letales y cuáles no. Como resultara claro, con un método letal, la posibilidad de muerte es mayor, así como menor lo será la de un rescate. También pueden conocer qué secuelas podrían tener en función de la letalidad del método y sus experiencias anteriores. Así, los pacientes poseen información para tomar la decisión de atentar contra su vida con un método de baja letalidad, que se espera no deje secuelas.

Por otro lado, la información que maneje un paciente sobre el método y su letalidad puede exponer su autonomía disminuida, al esperar que sea otro quien lo salve y decida sobre su propia vida.

En cuanto al tratamiento, momento en que aplican las recomendaciones de esta *Guía bioética*, los pacientes pueden asumirse como deprimidos o en un estado de duelo. Pueden conocer, asimismo, desde los procedimientos institucionales hasta el nombre de los medicamentos que toman y para qué sirven éstos. También es cierto que esta información, proporcionada en ocasiones por el especialista, puede ser parcial. En ambos momentos, los pacientes podrían carecer de información completa o general, o no captar los hechos relevantes para tomar una decisión, lo cual revelaría una autonomía reducida.

26 Recomendación

COMPRENSIÓN

Los profesionales de la salud mental deben evaluar si el paciente es capaz de valorar cognoscitivamente la información recibida y las consecuencias de su estado y de sus posibilidades diagnósticas y terapéuticas durante el tratamiento.

Comentario

Este punto evalúa la capacidad del paciente para comprender y formularse intenciones de proyectos futuros con base en sus valores. Es decir, el paciente será capaz de tomar una decisión si puede comprender información importante, hacer un juicio sobre ésta según sus valores y comunicar su decisión al especialista.

El paciente que ha atentado contra su vida debe ser capaz de entender las recomendaciones que le dé el profesional de la salud en cuanto a su proceso de atención clínica, lo cual incluye desde los procedimientos administrativos hasta el uso de medicamentos.

El paciente debe ser capaz de responder a las preguntas, sencillas o complejas, que le haga el especialista sobre su estado de salud mental, las opciones de tratamiento y los riesgos y beneficios de éste. El paciente tomará de este modo decisiones con base en sus deseos, preferencias, valores y creencias de vida.

Es importante que, al comunicarse con el paciente, el profesional de la salud evite el uso de términos o palabras técnicas que puedan dificultar el entendimiento conceptual de lo que se dice, pues lo que se evalúa es la capacidad de comprensión del paciente y no el conocimiento que pueda tener en el área clínica.

Sobra decir que el paciente será más autónomo cuanto mejor comprenda su situación clínica, las opciones de tratamiento y las ventajas y riesgos que conlleva cada una.

Recomendación **27**

AUSENCIA DE CONTROL POR COACCIONES INTERNAS

El profesional de la salud mental debe evaluar si es el paciente estuvo bajo influencia de fuerzas internas relacionadas con factores como el dolor, el sufrimiento, el miedo y la depresión.

Comentario

Las fuerzas internas pueden provocar que el paciente tome una decisión que no se base en sus valores o en una posición razonada, siendo esta coacción sólo temporal. Lo anterior se ejemplifica con la decisión de un paciente de intentar suicidarse. Incluso el propio intento de morir diádico se realiza en el marco del dolor subjetivo que siente el paciente. Lo anterior se aclara por lo que han comentado respecto del intento algunos pacientes, lo que se persigue con el acto de suicidio no es morirse, sino "llamar la

atención de la familia". Una fuerza interna es la desesperación que sienten los pacientes, la cual los lleva a lesionarse solos, a autoinfligirse dolor o la misma muerte. Este criterio puede ilustrar la ambivalencia que permanece en los pacientes (Beauchamp y McCullough, 1983).

Durante el tratamiento en consulta externa, la principal fuerza interna es el deseo de morir, manifiesto en la ideación suicida y las amenazas de muerte que permanecen durante el propio tratamiento, junto con el miedo a sentir ansiedad y perder el control.

El paciente será más autónomo cuanto menor sea la coacción a la que lo someta el dolor subjetivo que lo acongoja.

28 Recomendación

AUSENCIA DE CONTROL POR COACCIONES EXTERNAS

El profesional de la salud mental debe evaluar si la decisión del paciente estuvo controlada por fuerzas o influencias externas, caracterizadas por el efecto que suponen la enfermedad, el tratamiento, el pronóstico, etc. Las fuerzas pueden coaccionar las opciones o decisiones del paciente, las cuales reflejan en general los valores de los demás y no los del paciente. Las figuras de autoridad que controlen, manipulen, presionen o coaccionen pueden considerarse como fuerzas externas (Beauchamp y McCullough, 1983).

Comentario

Muchos pacientes presentan estas fuerzas externas, no sólo en el momento del intento recordemos que trabajamos con la diadidad, sino también en la terapéutica, donde los especialistas

o la familia coaccionan a veces a los pacientes para que acudan a tratamiento.

La presión que ejercen las fuerzas externas es, en muchas ocasiones, económica. Algunos pacientes dependen económicamente de su familia y, aunque ellos toman algunas decisiones, quedan a expensas de las disposiciones familiares. Esta dependencia evita que el paciente “restablezca” su autonomía. Asimismo, los pacientes saben que ellos deben decidir lo que va a ser de su vida. Sin embargo, aun sabiéndolo, no toman una decisión, pues esperan que otro lo haga por ellos.

El paciente será más autónomo cuanto menor sea la coacción a la que lo sometan las personas que lo rodean.

Cuatro criterios sobre autonomía para casos ubicados durante el tratamiento del intento de suicidio.

CONOCIMIENTO: El paciente es capaz de captar la información sobre su estado y sus posibilidades diagnósticas y terapéuticas. Además de tener la capacidad psicológica de obtener los conocimientos necesarios para tomar una decisión

COMPRENSIÓN: El paciente entiende las recomendaciones que el profesional de la salud le da en cuanto a su proceso de atención clínica, el cual incluye desde los procesos administrativos hasta el uso de medicamentos.

AUSENCIA DE CONTROL POR COACCIONES INTERNAS: El paciente no basará sus decisiones en su deseo de morir, manifiesto en la ideación suicida y las amenazas de muerte que permanecen durante el tratamiento; además del miedo de sentir ansiedad y falta de autocontrol.

AUSENCIA DE CONTROL POR COACCIONES EXTERNAS: El paciente no basará sus decisiones en las figuras de autoridad que lo controlen, manipulen, presionen o coaccionen.

INTENTO DE SUICIDIO Y AUTONOMÍA (DISMINUIDA)

El profesional de la salud mental debe considerar y reconocer que la autonomía del paciente puede estar disminuida durante el proceso terapéutico.

Comentario

Para un paciente que ha intentado suicidarse, su acto significa que fue una decisión "bien pensada", "consciente", de "querer desaparecer del mundo", de querer morir, de que es una decisión que se toma "sin vacilar", "sin llamar la atención", "sin miedo", "sin arrepentimiento". No obstante, también está consciente de que "no se quiere morir", de que el intento es para "llamar la atención de la familia". Estos argumentos ejemplifican muy bien la gradualidad de la autonomía, es decir, por momentos estos sujetos saben que están intentando quitarse la vida, pero saben y no quieren que el resultado de ese acto sea la muerte, acaso sólo un gesto para que alguien acuda en su auxilio. Tal es la característica distintiva del intento de suicidio diádico.

En el intento de suicidio diádico es "casi invisible la frontera que separa lo involuntario de lo voluntario, la locura de la cordura: el orden de la simple enfermedad (dentro de la cual el ser humano ya no es responsable de sus actos), y el otro orden, que cabe llamar "mixto", donde se conjugan, en distintos grados y diversos modos, la enfermedad y la responsabilidad, la compulsión y la opción" (González, 1996, p. 103).

Una característica inherente al intento de suicidio es la ambivalencia, factor psicológico que parece interferir con la autonomía. Por

ejemplo, se ha documentado que la ambivalencia puede darse en el tratamiento debido a una mala percepción, a la depresión, a una petición de muerte digna que expresen un “problema oculto” o la existencia de un conflicto con lo que la familia piensa que son los mejores intereses de su paciente. En este caso, la ansiedad y la depresión que manifiestan sentir los sujetos con intento suicida son fuente de ambivalencia.

El profesional de la salud mental que trabaje con una postura beneficente debe evitar concluir determinadamente que, por el hecho de que el paciente esté ansioso o deprimido, que viva con un dolor subjetivo, no puede tomar decisiones autónomas. Es cierto que la enfermedad y las consecuencias de ésta pueden reducir la autonomía, pero es arriesgado normar tal idea, ya que la reducción de la autonomía puede darse en diversos grados.

En muchas ocasiones, los profesionales de la salud reconocen la autonomía del paciente sólo hasta que éste se suicida. No obstante, el suicidio se juzga como una desgracia, en la cual se debe evaluar la actuación del clínico. Y más que como autónomo, el acto suicida se considera como un error médico, es decir, se desvía la atención hacia el especialista y se resta importancia a la decisión del paciente.

Con todo, se trata de que el profesional de la salud considere que el paciente que ha atentado contra su vida puede presentar una autonomía disminuida para que, de esta forma, trabaje con él en cuanto a la toma de decisiones del tratamiento. Por ende, la responsabilidad es compartida. El profesional beneficente no debe sustentar un juicio clínico sólo en criterios biológicos o psicológicos, sino también en criterios éticos en aras del bienestar del paciente.

CONCIENCIA DE SÍ

El profesional de la salud debería reconocer que, cuando los pacientes buscan ayuda profesional, es porque se sienten mal y saben que están perdiendo “el control”. Asimismo, deben entender que un acercamiento, una petición de ayuda, se debe a que el paciente tiene un conocimiento de sí, que le permite darse cuenta de la propia gradualidad de su autonomía.

Comentario

Al percibir una mejoría en su padecimiento y obtener los beneficios del tratamiento, la mayoría de los pacientes en tratamiento psiquiátrico o psicológico puede abandonar la atención, lo cual representa una decisión totalmente autónoma. Sin embargo, al presentar un nuevo malestar, al sentirse otra vez mal, el individuo se percibe y se reconoce como que está “fuera de control”, lo que significa, una reducción de su autonomía. Y es por esto mismo que decide volver a buscar ayuda profesional. Empero, este acto implica sacrificar una parte de su autonomía a cambio de alguna medida de seguridad, servicio o cura. Es decir, los pacientes saben, de algún modo, que la relación con su especialista conlleva un grado de dependencia y una pérdida de autonomía (Szasz, 2002), más allá del padecimiento, malestar o por las circunstancias mismas.

Al mismo tiempo, esta búsqueda de ayuda profesional por parte del paciente se puede traducir en una conjunción con el principio de beneficencia, debido a que los pacientes esperan la ayuda de un especialista, que les permita recuperar su mejoría y obtener nuevamente los beneficios del tratamiento.

Por lo anterior, el profesional de la salud debe actuar como un experto benéfico, que pueda reconocer en este acto la autonomía disminuida del paciente y que, a su vez, le permita tomar en cuenta los intereses de éste. De lo contrario, el especialista puede comportarse de forma paternalista: cumpliendo las demandas y las expectativas del paciente. Ello puede convertirse en un círculo vicioso o, bien, en un caso extremo, dar lugar a que se presente un nuevo intento de suicidio.

En resumen, la búsqueda o petición de ayuda que hace el paciente al sentirse mal es un acto voluntario y autónomo, porque parte de un conocimiento de sí mismo, de su autoconciencia.

Recomendación **31**

CONCIENCIA, JUICIO Y VOLUNTAD

Los profesionales de la salud no deben prejuzgar sin criterios de competencia, incluso sin elementos médico-jurídicos, la capacidad de juicio, el grado de conciencia o la voluntad de los pacientes.

Comentario

Se entiende al intento de suicidio diádico como un acto consciente y una decisión "bien pensada" para quien lo realiza. Después del intento, la persona puede ser obligada por su familia a ir a tratamiento mientras no mejore y empiece a hacerlo por su propia voluntad. Lo anterior significa que los pacientes son considerados personas con incapacidad de juicio, sin conciencia y voluntad. Sin embargo, todos éstos son sólo juicios de valor que debería evitar el profesional de la salud.

Asimismo, el especialista no debe tener la falsa creencia de que él será quien devolverá al paciente su juicio, conciencia o voluntad. Más bien, como profesional benéfico, trabajará con su paciente para que éste sea quien busque, por sí mismo y de manera consciente, su propio bienestar y llegué a tomar las decisiones sobre su propia salud mental.

Por otro lado, es cierto que está disminuida la autonomía del paciente pero, más allá de esto, los especialistas adoptan insistentemente la postura de que las complejidades del cuerpo humano sano y los procesos patológicos están fuera del entendimiento lego, lo cual no es del todo erróneo pero resulta irrelevante en este caso. Más que compenetrarse en los detalles técnicos y científicos, el paciente tal vez necesite información respecto de su tratamiento, lo cual constituye un derecho.

32 Recomendación

DOLOR SUBJETIVO

El profesional de la salud debe considerar que el intento de suicidio se caracteriza por un dolor o mal subjetivo psicológico y no necesariamente físico, que lo lleva a tomar la decisión de quitarse la vida.

Comentario

En los pacientes que intentan suicidarse, el estímulo común es un insoportable dolor psicológico. Es una emoción de impotencia, una sensación de sentirse con desesperanza e indefensa, lo que les causa tanto dolor. En este sentido, el suicidio puede considerarse como funcional porque resuelve la tensión dolorosa para el individuo. Ofrece, asimismo, un alivio para un sufrimiento intolerable (Lester y Leenaars, 1996).

A su vez, la subjetividad es un elemento central que parte de los procesos que producen y son producidos por el mundo simbólico humano, como parte constitutiva de la condición de ser humano y cuyo carácter está alejado del orden de la naturaleza.

El intento de suicidio diádico es aquél cuya autoagresión se dirige inconscientemente o no, a otro con el objetivo de “vivenciar a priori” las secuelas negativas a quien se “dedica” el acto autoinfligido. Así, la intención del sujeto es lastimar, manipular o impresionar a otra persona (Cohen, 2007). Asimismo, podría entenderse, como parte de la condición humana que plantea un problema político, moral y ético, en donde la voluntad o deseo del individuo suicida incluye las múltiples contradicciones sociales y colectivas. Ver página 27.

El profesional de la salud benéfico trabajará de manera conjunta este dolor subjetivo del paciente, ya que es el punto central de la conducta suicida. Para ello, es importante la escucha que el especialista preste al paciente.

Recomendación

33

IDEACIÓN SUICIDA DURANTE EL TRATAMIENTO

El profesional de la salud mental debe considerar que el deseo de morir, manifiesto en la ideación suicida y las amenazas de muerte, permanece durante el tratamiento. Más aún, puede ir cambiando o pueden ir sumándose a él otros motivos para que el paciente desee morir. Por ende, el profesional de la salud debe tomar en cuenta que el paciente puede llevar a cabo, durante el tratamiento, un nuevo acto autoinfligido, y que éste depende de la gradualidad de la autonomía y de la ambivalencia típica de los casos suicidas.

Comentario

Junto con la amenaza de muerte que impregna los discursos de estos pacientes, la ideación suicida mantiene un vínculo con los

motivos. Los pacientes intentan suicidarse por distintas causas y, una vez que están bajo atención clínica, pueden encontrar, por diversas razones, otros motivos para querer quitarse la vida.

El especialista debe evaluar continuamente la ideación suicida del paciente, principalmente por medio de la escucha clínica. Asimismo, el experto debe dejar muy en claro al paciente que los beneficios del tratamiento no son inmediatos.

Recuperación de la autonomía

34 Recomendación

RECUPERACIÓN DE LA AUTONOMÍA

El profesional de la salud debe tener en cuenta que, durante el tratamiento, el paciente que intentó suicidarse tiene una autonomía disminuida y pocas veces, ausencia de autonomía. En consecuencia, los especialistas tienen la obligación de contribuir, por medio del tratamiento, a que el paciente recupere su bienestar y por lo tanto, su autonomía. Este deber del especialista, incluye motivar a la familia del paciente para que también facilite la recuperación de la autonomía del aquejado.

Comentario

Después del intento de suicidio, los pacientes pueden quedar al cuidado de la familia. El paternalismo que establece la familia con el paciente evita que éste “recupere” su autonomía ahora disminuida al coaccionarlo para asistir a tratamiento. Así, al principio de éste, la mayoría de los pacientes acuden en contra de su voluntad. Sin embargo, después de cierto tiempo, la familia percibe una mejoría o bienestar en su pariente y permite que él mismo vaya por su propia voluntad al tratamiento clínico, lo

cual, a su vez, se convierte en una decisión autónoma, es decir, en la recuperación de la autonomía.

Tanto el profesional de la salud mental como la familia deben ser benéficos para que, con sus acciones, permitan al paciente recuperar por él mismo su bienestar y su autonomía. Aquí debe entenderse que la disposición para acudir al tratamiento es indicativa de la voluntad del paciente como una especie de compromiso con el experto. Este compromiso forma parte de la relación benéfica especialista-paciente y es también reflejo del cumplimiento de las obligaciones y los deberes de todo profesional.

Recomendación **35**

DECISIONES DEL TRATAMIENTO

El profesional de la salud debe entender que tiene que compartir con el paciente que ha intentado suicidarse las decisiones sobre el tratamiento y, en su caso, con la familia de éste. Con ello, se evitarán desacuerdos y conflictos legales o administrativos.

Comentario

Durante el tratamiento, hoy día hay circunstancias en que surgen problemas a la hora de tomar decisiones. Las soluciones acostumbradas suelen ser de orden más tradicional, es decir, paternalista. Por ejemplo, una situación así se da cuando el riesgo suicida, además de ser expresado por el paciente, es diagnosticado por el especialista, pero el primero no desea hospitalizarse. Entonces, lo que procede en la actualidad es firmar una carta responsiva que otorga la responsabilidad al paciente y libera al clínico de cualquier compromiso o dolo. Un aspecto que debe considerarse en esta decisión son los recursos eco-

nómicos, pues son importantes en el momento de decidir si se interna o no el paciente. Por otro lado, en esta misma situación, el experto debe advertir siempre a los familiares del paciente de la posibilidad de un acto suicida, aunque éste se oponga y se rompa la confidencialidad.

Otra situación es cuando el paciente se niega al tratamiento o quiere matarse. En este caso, nuevamente se establecen acuerdos que, en general son condiciones para mantener vigilado al paciente tanto fuera del hospital como dentro de éste si se le hospitaliza. De acuerdo con el punto de vista del experto, el bienestar para el paciente sería la hospitalización.

Una circunstancia más se da cuando el paciente expresa su desacuerdo con el tratamiento. El especialista no toma en cuenta esta situación, debido a que considera que los pacientes no están en condiciones de tomar decisiones porque son pasivos o están deprimidos, o porque su juicio está nublado por su propia ideación o intento suicida. Entonces, se establecen acuerdos para que el profesional actúe y espere a que el paciente se sienta mejor. Así, la familia y el especialista toman las decisiones sobre el tratamiento de un paciente que ha intentado suicidarse y cualquier responsabilidad se maneja firmando papeles, como anteriormente se comentó. En casi todos los casos, esto se hace entre los profesionales y la familia hasta que el paciente puede asumir toda la responsabilidad.

En todas estas circunstancias, se acostumbra que el profesional de la salud sea quien tome las decisiones sobre el tratamiento del paciente, lo cual representa una administración paternalista.

Desde una postura benéfica, lo más conveniente en casos así es que el profesional considere la autonomía disminuida del paciente que ha atentado contra su propia vida a fin de motivarlo a parti-

cipar en las decisiones sobre su tratamiento y bienestar. De esta forma, se evita cualquier atropello a la dignidad de los pacientes.

Por otro lado, sabemos que el deber primordial del especialista médico es preservar la vida del paciente. En este sentido, evitar que alguien atente contra su vida puede ser válido debido a que el suicidio no está dentro de los mejores intereses de la persona, suponiendo nuevamente que lo que es mejor para la persona es continuar con vida (Cohen, 2007). Pero justificar la atención y la prevención del suicidio a la fuerza, presentándolas como tratamiento de vida o muerte, es imponerle un límite categórico a la libertad de acción del sujeto, fundamentándolo todo en razones paternalistas. Por ello, es recomendable analizar cada caso en concreto.

Nuevamente, en términos de la beneficencia, lo importante es que el profesional de la salud, incluido el médico, tome decisiones sobre el tratamiento de manera conjunta con el paciente a fin de que éste pueda recuperar su autonomía y bienestar, donde queda implícita la preservación de su vida.

Recomendación **36**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Antes de iniciar un tratamiento clínico, el profesional de la salud debe solicitar un consentimiento informado al paciente que ha intentado suicidarse; también debe informarle de cualquier eventualidad que ocurra durante éste.

Comentario

La aplicación del principio de autonomía se expresa en lo que se denomina "consentimiento informado". Como lo comentan

Beauchamp y McCullough (1983), si la medicina se basara solamente en la beneficencia, la información referente a la calidad de vida, opciones y tipos de tratamiento e inconvenientes de la práctica clínica, podría no llegar al paciente.

El consentimiento informado (CI) tiene que concebirse como un proceso para que su discernimiento y cumplimiento posibilite el ejercicio ético dialógico, reflexivo y responsable del especialista. El consentimiento informado no consiste en firmar un formato establecido para que lo repliquen los expertos. Se trata de que la *praxis* del CI sea parte de un proceso, una tarea cotidiana dentro de la práctica clínica, una comunicación deliberativa y crítica, responsable y comprometida entre dos agentes morales (Mondragón, 2009), incluso cuando uno de ellos posea una autonomía reducida.

El consentimiento informado que se obtenga de la familia del paciente no debe de sustituir al consentimiento del propio paciente, sin importar su autonomía disminuida.

37 Recomendación

VALORES Y CREENCIAS DE LOS PACIENTES

El profesional de la salud mental debe respetar las creencias y los valores de los pacientes. El especialista no debe utilizar tampoco las creencias religiosas y aspectos morales de los pacientes como parte del tratamiento clínico.

Comentario

Algunos especialistas utilizan las creencias religiosas (que califican al suicidio como un pecado y a quien lo realiza como pecador), así como la obligación moral para con, por ejemplo, los

hijos (pensar qué va ser de ellos si el paciente se suicida, especialmente si éste es mujer) como aspectos o factores con que los clínicos hacen entender a los pacientes que tienen que salir adelante, y de esta forma evitar un nuevo intento.

En general, los pacientes hablan en consulta de sus creencias religiosas y la relación de éstas con su deseo de quitarse la vida. A veces, estas ideas religiosas les permiten alejarse de sus deseos de muerte y los coaccionan para no intentar quitarse la vida.

Sin embargo, utilizar las creencias religiosas dentro del tratamiento clínico puede suscitar una estigmatización social hacia un paciente que ha intentado quitarse la vida. A pesar de que pueden contribuir a "evitar" las ideas o intenciones de suicidio de un paciente, no representan ningún beneficio, dado que su sustento no es clínico, sino únicamente moral e incluso puede ser inconsistente.

Por ningún motivo, el profesional de la salud debe tratar con regaños a los pacientes por el hecho de haber intentado quitarse la vida. Al actuar así comete una transgresión, pues incumple el principio de la beneficencia. Además, fomenta una autonomía disminuida y, sobre todo, un malestar psicológico, traducido en desesperanza.

Quinta Parte

PRINCIPIO DE JUSTICIA

PRINCIPIO DE JUSTICIA

El principio de justicia, postulado por Beauchamp y Childress en el marco de su teoría de los principios, se refiere a la equidad en la distribución de cargas y beneficios. El principio de justicia se retoma aquí porque en él se inscribe el respeto por los derechos de las personas dentro de una igualdad fundamental. El principio plantea que la atención a la salud debe ser asequible a todos y que es obligación del Estado elevar el nivel de la salud de la población (CONAMED, 2008). Además, por obligación se debe buscar una equidad ante los dilemas surgidos en la práctica. Ello debe obedecer a la regla del menor daño y el mayor beneficio hacia el paciente, o buscar un mayor beneficio esperado respecto del riesgo sufrido.

Recomendación **38**

IGUALDAD EN LA CANALIZACIÓN DE PACIENTES DE SERVICIOS DE URGENCIA A LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS

Los profesionales de la salud de los servicios de urgencias deben remitir o canalizar a un paciente que ha intentado suicidarse (sea por primera vez o en forma consecutiva) con un psiquiatra o psicólogo, como se hace con otros males de salud mental, como esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno por déficit de atención. Ello supone, una mayor igualdad, lo que a su vez ayuda a difuminar las falsas creencias de que el intento de suicidio “no se trata de medicinas, sino de echarle ganas”.

Algunos padecimientos como la diabetes, la hipertensión y el cáncer, se tratan primero como urgencias médicas. No obstante, una vez identificados, se tratan en otros servicios como consulta externa; es decir, los pacientes son remitidos de urgencias a la especialidad que deberá atenderlos. Lo mismo debería pasar con el intento de suicidio, ya que en el tratamiento por un intento suicida se da un uso inequitativo de los recursos financieros asignados a la salud.

Sabemos que es igualmente primordial brindar atención médica a un sujeto que ha intentado suicidarse que a uno que se ha accidentado, que a otro que padece una enfermedad. Aún más, la atención misma es un derecho humano, un derecho del paciente y un derecho constitucional, entendiéndose por ello que, como agentes morales, todos son iguales y los recursos deben distribuirse entre ellos de la misma manera. Es decir, todos tienen el derecho de que se les brinden cuidados médicos necesarios como insumos y servicios. En este sentido, la falta de acceso universal a los servicios de salud y de justicia distributiva se presenta en la relativa ausencia de una oportuna canalización o remisión a un servicio especializado del paciente que ha intentado quitarse la vida sea por primera vez o consecutivamente. Las desigualdades innecesarias manifiestan la ausencia de equidad.

EQUIDAD EN LA CANALIZACION DE PACIENTES DE SERVICIOS DE URGENCIA A LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS

En los servicios de urgencias, cualquier lesión autoinfligida puede resultar de una alta letalidad y, en este caso, se convierte en una urgencia médica en la cual habría que luchar por la vida del paciente. Posteriormente, lo más importante es canalizar o remitir a un servicio especializado al paciente que ha intentado quitarse la vida sea por primera vez o de manera consecutiva, para no continuar generando gasto corriente a la atención de urgencias médicas.

Comentario

Si bien es cierto que, por su sola letalidad, una lesión autoinfligida puede considerarse como una urgencia médica, también hay que tomar en cuenta que, como conducta suicida, este acto urgente puede repetirse más de una vez. En otras palabras, una urgencia médica provocada por el acto de intentar quitarse la vida puede darse varias veces y en cada momento tendrá que hacerse uso del gasto corriente establecido para la atención a las urgencias médicas.

Según estos términos, el suicidio consumado no es el único que genera costos a la economía del país, por la fuerza productiva que por ello se pierde, sino que también la misma atención a un intento acarrea altos costos económicos. Por ejemplo, cuando son hospitalizados los pacientes que han intentado suicidarse, la ocupación de camas representa un gasto elevado.

Sin embargo, el costo económico que generan los intentos de suicidio no es tan evidente para el Estado, debido a que tal parece que la atención médica inmediata del intento suicida no tiene

ningún costo para el sujeto que llevó a cabo el acto o bien para su familia; ya que los derechohabientes de los servicios de salud públicos no tienen en sí un gasto monetario. En otros servicios se les solicita, a cambio de la atención, una donación de sangre.

La importancia de este punto radica en que quizá sirva para explicar la reincidencia del acto suicida en los pacientes. Es decir, para ellos, el tratamiento del intento de suicidio resulta gratuito.

40 Recomendación

RECURSOS FINANCIEROS PARA LA HOSPITALIZACIÓN

La hospitalización voluntaria o involuntaria de un paciente que ha atentado contra su propia vida no debería depender sólo de los criterios clínicos, sino también de los recursos económicos con que cuente la familia del paciente. Ante esta eventualidad, se debe analizar cada caso en concreto y facilitar los apoyos económicos pertinentes. De no hacerlo, el paciente quedaría bajo el cuidado de su familia, lo cual puede representar un mayor riesgo de que intente quitarse de nuevo la vida.

Comentario

En los servicios de consulta externa de los sectores público y privado, el tema de los recursos económicos es un aspecto que se debe considerar ante la decisión de internar o no a un paciente con riesgo suicida. En ocasiones, la familia carece de los recursos necesarios para hospitalizar a su enfermo o, bien, no está afiliada a un sistema de seguridad social; en estos casos, el cuidado del paciente queda en manos de la familia.

El profesional de la salud debe sortear este criterio económico en aras del bienestar del paciente. Las siguientes son dos medidas

que se pueden aplicar ante la falta de recursos para hospitalizar a un paciente que ha intentado suicidarse: incrementar el número de consultas del mismo o llevar, por vía telefónica, un registro del estado de salud mental del paciente; en este segundo caso pueden ser trabajadores sociales quienes realicen la tarea.

Sexta Parte

PRINCIPIO DE JUSTICIA Y DERECHO

DERECHO

El derecho debe colaborar con la bioética en su reflexión teórica, pues contempla bienes y valores vigentes. En algunos casos, las cuestiones legales solucionan dilemas morales y bioéticos. El derecho es permitido e impuesto por las sociedades, constituyéndose así en un sistema moral institucionalizado.

La atención médica es un concepto que se interpreta desde el derecho como conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el propósito de proteger, promover y restaurar su salud (art. 32 de la Ley General de Salud) (*Reglamento de la Ley General de Salud*, 1984).

En los reglamentos jurídicos, el acto médico se define como “toda clase de examen, intervención, tratamiento e investigación de un paciente o razonamiento clínico, con fines de protección a la salud e incluye actos de prevención, diagnóstico, prescripción, recomendación terapéutica y rehabilitación, llevados a cabo por personal de salud bajo su responsabilidad. En razón de lo anterior, no se considera un acto mercantil” (CONAMED, 2008, p. 1).

El acto médico se caracteriza primordialmente por proteger la salud del paciente, por lo que debe ser realizado por un profesional de la salud, quien actuará conforme a un conocimiento estandarizado y aceptado por la medicina, y con apego a la legalidad vigente, tal como lo marca el *Reglamento de la Ley General de Salud*. Queda implícito que, en el acto médico, el profesional de salud tendrá libertad prescriptiva, y que debe proporcionar sus servicios de acuerdo con su pleno conocimiento y entendimiento para beneficio del usuario, y conforme a las circunstancias en que preste su servicio (CONAMED, 2008).

Jurídicamente, el principio de beneficencia representa la garantía constitucional de protección a la salud debido a que se considera que dicho precepto expresa positivamente la actitud y obligación del profesional de la salud en buscar el bien al otro, evitarle un daño a su salud y a su vida.

Otros principios médico-jurídicos que deben ser considerados por el profesional de la salud durante cualquier atención clínica son los siguientes:

El Principio de razonable seguridad: en el acto médico, el beneficio esperado siempre deberá ser mayor respecto del riesgo sufrido.

El Principio de información: el paciente y en su caso, su representante legal, deben ser informados del efecto adverso, de los signos de alarma y de las prevenciones especiales para el empleo de insumos para la salud.

El Principio de participación: al establecer el esquema o régimen de atención, se habrán de ponderar las preferencias, características y hábitos del paciente, siendo ello técnicamente posible.

El Principio de buena fe o in dubio pro médico: los actos de atención médica se entienden realizados de buena fe y en ánimo de curar, salvo prueba en contrario (CONAMED, 2008).

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

El profesional de la salud mental debe hacer valer su derecho a la objeción de conciencia al atender los casos de pacientes que han atentado contra su propia vida, ya que esta situación puede ser contraria a los dictados de su conciencia (como la fe religiosa o los principios o reglas de la razón, como la ética).

Comentario

La objeción de conciencia es la pretensión pública individual de un imperativo ético. Como derecho exige la protección de la libertad del especialista y del paciente para evitar consecuencias discriminatorias o represalias injustas que estén por encima de la omisión para no cumplir con los deberes u obligaciones.

La CONAMED (2008) ha definido la objeción de conciencia como un derecho de los médicos, aunque se puede ampliar a todos los profesionales de la salud.

En la Carta de los Derechos Generales de los Médicos se enuncia, entre otras cosas, que el médico tiene derecho a que se respete su probable decisión de declinar la atención de algún paciente, siempre que tales aspectos se sustenten en bases éticas, científicas y normativas. Desafortunadamente, no todos los médicos ejercen este derecho o, bien, ni siquiera creen que estén obligados a referir a un paciente con otro médico cuando sea objetiva la situación con el paciente (Curlin, Lawrence, Chin y Lantos, 2007). Esto es, cuando sea contraria a los dictados de su conciencia y se actúe a pesar de su objeción (Lee *et al.*, 2006).

La acción objetora posee gran dignidad ética (Lee *et al.*, 2006). Por un lado, porque ejerce un bien jurídico básico relacionado

con la identidad moral de las personas; es decir, con este ejercicio, los médicos podrían “resolver el conflicto interno” (Lee *et al.*, 2006) de lo que significa para ellos el intento de suicidio, remitiendo al paciente que presenta dicho acto. Por otro, es un acto de prudencia que evita lesionar la integridad axiológica del propio médico y, a su vez, aquélla de los pacientes.

Al respecto, Martínez (2008) explica que:

[C]omo una forma de proteger la libertad de conciencia y de pensamiento se ha desarrollado en el contexto de los derechos humanos la objeción de conciencia, como un mecanismo para impedir que la imposición de ciertas conductas pueda lastimar a quienes por convicciones o creencias religiosas sienten que no pueden realizarlas (p. 105).

A su vez, Lee, Sotelo y Casa (2006) apuntan que “la libertad de pensamiento, la libertad de conciencia y la libertad religiosa son el marco en donde se insertan los conflictos individuales entre la exigencia de dos morales distintas” (p. 122), y esto se llama objeción de conciencia. La libertad de pensamiento hace referencia a las ideas, conceptos y juicios que la persona tiene sobre la realidad del mundo y de la vida. Por su parte, la libertad de conciencia alude al juicio sobre las propias acciones, específicamente al juicio moral y las consecuencias de éste. Por último, la libertad religiosa se refiere a la fe y a la práctica religiosa.

El artículo 18 de la *Declaración Universal de Derechos Humanos* establece la libertad de pensamiento, de las conciencias y religiosa, como un derecho fundamental del ser humano. Estas libertades no se sustentan en una libertad moral concreta, sino en una inmunidad de coacción por parte del Estado y la sociedad, pues nadie tiene derecho a imponer determinada visión del mundo, un juicio de conciencia o un acto de fe.

En su *Código de Bioética para el Personal de Salud*, la Comisión Nacional de Bioética, de México, estipula, en su artículo 28, que el personal de salud podrá rehusarse a aplicar medidas diagnósticas y terapéuticas que a su juicio pongan en riesgo la vida, la función de los pacientes o su descendencia, bien sea a petición de los propios pacientes, sus superiores jerárquicos o autoridades institucionales cuando se opongan a la práctica médica comúnmente aceptada, a los principios bioéticos, a sus capacidades profesionales o a razones de objeción de conciencia (Lee *et al.*, 2006).

La objeción de conciencia se sustenta más en la ética médica y los derechos humanos que en el derecho jurídico. No obstante, este postulado da lugar a que no se pueda obligar a nadie a actuar contra su conciencia, siempre y cuando la objeción no viole derechos elementales de terceros o trastorne el bien común.

Recomendación **42**

RESPETAR LOS DERECHOS DE PACIENTE

El profesional de la salud debe reconocer los derechos del paciente que intentó suicidarse dentro de los derechos de las personas que padecen alguna enfermedad mental, y debe recordárselos continuamente al mismo, a pesar de que esto pueda ser contrario a las indicaciones del propio especialista.

Comentario

En el campo médico, la autonomía es un derecho de los enfermos en uso de sus facultades y del uso de su persona, y está presente en la elección o cambio de médico tratante, el derecho a la información, el consentimiento informado, la toma de decisiones y la participación en protocolos de investigación.

Un punto controversial es que, en general, los sujetos con menos autonomía son los enfermos (físicos y mentales); es decir, los que bajo en ciertas circunstancias tienen limitada su libertad. Es el caso de los sujetos suicidas. Desde la mirada clínica, el suicidio es un acto psicótico, donde el paciente pierde su libertad de decisión y, por ende, su autonomía.

Lo anterior da lugar a que, por un lado, no exista un respeto a los valores y creencias de los pacientes cuando el especialista difiere de éstos. Por otro, a que el profesional de la salud tampoco respete sus propias creencias ya que mantenerse como tratante le trae consecuencias negativas, como enojo, desgaste emocional, irritación y agresión hacia los pacientes, de manera implícita o inconsciente. En estas circunstancias, se presenta una confrontación de dos conciencias frente a bienes de interés para ambos: la vida y los valores (Lee *et al.*, 2006). En estos casos, la posible solución sería que el especialista, al elegir una postura beneficiante, recurriera a su derecho a la objeción de conciencia.

43 Recomendación

EVITAR LA MALA PRÁCTICA CLÍNICA

El profesional de la salud no debe obrar sin pericia, diligencia o sin el cuidado que exige la naturaleza de la obligación debido a que estaría incurriendo en una *mala praxis*.

Comentario

Por “mala práctica” se entiende la negligencia, la impericia o el dolo en la atención; el daño físico, patrimonial o moral, y la relación de causa y efecto en la patología o tratamiento.

Sobre la responsabilidad civil por daño moral, el Código Civil Federal señala lo siguiente:

Artículo 1916.- Por daño moral se entiende la afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspectos físicos, o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás. Se presumirá que hubo daño moral cuando se vulnere o menoscabe ilegítimamente la libertad o la integridad física o psíquica de las personas.

Cuando un hecho u omisión ilícitos produzcan un daño moral, el responsable del mismo tendrá la obligación de repararlo mediante una indemnización monetaria, con independencia de que se haya causado daño material, tanto en responsabilidad contractual como extracontractual.

PRINCIPIO DE DIGNIDAD

El principio de dignidad se refiere al trato que merece la persona. Este trato debe basarse en las intenciones, manifestaciones y deseos de las personas, tomando en cuenta sus valores, opiniones y creencias. En sí, la importancia de este principio radica en la voluntad de la persona y no en el derecho humano que se le otorgue. Es decir, los objetos de derecho son protegibles, siempre y cuando el titular de ese derecho lo entienda así, con base en su moral autorreferente.

44 Recomendación

RESPECTO POR LA DIGNIDAD DEL PACIENTE

En todo momento, el profesional de la salud deberá tratar a un paciente que ha intentado suicidarse con la solicitud, el respeto y la dignidad propios de su condición de persona, de acuerdo con lo señalado por los ordenamientos en la materia, nacional e internacional, suscritos por nuestro país.

Comentario

La Norma Oficial Mexicana (NOM-025-SSA2-1994) para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica plantea los derechos humanos y de respeto a la dignidad de los usuarios; en este caso, los de los pacientes con intento de suicidio. Los siguientes son algunos de los derechos a que tiene derecho el usuario dentro de cada unidad de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica:

8.1. Recibir un trato digno y humano por parte del personal de salud mental, independientemente de su diagnóstico, situación económica, sexo, raza, ideología o religión.

8.2. No ser sujeto de discriminación por su condición de enfermo mental, ni ser objeto de diagnósticos o tratamientos en esa condición por razones políticas, sociales, raciales, religiosas u otros motivos distintos o ajenos al estado de su salud mental.

8.8. Recibir información veraz, concreta, respetuosa y en lenguaje comprensible para él y para su representante legal, con relación al diagnóstico médico, así como respecto de sus derechos y del tratamiento que se pretenda aplicar.

8.12. Que la información, tanto la proporcionada por los propios enfermos o por sus familiares como la contenida en sus expedientes clínicos, sea manejada bajo las normas del secreto profesional y de la confidencialidad.

En tanto, la Norma Técnica 144 reconoce que las personas que sufren alguna enfermedad o discapacidad mental deben ser tratadas de acuerdo con su intrínseca dignidad como personas. De ahí que, además de considerar los cambios orgánicos, el psiquiatra deba contemplar también otro tipo de malestares quizá mucho más profundos, como la angustia, la soledad, la inseguridad y la desesperanza. Estas consideraciones deben ser aún más humanitarias para tratar a la enfermedad como un fenómeno humano individual (Saldaña, 2001). Dicha norma considera que, tanto personal médico como administrativo, deben ser personas que reconozcan que el enfermo mental es un individuo igual a ellos, con la salvedad de que padece una enfermedad, lo que no demerita su categoría de persona.

DERECHOS HUMANOS Y SALUD MENTAL

Los derechos humanos deben formar parte de la convicción de los servidores públicos encargados de hacerlos cumplir. Por ello, el respeto a los derechos humanos debe ser también materia de supervisión en los hospitales psiquiátricos por parte de las autoridades sanitarias. En dicha supervisión, se deben incluir, invariablemente, los principios de la supremacía de la autonomía de la voluntad del paciente, el consentimiento informado, la opción menos restrictiva, el interés superior de la salud del paciente y el derecho al mejor tratamiento posible (Comisión Nacional de Derechos Humanos, Lineamientos para la preservación de los derechos humanos en los hospitales psiquiátricos) (Saldaña, 2001).

45 Recomendación

RESPECTO POR LOS DERECHOS HUMANOS DEL PACIENTE

El profesional de la salud mental debe respetar los derechos humanos de los pacientes con intento de suicidio, que suelen reconocerse como los de los pacientes enfermos mentales.

Comentario

En la *Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental* (ONU, 1948), en el tema de los Derechos Humanos, se expresa ya:

Considerando que el diagnóstico de enfermedad mental establecido por un experto en salud mental será conforme a criterios médicos, psicológicos, científicos y éticos reconocidos y que la dificultad para adaptarse a valores morales, sociales políticos u otros no será considerada en sí misma como una enfermedad mental; considerando igualmente que, a pesar de todo aún hoy, algunos individuos son designados y

diagnosticados en ocasiones como enfermos mentales o tratados y encerrados como tales.

No obstante, en esta regulación en materia de derecho para la salud mental, la práctica del personal de salud y los derechos de los pacientes, en la institución psiquiátrica, se establecen diversos problemas como la falta de participación del paciente enfermo mental en la toma de decisiones sobre su tratamiento. Muchas veces, esta transgresión a la autonomía o libertad de los pacientes es para protegerlos de ellos mismo o de otros, como la familia (Rueda y Sotomayor, 2003), con el argumento de una prevención de riesgo. Más allá de cuestionarnos sobre este último punto, vale la pena recurrir a una reflexión bioética que salvaguarde la dignidad y los valores de los pacientes que han intentado suicidarse.

REFERENCIAS

Aguilera, RM., Mondragón, L. & Medina-Mora, ME. (2008). Consideraciones éticas en intervenciones comunitarias: la pertinencia del consentimiento informado. *Salud Mental*, 31(2), 129-138.

Álvarez, I. (2002). *La eutanasia voluntaria: autónoma*. Madrid: Editorial Madrid.

Álvarez, J., Lolas, F. & Outomuro, D. (2006). Introducción. En F. Lolas, A. Quezada & E. Rodríguez (Eds.). *Investigación en Salud. Dimensión Ética* (pp. 15-23). Santiago de Chile: Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile.

American Psychiatric Association (2009). *The Principles of Medical Ethics. With annotations Especially Applicable to Psychiatry*. American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2004). *APA Practice Guideline. Provides Recommendations for Assessing and Treating Patients with Suicidal Behaviors*. American Psychiatric Association.

Beauchamp, T. & Childress, J. [1979](1983). *Principles of biomedical ethics*. England: Oxford University Press.

Beauchamp, T. & Childress, J. (2002) *Principios de ética biomédica*. Barcelona: MASSON, p.263

Beauchamp, T. & McCullough, L. (1983). *Ética Médica. Las responsabilidades morales de los médicos*. Barcelona: Editorial Labor, S.A.

Borges, G. & Mondragón, L. (2003). Epidemiología de la conducta suicida en la Ciudad de México. *A pie Crónicas de la Ciudad de México*, 1(3), 19-24.

Borges, G., Wilcox, H., Medina-Mora, ME., Zambrano, J., Blanco, J. & Walters, E. (2005). Suicidal behaviour in the Mexican national comorbidity survey (M-NCS): lifetime and 12-month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental*, 28(2), 40-46.

Casas, J.A. (2000). Los retos de la Bioética en América Latina: equidad, salud y derechos humanos. En Lolás F (ed.). *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos*. Chile: Programa Regional de Bioética, OPS/OMS.

Chauchard, P. (1967). *Moral y medicamentos*. Madrid: Ediciones Morata.

Cohen, D. (2006). *Inteligencia ética para una vida cotidiana*. Buenos Aires: Editorial Latinoamericana.

Cohen, D. (2007). *Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) (2008). *Elementos esenciales. Régimen jurídico del acto médico*. CONAMED, 2008. Recuperado el 19 de junio de 2008, de <http://www.conamed.gob.mx/index.php>

Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS)(2003). *Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos* (ed. rev. 2002). Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS.

Curlin, F., Lawrence, R., Chin, M. & Lantos, J. (2007). Religion, conscience, and controversial clinical practices. *The New England Journal of Medicine*, 356(6), 593-600.

Durkheim, E. ([1897] 1974). El suicidio. México, Universidad Nacional Autónoma de México. De la versión original: Durkheim, E. Le Suicide. Étude de sociologie. XII-462, París, Alcan.

Garzón, M. (1999). La ética. México: Tercer Milenio, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.

Gil, V. (2004). Éthos médico. Las significaciones imaginarias de la profesión médica en México. México: Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco.

González, J. (1996). El ethos, destino del hombre. México: Fondo de Cultura Económica, FFyL, UNAM.

González, J. (2000). El poder de eros. Fundamentos y valores de ética y bioética. México: Paidós, UNAM.

Gracia, D., & Júdez, J. (2004). Ética en la práctica clínica. Madrid: Ed. Tricastela, p. 349.

Kentsmith, D., Salladay, S. & Miya, P. (1986). Ethics in mental health practice. United Kingdom: Grune and Stratton, Inc.

Kottow, M. (2000). Enseñando las paradojas de la autonomía. Revista Brasileira de Educação Médica, 24(3), 40-45.

Kottow, M. (2005). Bioética y Biopolítica. Revista Brasileira de Bioética, 1(2), 110-121.

Kraus, A. & Álvarez, A. (1998). La eutanasia. México: Tercer Milenio, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.

Ladrière, J. (2000). Del sentido de la bioética. Acta Bioética, 6(2), 199-218.

Lee, G., Sotelo, G. & Casa, O. (2006). La objeción de conciencia en la práctica del médico. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 49(3), 121-125.

Lester, D. & Leenaars, A. (1996). The ethics of suicide and suicide prevention. *Death Studies*, 20, 163-184.

Lolas, F. (2002). Bioethics and psychiatry: a challenging future. *World Psychiatry*, 1(2), 123-124.

Lolas, F. (2002a). *Bioética y medicina. Aspectos de una relación*. Santiago de Chile: Biblioteca Americana.

Lolas, F. (2003). *El diálogo moral de las ciencias de la vida* (2ª ed.). Santiago, Buenos Aires, Montevideo: Mediterráneo.

Maris, R.W. (2002). Suicide. *Lancet*, 360, 319-326.

Martínez, V. (2008). Bioética, derecho y derechos humanos. En J. González (coord.). *Perspectivas de bioética* (pp. 123-149). México: Fondo de Cultura Económica, UNAM, FFyL, Comisión Nacional de Derechos Humanos.

Mondragón, L., Borges, G. & Gutiérrez, R. (2002). La medición de la conducta suicida en México: estimaciones y procedimientos. *Salud Mental*, 25(6), 4-15.

Mondragón, L. (2005). *La multiplicidad de voces de la otredad en los intentos suicidas*. Tesis de maestría no publicada, UAM-Xochimilco, México.

Mondragón, L., Rodríguez, E. & Valdebenito, C. (2006). Ética de la investigación en Ciencias Sociales. En Lolas F, Quezada A, Rodríguez E (eds) Investigación en Salud. Dimensión Ética. Santiago de Chile: CIEB, Universidad de Chile.

Mondragón, L. (2007). Ética de la investigación psicosocial. *Salud Mental*, 30(6), 25-31.

Mondragón, L. (2008). Bioética y salud mental: disyuntivas en las concepciones bioéticas que afectan la terapéutica del intento suicida. Proyecto (4601). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Mondragón, L. (2009). Consentimiento informado: una *praxis* dialógica para la investigación. *Revista de Investigación Clínica*, 61(1), 73-82.

National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1978). Informe Belmont: Principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos de investigación. USA.

National Research Council (2002). Guía para el cuidado y uso de los animales de laboratorio. Institute of Laboratory Animal Resources Commission on Life Sciences. National Research Council, Academia Nacional de Medicina. México.

Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria medico-psiquiátrica. Recuperada el 22 de junio de 2008, de <http://www.conamed.gob.mx/index.php>

Norma Técnica 144, Para la Prestación de Servicios de Atención Médica en Hospitales Psiquiátricos, Diario Oficial de la Federación, México, 6 de julio de 1987. Recuperada el 22 de junio de 2008, de <http://www.conamed.gob.mx/index.php>

Organización de las Naciones Unidas (1948). Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental. Ginebra: Naciones Unidas. Recuperado el 22 de junio de 2008, de http://www.encontra.com/documento.php?f_doc=4607&f_tipo_doc=9

Organización Panamericana de la Salud (2005). La violencia autoinfligida. *Revista Futuros-OPS*, 3(9), 201-231.

Platts, M. (1999). Sobre usos y abusos de la moral. Ética, sida, sociedad. México: Paidós, Instituto de Investigaciones Filosóficas, UNAM.

Pridmore, S. & Turnier, I. (2004). Medication options in the treatment of treatment-resistant depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 219-225

Reglamento de la Ley General de Salud. (1984). Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984. Última reforma publicada DOF 19-06-2007. Recuperada el 21 de mayo de 2008, de <http://www.cofepris.gob.mx/bv/ley>

Reich, W.T. (ed.). (1995). *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Simon & Schuster Mac Millan.

Rodríguez, J. & García, J. (1996). Psicología social de la salud. En J.L. Álvaro, A. Garrido & A. Torregrosa (Comp.). *Psicología Social Aplicada* (pp. 65-70). Madrid: McGraw Hill.

Rueda, L. & Sotomayor, M.A. (2003). Bioética y discapacidad psiquiátrica. Aspectos clínicos y jurídicos. *Acta Bioethica*, 9(2), 239-249.

Saldaña, J. (2001). *Derechos del Enfermo mental*. México: Cámara de Diputados. LVIII Legislatura, UNAM.

Secretaría de Salud (2007). *Plan Nacional de Salud 2007-2012*. México, Secretaria de Salud.

Siurana, J. (2006). Ética de las decisiones clínicas ante pacientes incapaces. *Veritas*, 1(15), 223-244.

Szasz, T. (2002). *Libertad fatal. Ética y política del suicidio*. España: Paidós.

Tauber, A. (2005). *Patient autonomy and the ethics of responsibility*. Massachusetts: MIT Press.

United Nations (1996). *Prevention of Suicide. Guidelines for the formulation and implementation of national strategies*. Department for Policy Coordination and Sustainable Development. United Nations. New York.

Yousaf, F., Hawthorne, M. & Sedgwick P. (2002). Impact of patient suicide on psychiatric trainees. *Psychiatr. Bull*, 26, 53-55.