



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO
EN PSICOLOGÍA**

PSICOLOGÍA SOCIAL Y AMBIENTAL

**EL SUICIDIO ¿EL DERECHO A MORIR?
UNA APROXIMACIÓN BIOÉTICA AL ESTUDIO DEL
INTENTO DE SUICIDIO DIÁDICO**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

LILIANA MONDRAGÓN BARRIOS

TUTORA PRINCIPAL: DRA. ZURAYA MONROY NASR

**COMITÉ TUTORAL: DRA. EMILY ITO SUGIYAMA
DRA. MA. ELENA MEDINA-MORA ICAZA
DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO
DRA. DIANA COHEN AGREST**

MÉXICO, D. F.

NOVIEMBRE DE 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A mis padres,
por las múltiples formas en las que me han apoyado, comprendido y querido.*

*A mis hermanas
por estar siempre a mi lado apoyándome.*

AGRADECIMIENTOS

A mi directora de tesis, la Dra. Zuraya Monroy Nasr, porque con su dirección, gran apoyo, paciencia, interés y constante motivación, facilitó la realización de este trabajo. Mi más profunda gratitud por ayudarme y acompañarme siempre con mucho cariño durante toda mi formación académica.

A la Dra. Emily Ito Sugiyama, por su enorme apoyo, paciencia y confianza, porque sus exigencias, cuestionamientos y enseñanzas dejan huella en mí, por estar a mi lado como una gran persona y excelente guía profesional.

A la Dra. Ma. Elena Medina-Mora Icaza, por su confianza y total apoyo, porque con sus acertados comentarios me mostró la humildad del conocimiento y por aceptar caminar conmigo este recorrido académico.

A la Dra. Diana Cohen Agrest, porque sus saberes, comentarios y críticas, enriquecieron el trabajo y mi formación académica, porque fue más grande su disponibilidad y compromiso que la distancia.

A la Dra. Emilia Lucio, Dra. Luz de Lourdes Eguiluz y a la Dra. Dafna Feinholz, por su valiosa participación como tutoras, por su tiempo y apoyo.

Al Dr. Fernando Lolas Stepke, Dr. Eduardo Rodríguez Yunta y a la Mag. Carolina Valdebenito, por darme la oportunidad de conocer el campo de la bioética y formarme entre sus filas, en el bello Santiago de Chile.

Al Dr. Guilherme Borges y a la Dra. Martha Romero, por su infinito apoyo y motivación, por su sincera amistad.

A Oscar Pimentel, por compartir conmigo esta etapa tan significativa llena de angustias y alegrías, por las interminables pláticas y risas, por escucharme y hacerme reflexionar.

Quiero agradecer a todas las personas que de alguna u otra manera me motivaron a seguir adelante, me apoyaron, me escucharon y estuvieron a mi lado en todo momento, especialmente a mis amigos y amigas.

A las seis personas que participaron en esta investigación, gracias por compartir sus experiencias y dejarme interpretarlas, sin su colaboración no hubiera sido posible este estudio.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por mi formación doctoral. A las autoridades de las dos instituciones psiquiátricas, por las facilidades otorgadas para la realización de esta tesis.

A la Universidad de Chile, a la Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud y al Fogarty International Center por brindarme la oportunidad de cursar el Programa Internacional de Formación en Ética de la Investigación Biomédica y Psicosocial, abril de 2005-marzo de 2006, en Santiago de Chile, gracias al Proyecto NIH-Fogarty International Center, Grant N° D43TW06056;

Este trabajo también fue posible gracias al apoyo económico del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y del Proyecto de Investigación: Epistemología, psicología y enseñanza de la ciencia, DGAPA/PAPIIT IN401006 de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Esta tesis es producto del proyecto “Bioética y Salud mental: disyuntivas en las concepciones bioéticas que afectan la terapéutica de un intento suicida” (4601) del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

ÍNDICE

	5
RESUMEN	
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO I. EL INTENTO DE SUICIDIO, LA ÉTICA Y LA BIOÉTICA: CONCEPTUACIÓN	14
1.1 El intento de suicidio diádico	14
1.2 La ética	21
1.2.1 Moralidad vs. Eticidad	24
1.3 La bioética	25
CAPITULO II. EL INTENTO DE SUICIDIO DIÁDICO COMO DILEMA BIOÉTICO	28
2.1 Eticidad o de la moralidad en el suicidio	28
2.2 Enfermo mental o del loco olvidado...	35
2.2.1 Psiquiatría e intento de suicidio	35
2.2.2 Bioética e intento de suicidio diádico	38
CAPITULO III. FUNDAMENTOS BIOÉTICOS DEL INTENTO SUICIDA DIÁDICO	41
3.1 Paternalismo médico	43
3.1.1 Paternalismo hipocrático	45
3.2 Beneficencia o de virtudes y deberes	49
3.2.1 Relación médico-paciente	52
3.3 Autonomía o de respeto por las personas	59
CAPITULO IV. BIO-PODER O BIOÉTICA EN EL INTENTO DE SUICIDIO	66
4.1 Bio-poder o bioética	66
4.2 Derecho y bioética	72
4.2.1 Derecho a la salud y bioética en México	74
4.3 Derecho, bioética y enfermos mentales	81
4.3.1 Derecho a la vida y derecho a morir	91
CAPITULO V. MÉTODO	94
5.1 Planteamiento del problema	95
5.2 Objetivos	96
5.2.1 Objetivo general	96
5.2.2 Objetivos específicos	96

5.3	Supuestos	97
5.3.1	Autonomía	97
5.3.2	Beneficencia	97
5.4	Participantes	98
5.4.1	Sujetos con intento de suicidio diádico	98
5.4.2	Equipo de salud tratante	99
5.5	Escenario	99
5.6	Instrumentos	100
5.6.1	Guía temática para entrevista a sujetos con intento de suicidio diádico	100
5.6.2	Guía temática para entrevista a miembros del equipo de salud	102
5.7	Procedimiento	103
5.7.1	Recolección: formas de registro y organización del material	104
5.7.2	Análisis: lectura del material y líneas de interpretación	104
5.8	Consideraciones éticas	105
	<i>CAPITULO VI. RESULTADOS</i>	106
6.1	Material de campo	106
6.2	Características de los participantes	109
6.3	Análisis de la información	110
6.3.1	Análisis del discurso argumentado de los sujetos con intento suicida diádico	120
6.3.1.1	Diadicidad del intento de suicidio	138
6.3.1.2	Principio de beneficencia	139
6.3.1.3	Principio de autonomía	143
6.3.2	Análisis del discurso argumentado del equipo de salud	147
6.3.2.1	Consideraciones sobre el intento de suicidio	188
6.3.2.2	Principio de beneficencia	189
6.3.2.3	Principio de autonomía	195
6.3.3	Elementos disyuntivos y concordantes en los principios bioéticos en el discurso argumentado de los sujetos con intento suicida y del equipo de salud (psiquiatras)	199
6.4	Implicación de la investigadora	205
	<i>CAPITULO VII. DISCUSIÓN</i>	208
7.1	Principio de beneficencia	215
7.2	Principio de justicia	233
7.3	Principio de autonomía	235
7.4	Principio de beneficencia y principio de autonomía	246

<i>CAPITULO VIII. CONCLUSIONES</i>	258
8.1 Significados de los principios bioéticos	259
8.2 Elementos paradójicos de los principios bioéticos	263
8.3 Limitaciones y alcances	267
8.4 Propuestas	269
8.4.1 El aporte de la bioética en el estudio del intento de suicidio diádico	269
8.4.2 El aporte de la psicología a la bioética en el estudio del intento suicida diádico	274
8.5 Epílogo	277
<i>REFERENCIAS</i>	280
<i>GLOSARIO</i>	289
<i>APÉNDICES</i>	291
A. Carta de Consentimiento Informado para sujetos que intentaron suicidarse	291
B. Carta de Consentimiento Informado para el equipo de salud tratante	293

RESUMEN

Es oportuno investigar el intento suicida considerando los aspectos bioéticos que nos permitan explorar el problema desde una dimensión poco conocida y que puedan arrojar resultados benéficos para su aplicación en la clínica. El objetivo es conocer las disyuntivas entre los principios de beneficencia y autonomía, que se presentan en la relación médico-paciente, durante la terapéutica del intento de suicidio.

La investigación se realizó en dos hospitales psiquiátricos de la Ciudad de México. La muestra incluyó a tres sujetos con intento de suicidio, mayores de 18 años, que eran atendidos en consulta externa a causa de una lesión autoinfligida en el último año, y a tres psiquiatras que trataban a éstos pacientes. La información se obtuvo previo consentimiento informado en entrevistas individuales. Se llevó a cabo un análisis de discurso argumentado, para encontrar los significados que los participantes otorgaron a los principios bioéticos y las posibles disyuntivas entre éstos.

Las discordancias entre la beneficencia y la autonomía estuvieron relacionadas con el beneficio del tratamiento, las virtudes atribuidas a los médicos, el respeto por los valores y las creencias de los pacientes, entre otros. Este trabajo tiene repercusiones éticas relevantes en el escenario clínico, al ofrecer al psiquiatra un análisis bioético que le permita actuar de acuerdo a la beneficencia frente a casos de intento de suicidio y, de esta forma procurar una mejor atención a estos pacientes.

ABSTRACT

It is important to investigate the suicidal act taking into account the bioethical aspects that can be yielded when exploring the problem from a scarcely known dimension which could give positive results for its use in the clinical setting. The purpose is to get to know the disjunctions between the beneficence and autonomy principles that are present in the doctor-patient relationship in the therapeutic of suicidal attempt.

The research was held at the outpatient units of two psychiatric hospitals in Mexico City. The sample included three patients that had attempted to suicide, over 18 years old, that were assisted at the outpatient unit because they had self-inflicted injuries during the last year, and three psychiatrists that assisted patients in that unit. A discourse analysis was held to find the significance that the participants gave to the bioethical principles and the possible disjunctions between them.

The discordances between the beneficence and the autonomy were related to the benefit of the treatment, the virtues attributed to the doctors, the respect towards certain values and the beliefs of the patients, among others. This work has ethical repercussions potentially relevant in the clinical setting. It offers to psychiatry a bioethical analysis that would permit to act in agreement to beneficence in cases of suicide attempt and this way provide a better attention for these patients.

INTRODUCCIÓN

*No lo entiendo tal vez el
estar muriendo sea un rumor
que puede no oírse,
pero el morir es un silencio
que tiene que ser escuchado
Vincens*

Existen pocos estudios desde la bioética que traten el tema del suicidio. El suicidio es una muerte voluntaria, referida a una acción (u omisión) que produce una persona de manera voluntaria con propósito de causarse la muerte. Cabe recordar que el suicidio no es la única conducta que forma parte de la denominada muerte voluntaria; en ella se incluye la clasificación sociológica durkheimiana de suicidios: egoísta, altruista (como los kamikazes, hombres bomba del Hezbollah) y el anómico; así como la clasificación bioética de suicidio asistido y eutanasia (activa y pasiva).¹

Tanto el suicidio asistido como la eutanasia voluntaria (activa y pasiva) han sido generalmente los que en investigaciones bioéticas se han abordado como muertes voluntarias (Álvarez, 2002). De esta forma, los estudios de la bioética han priorizado la muerte voluntaria que tiene como características el sufrimiento físico o una enfermedad terminal, situaciones en donde el paciente presenta poca calidad de vida. Lo cual ha llevado a debatir las decisiones éticas basadas en la autonomía del paciente.

Sin embargo, la bioética ha dejado de lado otras manifestaciones de la muerte voluntaria como el suicidio diádico, entendido como aquél cuya autoagresión va dirigida inconscientemente o no, a otro con el objetivo de “vivenciar a priori” las secuelas negativas a quien se “dedica” el acto autoinfligido. Así esta conducta fatal está, en ocasiones, más caracterizada por un dolor psicológico, dado que los motivos y propósitos de quitarse la vida están más relacionados con eventos o sucesos de vida como: decepción amorosa, problemas familiares, económicos o laborales. En este sentido, existe una diferencia con las demás muertes voluntarias, específicamente con el suicidio asistido y la eutanasia, al caracterizarse en estas últimas un dolor físico provocado por una condición médica y cuya solicitud de muerte se plantea al equipo de salud.

¹ Eutanasia activa: la finalización deliberada de la vida es resultado de una acción encaminada a procurar la muerte, como es la administración de una droga. Eutanasia pasiva: la muerte se produce como efecto de la omisión o suspensión de acciones médicas que permitirían preservar la vida.

Puede afirmarse, entonces, que la problemática del intento de suicidio diádico, no ha sido abordada hasta ahora de manera práctica desde la bioética, ni en coyuntura con otras disciplinas, como la psicología. ¿Acaso este tipo de muerte o acto suicida está libre de dilemas² éticos? Tampoco hay que olvidar las cuestiones psicológicas, sociales y políticas que también son parte de una muerte voluntaria. Aunque estos suicidios no hayan sido objeto de estudio de la bioética, sí lo son de otras: la ideación, el intento de suicidio y el suicidio consumado, han sido más estudiados por la psicología, la epidemiología, la psiquiatría, la medicina, la sociología, incluso por la filosofía. La pregunta que surge es ¿por qué si existen importantes dilemas éticos en la práctica clínica de estas disciplinas, no hacer una reflexión y examen crítico desde la ética?

Dentro del escenario clínico, la conducta suicida generalmente ha sido tratada con un modelo paternalista, en donde el médico determina el tratamiento físico del sujeto suicida, considerado sin autonomía y con incapacidad moral, y muchas veces tratado con cierto estigma. Así, la persona suicida queda a expensas de la toma de decisiones de su médico, quien justifica estas acciones en un paternalismo que arrebató la autonomía y, en casos más graves, hasta los derechos o la dignidad humana del paciente. Lo inmediato en la terapéutica en estos sujetos es salvarle la vida, pero lo más importante es prevenir y evitar un nuevo intento o el suicidio consumado.

Por lo antes mencionado, es importante abordar el estudio del intento de suicidio diádico desde la bioética en conjunción con la psicología,³ particularmente la psicología social⁴, que tiene amplio conocimiento en el tema; en este sentido, no se trata de reducir el terreno complejo de las acciones morales a una visión psicológica, sino de incluir una disertación en torno a la contingencia de la condición y no circunscribirla a situaciones ideales de comportamiento.

El presente trabajo de investigación se titula: “El suicidio ¿el derecho a morir? Una aproximación bioética al estudio del intento de suicidio diádico” y tiene como propósito responder, desde la perspectiva de la atención del intento de suicidio diádico, a los cuestionamientos éticos sobre la beneficencia (virtudes y deberes de los médicos) y autonomía o respeto por las personas (consideración de los valores y creencias⁵ de los pacientes) en la toma de decisiones y acciones en la terapéutica, tanto en pacientes que intentaron suicidarse como en un equipo de salud tratante,

² Véase el Glosario.

³ No existe “una” psicología, existen muchas psicologías cuyas brechas son epistemológicas.

⁴ Una aproximación de la psicología social que estudia los procesos de la subjetividad que se articulan en determinadas condiciones sociales e históricas (Fernández y Pimentel, 1994).

⁵ Véase el Glosario.

integrado por médicos psiquiatras. Además, se incluye en dicho objetivo la aportación de la psicología a la bioética en el estudio del intento de suicidio.

Lo anterior permitirá aproximarnos primeramente a la comprensión de las concepciones fundadas en los principios de la bioética (autonomía y beneficencia), para posteriormente interpretar los elementos, ya sean disyuntivos o concordantes, en estos discursos, con el fin de hacer propuestas para mejorar la terapéutica del intento suicida. Este posicionamiento, bajo la mirada de la bioética articulada a la psicología social, nos permite minimizar maniqueísmos y reduccionismos en la atención a las personas suicidas. Además, la implicación ética involucra una relación intersubjetiva con el otro, donde el diálogo es necesario, y a su vez favorece una escucha psicológica, cuya atención esté dirigida a entender lo que se dice y se responde. En este sentido, la relación médico-paciente debería de fundamentarse tanto en la beneficencia como en el respeto por las personas, fundamento moral de la autonomía, en conjunción y no contraposición.

La intención de este trabajo no es proponer el derecho de muerte, como podría erróneamente interpretarse por el título del trabajo, sino discutir sobre el derecho⁶ del paciente a ser escuchado y tratado como cualquier otro. En este estudio no abrimos la discusión sobre si el sujeto suicida tiene o no autonomía para realizar un acto suicida sino que, como agente moral, puede considerarse o no ser autónomo, pero de ninguna manera debe dejar de ser respetada su dignidad (Platts, 1999); aún más, aunque se le conciba como una persona con autonomía reducida tiene derecho a la protección, en este caso, de proteger la vida contra un nuevo intento suicida.

Por otro lado, el planteamiento del principio de autonomía en el intento de suicidio en ocasiones suele mal interpretarse, como el derecho a disponer de la propia vida, y ser objeto de debate aún cuando se maneje desde el marco de la bioética. Por ello, resulta imprescindible explicitar y detallar el principio de autonomía, con el fin de delimitar su empleo en esta investigación.

El término “principio” plantea un patrón complejo que indica la ordenación de sus partes, sin que necesariamente se haga referencia a todas ellas. En este sentido, Beauchamp y McCullough (1983) sustentan el fundamento del principio de autonomía en la responsabilidad moral. Aun cuando estos autores manejan el término “modelo” y no el de “principio” (dado que su intención es dar forma a lo que se encuentra en el ámbito médico, como herramienta útil para dicha práctica), los fundamentos históricos y filosóficos no difieren.

⁶ Véase el Glosario.

La responsabilidad moral en el ámbito médico está sustentada en los principios morales *prima facie*,⁷ en las virtudes y en sus deberes. Estos fundamentos dan origen a los principios de responsabilidad moral en medicina: la beneficencia y la autonomía. En este sentido, ambos tienen la finalidad moral de atender los intereses del paciente. No obstante, estos dos principios pueden interpretarse de manera diferente estos intereses.

El principio de autonomía, también llamado respeto por las decisiones de las personas, se centra en que los mejores intereses del paciente son los que él interprete, aunque estos difieran de los objetivos médicos. En general, dicho principio se sustenta moralmente en el respeto por los valores y creencias de los otros, es decir, el respeto de los médicos hacia los valores y creencias de los pacientes (Beauchamp y McCullough, 1983).

Asimismo, se entiende que una decisión autónoma del paciente es la que involucra la identificación de bienes y males, y la elección o toma de decisión de alguno de éstos, con base en juicios racionales, valores, creencias, prevención de riesgos y beneficios de las consecuencias, sustentadas en una amplia información y comprensión adecuada al respecto, libre de coacciones internas o externas (Beauchamp y McCullough, 1983).

Por su parte, el principio de beneficencia procurará que los intereses del paciente sean los que se establecen desde el punto de vista médico. Es decir, se busca el mayor beneficio evitando los males. De esta forma, las virtudes y deberes de los médicos, así como el objetivo de la medicina, se convierten en bienes, en beneficios para los pacientes.

A pesar de que los intereses de la autonomía y los de la beneficencia pueden resultar en una contraposición irresoluble de los principios, esto no necesariamente es así. Cada uno refiere a una parte de las responsabilidades médicas, que en ocasiones entran en conflicto y presentan disyuntivas que afectan cualquier atención médica. Por ello, es de suma importancia identificar e intentar atenuar dichos dilemas.

Esta investigación se ha fundamentado teóricamente en la filosofía, la bioética y principalmente, en la psicología social. La filosofía, me ha permitido conocer y analizar los argumentos y las bases éticas del comportamiento. El campo de acción de la bioética, me ha llevado a reconocer dilemas éticos relacionados con el intento de suicidio, así como las concepciones y principios bioéticos implicados en el tema. Esto, ya que la bioética se basa en los

⁷ Significa que los principios se vinculan siempre que no colisionen entre ellos, en cuyo caso habrá que dar prioridad a uno u otro dependiendo del caso.

límites entre el respeto al valor de la libertad e integridad de los sujetos y las exigencias de la ciencia (Garzón, 1999); es decir, la bioética es un empleo de conocimientos ante el actuar frente a la vida (Lolas, 2003). El enfoque bioético de la investigación se fundamenta en el principialismo,⁸ cuyo contenido conceptual mantiene la solvencia moral de los profesionales de salud y ofrece uniformar las bases para llevar a cabo un análisis de casos concretos. Es decir, nos conduce de la discusión filosófica a las situaciones concretas. Finalmente, desde el campo específicamente de la psicología social, he procurado comprender los significados subjetivos de dichos dilemas y los principios bioéticos que han expresado los sujetos que intentaron quitarse la vida y el equipo de salud tratante, así como desde esta área se plantea los aspectos teórico- metodológicos. En general, la relación entre la psicología social y la bioética, nos permite comprender que los sujetos suicidas están insertados dentro del orden social, toman decisiones permeadas por las creencias y valores de su sociedad.

El método expone, en congruencia con lo anterior, la estrategia que se ha seguido para llegar a responder los cuestionamientos de investigación, así como los objetivos planeados. El problema se abordó desde la psicología social con base en elementos de la investigación comprensiva e interpretativa, además se especifican las consideraciones éticas de acuerdo con el compromiso y responsabilidad moral y ética que demanda la investigación.

Tomando en cuenta lo anterior, en las siguientes páginas se exponen en orden secuencial los capítulos de la tesis como trabajo de investigación, los cuales consideran los elementos vectores de los propósitos del trabajo, planteados desde la perspectiva crítica y reflexiva que demanda la ética misma.

En el Capítulo I. El intento de suicidio diádico, la ética y la bioética: conceptualización, se definen tres de los conceptos más importantes de la investigación a fin de comprender la postura y visión que se plantea en este trabajo. En el intento suicida se exaltan algunas de las particularidades de la conducta suicida y se especifica el intento de suicidio de tipo diádico. Con el concepto de la ética, se hace una exploración por sus paradigmas, se hace una distinción entre moralidad y eticidad, es decir, entre moral y ética, para finalmente definir esta última. Asimismo, se define “bioética”.

⁸ Principialismo o principismo es como ha sido identificada a una parte de la bioética estadounidense, gracias al Informe Belmont (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1978) que postula la protección de los sujetos humanos en la investigación biomédica, en donde además se distinguen tres principios. En tanto que el libro de Beauchamp y Childress cita cuatro principios, no sólo para la investigación sino también para la clínica, considerando que los principios o reglas tienen el mismo rango y se priorizan sólo en situaciones concretas de conflicto. Los cuatro principios: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia también son conocidos como el “mantra de Georgetown” (Lolas, 2003).

El Capítulo II. El intento de suicidio como dilema bioético presenta, primeramente, una reflexión sobre las cuestiones éticas y morales involucradas en cada momento histórico, filosófico, cultural y social, cómo culturalmente ha tenido diferentes significados que a lo largo de la historia se han conformado por ritos, guerras, religiones, etc. A fin de comprender el momento actual del suicidio, en un segundo momento, se sustenta que ha existido una transformación moral ante el suicidio, lo que antes era un pecado, pasó a ser considerado un crimen, más tarde se convirtió en una enfermedad mental. Finalmente, se plantea el estudio del intento de suicidio diádico como dilema bioético.

En el Capítulo III. Fundamentos bioéticos del intento suicida diádico, se expone el modelo paternalista en donde se discute el grado de interferencia sobre la libertad de un individuo que intentó suicidarse. Además, se plantean los principios bioéticos con los que se trabajó, beneficencia y autonomía, anteriormente descritos.

El Capítulo IV. Bio-poder o Bioética en el intento de suicidio, intenta problematizar y reflexionar de manera más general a través de la psicología social, por un lado, sobre el discurso bioético, su relación con el derecho y la medicina (psiquiatría), por otro lado, acerca del fenómeno suicida, su control y vigilancia social. Me interesa examinar si la autonomía de las personas o el bien para el otro (beneficencia) guarda relación con un dispositivo de poder, en donde el discurso del derecho y el discurso médico tienen que ver con el nacimiento de otro discurso: el bioético como un nuevo bio-poder, que en este caso analizaremos bajo el intento de suicidio.

En el Capítulo V. Método, se abordaron los procedimientos y estrategias como parte del método del estudio. La investigación de tipo comprensivo-interpretativo, se realizó en dos hospitales psiquiátricos. La muestra incluyó a tres sujetos mayores de 18 años, que eran atendidos en consulta externa a causa de una lesión autoinfligida en el último año; y a tres psiquiatras. La información se obtuvo previo consentimiento informado en entrevistas individuales. Se llevó a cabo un análisis de discurso argumentado, para encontrar los significados que los participantes otorgaron a los principios bioéticos y las posibles disyuntivas entre éstos.

El Capítulo VI. Resultados, presenta una descripción y análisis del material de campo y de la información; así, se muestran los principales argumentos de los participantes, en referencia a los principios bioéticos. Se expone la interpretación, desde el discurso bioético y la psicología social, de los hallazgos. Además, se incluye un apartado sobre la implicación de mi parte como investigadora.

En el Capítulo VII. Discusión se plantean algunas reflexiones finales que paradójicamente abren interrogantes para seguir pensando en el problema. En este sentido, la discusión se considera inacabada ante la existencia de una multiplicidad de visiones de la realidad que pueden ser interpretadas desde otros referentes, en distinta forma.

En el Capítulo VIII. Conclusiones, se abordan las principales conclusiones y algunas propuestas que intentan tener repercusiones bioéticas potencialmente significativas en el escenario clínico, ofreciendo al equipo de salud, con base en los principales hallazgos, un análisis de los elementos presentes, desde una perspectiva bioética y principalmente psicológica, que le permita actuar de acuerdo a la beneficencia, virtudes y deberes frente a casos de intentos de suicidio. Asimismo, se proponen los posibles aportes que puede tener la psicología⁹ a la bioética en el estudio del intento de suicidio diádico, principalmente se resalta la importancia de la subjetividad, la escucha psicológica y la relevancia de atender el dolor subjetivo. De esta forma, la psicología y la bioética se conjuntan claramente para estudiar el tema de intento suicida de tipo diádico.

⁹ La psicología a la que nos referimos en este momento, y que a lo largo de la investigación se desarrolla, debe entenderse como la disciplina que aborda las redes de significados y discursos que inciden en los imaginarios que determinan la relación del sujeto con su enfermedad y los conceptos que organizan las aproximaciones de los profesionales de la salud (Fernández y Pimentel, 1994).

CAPITULO I. EL INTENTO DE SUICIDIO, LA ÉTICA Y LA BIOÉTICA: CONCEPTUACIÓN

¿Qué es la ética si no la práctica reflexiva de la libertad?

Michel Foucault

1.1 EL INTENTO DE SUICIDIO DIÁDICO

El elemento central en este trabajo es el intento de suicidio. Para comprender este concepto, hay que acercarnos, primeramente, al concepto de suicidio. Fue Sir Thomas Brown quien menciona por primera vez la palabra “suicidio” en su obra *Religio Medici de 1642* (OPS, 2005), que significa en latín *sui*, significa “uno mismo” y *caedere* significa “matar”; el suicidio se refiere a la destrucción de uno mismo, automuerte, o en sentido legal, autoasesinato. Farmer (1998) expone que, quizá, para muchos la autodestrucción sea percibida como antinatural, o como una emoción semejante al miedo y a la recriminación. Para Durkheim ([1897] 1974), sociólogo e importante exponente en el estudio del suicidio, este fenómeno “es todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto, positivo o negativo, cometido por la víctima misma, a sabiendas que va a producir este resultado fatal” (p. 16).

El suicidio ha sido definido como un acto voluntario dirigido a terminar la vida de manera autoinfligida. De esta forma, la conducta suicida se deriva de dos tendencias: una que impulsa al individuo a autodañarse y a autodestruirse, y otra que lo impulsa a buscar que otros seres humanos muestren preocupación por él. No todos los actos suicidas tienen la muerte como objetivo (Narváez, Rosovsky y López, 1991). Existen particularidades en las definiciones anteriores; sin embargo, la mayoría señalan que tanto la autodestrucción como el deseo de muerte (de manera consciente) determinan las características del suicidio.

No hay una tipología propia del suicidio, no obstante, se reconoce que tanto el intento como el suicidio consumado, tienen diversas causas o motivos que los pueden diferenciar. De esta forma, existen suicidios por enfermedad terminal o discapacidad, como sería el suicidio asistido; por algún suplicio, en los condenados a pena de muerte, presos, etc.; por algún acto valeroso como el caso de los kamikazes. También hay suicidios por algún fin conjunto entre valor y venganza como es el caso de los “hombres bomba” o los terroristas. Finalmente, pueden agruparse aquellos que tienen diversas causas (diádicos), como decepción amorosa, problemas económicos, escolares, familiares, etc.

De aquí que, primero vale la pena definir el concepto de intento de suicidio. Borges, Anthony y Garrison (1995) encontraron, en una amplia revisión de la literatura definiciones poco claras, uso inconsistente de algunos términos y la falta de distinción entre subgrupos homogéneos de conducta suicida, en diversas muestras clínicas y epidemiológicas. Ni los sujetos son los mismos, ni los resultados de los estudios se pueden replicar cuando de antemano existe poca claridad en la definición del fenómeno que se aborda. De esta forma, no es lo mismo quienes completaron el acto suicida que quienes intentaron suicidarse sin contemplación, sin planes, o quienes se hicieron un autodaño o sólo quienes tienen ideas de muerte. Las diferencias suelen ocurrir en la etiología, el curso clínico, historia natural, causas, métodos y grado de severidad. En algunos casos, como en los intentos de suicidio, en la letalidad se presentan diferencias, pero relacionadas con los métodos utilizados (Borges et al., 1995).

El grupo del Centro de Estudios para la Prevención del Suicidio del Instituto Nacional de Salud Mental de E.E.U.U., propuso una clasificación tripartita multiaxial de las conductas suicidas con el objeto de proveer un método sistemático para definir, codificar y reportar las conductas suicidas, así como facilitar el diagnóstico y la prognosis, sugiriendo nuevos métodos de investigación. Dicha clasificación se divide en las siguientes categorías: suicidio consumado, intento de suicidio e ideación suicida.

Cada categoría de la conducta suicida tiene características e implicaciones distintas. En primer lugar, el intento de suicidio se ha diferenciado de lo que es un suicidio, cuando el sujeto no consumó el acto de morir. También se ha diferenciado de lo que es la ideación suicida, la cual tiene solamente características cognoscitivas, al referirse a los pensamientos acerca de suicidarse. No obstante, el intento de suicidio se ha relacionado con conceptos tales como parasuicidio, rasgos suicidas, intención suicida, que para nomenclatura de la Organización Panamericana de la Salud todas se refieren al intento de suicidio (OPS, 2005). En el intento no siempre existe un propósito consciente de morir, o a veces existen múltiples motivos en un solo intento.

Los intentos de suicidio deben agruparse según la severidad, que puede ir de acuerdo con ciertas condiciones, tales como un posible rescate, posibilidad de ayuda antes o después del intento, la planeación, el motivo y la letalidad del acto. Por otro lado, la clasificación también puede sustentarse con base en la lesión, diferenciado a quienes llevaron a cabo una conducta suicida de quienes tienen una lesión física infligida no suicida, o de quienes muestran conductas destructivas, lesionando sus cuerpos sin ninguna intención suicida o hasta un punto letal.

Además de clasificar el fenómeno suicida, es importante hacer una clara distinción entre sus manifestaciones. Muchos estudiosos enuncian que el suicidio es un continuo que va desde las ideas y los gestos autodestructivos hasta el suicidio consumado (Maris, 2002). No obstante, parece que existen singularidades dentro de cada manifestación. También, existen otros investigadores como Rich, Kirkpatrick, Bonner y Jans (1992) que concuerdan en que la problemática suicida sigue varias etapas, y que éstas pueden ser o no secuenciales, por ejemplo, existen casos que pasan por todas las etapas, pero otros donde se ejecutó el suicidio sin mayor preámbulo. Aun cuando se pasara por una o dos etapas, eso no significa que se tenga que pasar por las demás. Lo cierto es que estas etapas pueden predecir la siguiente, quizá no de manera jerárquica, porque todas representan un riesgo importante, por ello es mejor tratarlas con sus propias características y tomando en cuenta que no existe una garantía *a priori* del resultado del acto.

Algunas de las particularidades del suicidio, específicamente del intento de suicidio, se han abordado en cuantiosos trabajos por expertos en el tema (Borges, Wilcox, Medina-Mora, Zambrano, Blanco y Walters, 2005; Mondragón, Borges y Gutiérrez, 2002; Maris, 2002, Kessler, Borges y Walters, 1999). En general, se sabe que el intento suicida es claro antecesor del suicidio. En algunas investigaciones se han encontrado más que perfiles psicológicos, factores asociados al intento de suicidio (Borges et al., 2005; Borges, Angst, Nock, Meron, Walters y Kessler, 2006). Los factores sociales relacionados generalmente son: el desempleo, el divorcio, los homicidios, el consumo de alcohol y la religión. Los factores psicológicos: la depresión, la desesperanza, la ideación suicida y los intentos previos.

Gómez, Lolas y Barrera (1991) plantean algunas de las características psicosociales de la conducta suicida. Por ejemplo, en cuanto a la personalidad, se enuncia que el estado de ánimo inestable, la impulsividad, la agresividad, la alienación social combinados con otros problemas como el abuso de alcohol y drogas elevan el riesgo de la conducta suicida. En otra área, la cognoscitiva, los factores asociados al intento son: la rigidez cognoscitiva, el locus de control externo y la falta de razones para vivir. Finalmente, los acontecimientos de vida, asociados son las relaciones interpersonales cercanas y los eventos considerados indeseables, incontrolables y perturbadores están estrechamente vinculados con la conducta suicida. Desafortunadamente, aunque pareciera que existe un solo perfil o bien patrón de conducta del fenómeno suicida, esto no siempre es así. Las características inherentes a la conducta suicida son de diferente índole, lo cual hace imposible establecer una tipología propia del fenómeno.

Por otro lado, el estudio del intento de suicidio ha planteado más que diferentes definiciones, diversas manifestaciones y particularidades. En un segundo nivel de explicación, para definir el concepto de intento de suicidio, debemos basarnos en su manifestación, tomando como elemento central la cuestión ética; es decir, la relación del suicida con el otro, lo cual nos permitirá definir de manera general y desde el marco ético un concepto de intento de suicidio.

La definición del intento de suicida diádico que se utiliza en esta investigación se sustenta en el psicoanálisis y en la filosofía, levinasiana y foucaultiana (Mondragón, 2005) debido a que dichas corrientes teóricas hicieron reflexiones sobre el fenómeno suicida, en un sentido ético, como lo exponen algunos de sus principales conceptos y supuestos.

La teoría psicoanalítica tiene su propio sustento ético¹ para develar qué es un intento de suicidio. Específicamente toma en cuenta las cuestiones éticas en nociones como la instancia del superyó, el deseo, la pulsión de muerte o destrucción, la conciencia moral, entre otras, las cuales explican la agresividad interiorizada dirigida al sujeto mismo en el suicidio (Freud, [1910] 1996a; Freud, [1915-1917] 1996c, p. 249; Lacan, 1981, Lacan, 1981a).

La moral es permeada por las formaciones del inconsciente y formulada por Freud en la figura del superyó, una de las tres instancias de la segunda tópica que instaura el aparato psíquico. El superyó, más allá de una instancia psíquica que persigue y vigila, una especie de conciencia moral internalizada, tiene que ver, con la constitución del sujeto del inconsciente (Freud, [1921] 1996e). El psicoanálisis enuncia que el superyó es el que efectúa el retorno de la agresividad introyectada, interiorizada hacia el yo, desde los deseos pulsionales. Esta fuerza pulsional del superyó al yo, es lo que Freud llamó pulsión de muerte (Freud, [1920] 1996d).

El conflicto entre la pulsión de vida y la pulsión de muerte, entre Eros y Tánatos, es constitutiva del sujeto, de modo tal que sus acciones estarán relacionadas con los deseos y con la moral. El Eros es parte fundamental de las consideraciones éticas, que al ser una fuerza de la pulsión de vida, vincula y cohesiona al sujeto con su mundo, por tanto, esta fuerza conduce al sujeto al encuentro de la liga social. El Tánatos, que representa la pulsión de muerte, de destrucción y agresión, se coloca como una ley, distinta de aquella del Derecho y a la de la

¹ Freud nos dice que “Los vínculos recíprocos entre los seres humanos se resumen bajo el nombre de ética [...] La ética se dirige a aquel punto que fácilmente se reconoce como la desolladura de toda cultura. La ética ha de concebirse entonces como un ensayo terapéutico, como un empeño de alcanzar por mandamiento del superyó lo que hasta ese momento el restante trabajo cultural no había conseguido” (Freud, [1930 (1929)] 1996f, pp. 137-138).

moral, que estructura y gobierna la relación con el mundo. La condición ética del ser humano se presenta así en la tensión entre estas dos pulsiones.

En el intento de suicidio, la tensión entre Eros y Tánatos se vuelve evidente, sin embargo, es con la pulsión de muerte que se manifiestan la agresión y la destrucción; como lo expone Freud ([1915] 1996b) en su texto de *Pulsiones y destinos de pulsión*:

cuando el objeto es fuente de sensaciones de displacer, una tendencia se afana en aumentar la distancia entre él y el yo, en repetir con relación a él el intento originario de huida frente al mundo exterior emisor de estímulos. Sentimos la repulsión del objeto, y lo odiamos, este odio puede después acrecentarse convirtiéndose en la inclinación de agredir al objeto, con el propósito de aniquilarlo (p.131).

Sin embargo, el mismo Freud dirá más tarde que si la agresión hacia el exterior era limitada, traería como consecuencia un incremento de la autodestrucción. Estos límites que se antepone a las pulsiones agresivas para frenarlas las impone la cultura (Freud, [1930 (1929)] 1996f). Es esta renuncia de lo pulsional, impuesta desde el exterior, desde los otros, lo que crea la conciencia moral, la cual posteriormente servirá no sólo para vigilar, y enjuiciar las acciones y propósitos del yo, sino para reclamar cada vez más renunciadas. Así, una frustración exterior permitirá el poder y el reclamo de la conciencia moral en la severidad del superyó. Es decir, cuando a un individuo lo abruma la desdicha -dice Freud- discierne su pecaminosidad, incrementando las exigencias de su conciencia moral que le impone castigarse a través de penitencias (Freud, [1930 (1929)] 1996f).

De este modo, como conciencia moral internalizada (Freud, [1915-1917] 1996c), podría decirse que lo insoportable de la moral, hace que lo pulsional del sujeto, que intentó suicidarse, en lugar de resolver la angustia moral o el sentimiento de culpa, por el contrario, los acentúe de una manera tal que el sujeto, para tratar de responder a ello, sólo puede castigarse cada vez con mayor violencia. Entonces, la muerte es representada como último recurso que cierra la interrogación sin cesar relanzada por el sujeto hacia lo que se le presenta como la repetición de una fatalidad desdichada (Kaufmann, 1996).

Así observamos que la ética del psicoanálisis, nos permite pensar de otro modo al sujeto con el concepto de inconsciente, y de esta forma nos aleja de la ética tradicional, para ir más allá de la voluntad o la razón, el justo medio, el deber o la utilidad, donde el deseo, entendido como la falta (Lacan, 2003), será fundamento ético de la naturaleza del hombre.

Por su parte, Lacan (2003) menciona que la ética es la dimensión trágica que se inscribe en las acciones y su relación con el deseo, lo cual, tiene un componente mortífero. Pues la función del deseo es mantener una relación con la muerte. De este modo, el concepto de deseo es retomado por Lacan para tratar de entender la agresión dirigida hacia el otro en el intento de suicidio. El deseo sólo existe en el plano único de la relación especular; esto es, existe proyectado, alienado en el otro. La tensión que provoca no tiene salida. En esta relación “el deseo del sujeto sólo puede confirmarse en una competencia, en una rivalidad absoluta con el otro por el objeto hacia el cual tiende. Cada vez que nos aproximamos, en un sujeto, a esta alienación primordial, se genera la agresividad más radical: el deseo de la desaparición del otro, en tanto el otro soporta el deseo del sujeto” (Lacan, 1981, pp. 253-254).

Bajo este enfoque psicoanalítico, rescatamos dos elementos primordiales para nuestra definición, por un lado, la conciencia moral internalizada, y por otro lado, la agresión dirigida o dedicada a un otro (Freud, [1915-1917] 1996c).

Desde una perspectiva filosófica, Lévinas (1993) y Foucault (1996) en los años 80, también abordaron la idea del otro en relación con el sujeto suicida, lo importante en estos pensadores es que postulan un marco ético en sus definiciones a través de la condición política, de la libertad ante una dominación y de la voluntad en una decisión deliberada. Por su parte, Lévinas (1993) plantea:

esta imposibilidad de la nada determina incluso el suicidio, que es el último poder sobre el ser al que se le puede aspirar, su función de dominación [...] El suicidio se presenta como recurso último ante el absurdo. [Es] una posibilidad de la imposibilidad, además se entiende como el desmantelamiento de toda estructura de poder y dominación. Este poder –esta posibilidad del suicidio– es un hecho constante de tragedia [...] [así] mediante la muerte asumida en el momento de la supuesta victoria del destino, el sujeto escapa de su destino (p. 87).

Otro supuesto ético en la filosofía levinasiana es el de responsabilidad. El autor dice que ser responsable es abrirse a la abnegada muerte, al sufrimiento de una corporeidad como exterioridad, que no es otra cosa que el rostro. El rostro es lo expresivo en el otro, no hablamos del rostro de otro hombre tal cual, o de su imagen, sino de esta expresividad que está en todo su ser, porque el rostro es todo su cuerpo.

El rostro es lo que no se puede matar, el “No matarás”, porque su acceso es desde el inicio ético, y por lo tanto no sólo se reduce en su sentido perceptivo sino que va más allá, incluso en el

discurso porque es a través de éste que le respondemos. Respondemos a lo que nos pide pero también a lo que nos ordena, sin ser ésta una contradicción (Lévinas, 2000). Al ser el rostro lo que no se puede matar, el que nos pide y nos ordena, y estando el sujeto sujetado por el otro, y al mismo tiempo sintiéndose responsable de él, el sujeto bajo esta situación puede intentar suicidarse. No puede matar al otro, al rostro, hacerle daño a su cuerpo, entonces se hace daño él mismo,² porque también se siente asediado por el otro y a su vez responsable, como una contradicción, de igual manera, el sujeto prefiere quizá, mantener la responsabilidad con el otro tratando de asumir su propia responsabilidad, pero como esto ya no retorna al sujeto, entonces se abre a su propia muerte.

Por otro lado, para Foucault (1996) (García, 2002), el intento de suicidio es una resistencia realizada a través de un acto de poder, que ejerce sobre su propio cuerpo. Entendiendo que la muerte es el cumplimiento de la existencia, es un elemento en el proceso de vida, no su culminación. La autodestrucción como resultado de esa experiencia límite, explica Foucault, es estar en un punto en que la vida puede ser invivible, y que necesita intensidad e imposibilidad, esto será el encuentro con el límite, la trasgresión, la disolución y su propia muerte.

Lo anterior, parece relevante porque permite entender a los elementos éticos que conforman la conceptualización del intento de suicidio diádico; a través de una parte de la teoría psicoanalítica y la filosofía de Lévinas y Foucault. Es decir, elementos como la presencia de la relación intersubjetiva con el otro-Otro (Lévinas, 1998; Lacan, 1981); la agresión dirigida a la otredad, y la conciencia moral, nos llevan a aproximarnos a entender que el intento de suicidio diádico es un acto cuya autoagresión va dirigida inconscientemente o no, a un otro. En este tipo de conducta suicida, la intención del sujeto es lastimar, manipular o impresionar a otra persona. Así, se piensa que el sujeto suicida puede vivenciar anticipadamente las experiencias negativas del otro, a quien se dirige o se “dedica” el acto autoinfligido (Cohen, 2007). Asimismo, el intento de suicidio diádico podría entenderse, a diferencia de otras investigaciones, 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.

² Este planteamiento podría ser parecido al freudiano, pero no es así, porque son reflexiones ontológicas diferentes.

1.2 LA ÉTICA

Hablar de ética no es igual que referirnos a bioética. El vocablo *ethos* en su sentido histórico tuvo diversos cambios que han permitido ampliar de alguna manera el significado mismo de la ética. Antiguamente el *eethos*³ nos remite a “morada o guarida” de los animales, es decir, el *eethos* es el hábitat más propio del animal, luego, este vocablo se hizo extensivo a los hombres, así el sentido de la palabra *eethos* cambió al de *ethos*,⁴ con una sola vocal, la cual significa “costumbre o hábito”, donde las palabras “hábitat y hábito” no introducen mucha diferencia. Con Aristóteles, se da un nuevo significado a la palabra *ethos*, ahora es “carácter”. Según el autor, el carácter se conquista a través de los hábitos y las costumbres (Rivero y Pérez-Tamayo, 2006; González, 1996).

Después de las distinciones entre el significado de *ethos*, el estudio de la ética queda a merced nuevamente en su carácter histórico, pero más aún, de su sentido paradigmático, ahora se plantea que la ética determina el estudio de la conducta humana, en dos sentidos estrictos. Primero, considera el fin de una conducta y los medios para alcanzar este fin desde la naturaleza humana; segundo, considera el impulso de la conducta humana que dirige y disciplina la propia conducta. Esta definición de ética marca todo un desarrollo filosófico, que es importante retomar.

La ética que trata sobre el fin⁵ de una conducta, plantea que es el ideal del hombre dirigirse por su naturaleza, mientras que la ética que expone el impulso de la conducta, menciona los motivos o las causas de la conducta. El punto de encuentro entre estos dos tipos de ética es la noción del *bien*, para la ética del fin, el *bien* es realidad perfecta o perfección real, es decir, la felicidad; para la segunda ética, el *bien* es el objeto de apetencia, es decir, es un placer. Por lo tanto, y esto parece directriz de todo, la felicidad planteada por la primera ética es el fin último de la conducta humana, deducible de la naturaleza racional del hombre, y para la segunda ética, el placer es el móvil habitual y constante de la conducta humana (Abbagnano, 1989). Cualquier estudio o reflexión ética debe considerar estas doctrinas, la ética del fin y la ética del móvil, incluso históricamente la división es muy clara.

Entre los filósofos de la ética del fin están Sócrates, Platón y Aristóteles. Sócrates decía que la ética es racionalista y se basa en la bondad (*bien*) conocimiento y felicidad (fin) (Sánchez, 1969). Para Platón, la ética es una estrecha unidad entre la moral y la política. El hombre se forma

³ Eethos está escrito con doble “e”, letra “eta” que es vocal doble, haciendo referencia al griego.

⁴ Ethos ahora se escribe con una vocal sencilla la “épsilon” del griego.

⁵ Fin en su sentido más teleológico.

espiritualmente en el Estado y en la subordinación del individuo a la comunidad. Según Aristóteles, la ética está unida a la filosofía política; para él, la comunidad social o política es el medio necesario para la moral. El hombre es un animal social, pero su fin no es la vida social sino la felicidad. En tanto que entre los exponentes de la ética del móvil se encuentran los estoicos y epicúreos, los cuales argumentaban que la ética está basada en el universo y no en la *polis*. Los estoicos hablaban del individuo definido moralmente sin necesidad de la comunidad. Los epicúreos hablan de la liberación de los temores religiosos para que el hombre busque el bien, el placer, no sólo los corporales sino también los espirituales.

Los paradigmas éticos, planteados anteriormente, permiten no sólo el desarrollo de la ética en sí misma, sino de la propia filosofía. De este modo, generalmente se piensa que la ética es parte de la filosofía, que se dedica al estudio de las costumbres y las normas morales. Esta especificación suele ser simplista. Para algunos, la ética no es una rama de la filosofía, ni una disciplina, es la filosofía misma, ya que la filosofía es una forma de estar, vivir en el mundo, a partir de Sócrates, desde la tradición Occidental. En este sentido occidental, la ética presenta una doble dimensión teórico-práctica, como filosofía moral y como moral filosófica, respectivamente. Ética como filosofía moral es la filosofía en su función moral, no como parte sino como función, así la ética es la filosofía misma en una de sus funciones principales, su conciencia moral. Según Platts (1999), la ética es filosofía moral, porque su objeto de estudio es la moralidad, sus métodos y las formas de reflexionar sobre ella- dice- son filosóficas. De esta forma, la ética es una reflexión teórica y filosófica de la moralidad, y como lo moral define lo humano, entonces toma como objeto de reflexión al ser humano -convertir al ser mismo en un objeto de reflexión filosófica.

Por otro lado, la ética como moral filosófica, es prescriptiva, es decir, orienta y sugiere qué hacer, le interesa proponer reglas, normas que tienden a la universalidad; por ejemplo Kant y su imperativo categórico. La ética permite sistematizar similitudes y diferencias entre los códigos morales, plantea los elementos comunes entre las normas morales como principios éticos afines a la diversidad de valoraciones morales. Por ello, no todos los principios éticos son planteamientos universales, son puntos de encuentro de diferentes variantes morales. El valor de la ética está en lo que explica, no en prescribir o recomendar una acción en una situación concreta (Sánchez, 1969).

Con estas dos dimensiones, como filosofía moral y moral filosófica, la ética intenta comprender la moral, una teoría moral y la estructura de la moralidad como filosofía moral; mientras que como moral filosófica, la ética tratará de elaborar normativas, proponer modelos de

conducta, de virtud, tener un carácter práctico *-praxis*.⁶ Es decir, no sólo es descriptiva -sino prescriptiva.

Además, la ética aborda el entorno de las normatividades morales en el tiempo y el espacio, sus autores, y los procesos de vigilancia social para su cumplimiento y reproducción. Lo importante es que la ética no es atemporal, tiene sentido dentro de un tiempo, el cual permite desde esta concepción, cambios, y que actores sociales puedan modificarla en contextos específicos (Figueroa y Rodríguez, 2000). Garzón (1999) plantea que “la ética abre las posibilidades para transformar nuestro comportamiento y orientarlo hacia otras formas de vida, así como proponer consejos prácticos para vivir gozosamente, lo cual la convierte más en un arte de la vida” (p. 4).

Hasta ahora se han enunciado las especificaciones de la ética. Sin embargo, habría que explicitar de manera sucinta otras cualidades entramadas que remiten a la ética misma, por ejemplo, la condición ontológica a la que se somete, la forma de llegar a ella, la conciencia ética, la genealogía de los dilemas nombrados éticos, etc.

Una de las cualidades de mayor presencia en el estudio de la ética es el dilema, conjugado con lo que suele denominarse conciencia ética, el cual es una disyuntiva cuya solución conlleva a otro conflicto. Los dilemas éticos son dos:

- a) La vida afectiva, emociones versus razón
- b) La conciencia social versus la conciencia individual (valores)

De acuerdo con el segundo dilema, la ética emerge de una conciencia individual que problematiza y reflexiona filosóficamente el problema de los valores morales, en donde generalmente no se sabe qué hacer, lo cual conlleva a un conflicto con la conciencia social. De esta forma, en ambas conciencias de un mismo individuo se crea una tensión, ésta evidencia propiamente un dilema que se expresa en ¿cómo actuar? En otras palabras, cuando la conciencia ética reflexiona sobre las cuestiones morales, en desfase con la conciencia social, se da una tensión.

Lo anterior no tiene la intención de abarcar exhaustivamente los puntos relevantes, sino de dar una comprensión panorámica de lo que es ética, específicamente, de cómo se plantean los dilemas éticos.

⁶ Véase el Glosario.

1.2.1 Moralidad vs Eticidad⁷

Platts (1999) señala que la moral ha representado en la historia de la ética diversas posturas: la moralidad como producto de la razón humana en su uso *a priori* (Kant), como producto de la razón humana en su uso perceptivo (Sócrates) como producto de Dios (Locke), como producto de los sentimientos humanos (Hume), como producto de las consideraciones de utilidad social (John Stuart Mill).

La moralidad expresa las condiciones o rasgos esenciales, o generales de una moral, es un conjunto o sistema de normas,⁸ reglas o deberes que regulan las acciones de los sujetos (Garzón, 1999), y que deben ser introyectadas, coaccionadas desde adentro, a diferencia de las normas jurídicas que coaccionan desde afuera. De esta forma, la moral es presión social sobre el individuo -que puede incluso ser invisible, porque está interiorizada, y no se es consciente de la forma en que se interiorizaron las normas.

Habría que plantear que distintas morales pueden coexistir en un mismo lugar, puede haber morales que sean diferentes porque la comunidad es heterogénea, plural, son asincrónicos, por cuestiones históricas y tradiciones diferentes.

El entrecruzamiento de la ética y la moralidad radica en los cuestionamientos que se hacen: ¿en qué consiste la eticidad de lo humano? ¿Qué es hacerse una conciencia ética? La ética no le interesa la moral como solo objeto de estudio, sino como práctica. Parece en un primer plano una conciencia moral, pero en un segundo nivel está la reflexión desde la conciencia ética.

En este sentido, la moral es algo que se da de hecho (*facto*), describe lo que es, se fundamenta en enunciados descriptivos y se cuestiona ¿qué hacer? La ética está en el plano del “deber ser”, del *jure* (por derecho), tiene enunciados prescriptivos y se pregunta por el ¿por qué hacerlo? es decir, una actitud crítica.

Esquemáticamente Álvarez, Lolas y Outomuro (2006) exponen la distinción entre moral y ética:

⁷ Desde la filosofía, la eticidad es aquello que hace posible la vida y la teoría ética, también a las morales y todo lo referente al universo de los valores y que consiste en la condición libre o indeterminada del ser humano (Sagols, Linares y De la Garza, 2005).

⁸ En este sentido la norma pertenece más a la moral que a la ética. Dado que la ética explicita los supuestos de ciertos códigos normativos para reflexionar sobre ellos y transformarlos.

CONFRONTACIÓN ENTRE MORAL Y ÉTICA	
<i>MORAL</i>	<i>ÉTICA</i>
Presupone principios y procura aplicarlos a las situaciones.	A partir de las situaciones, busca los principios.
Pregunta qué se debe hacer.	Pregunta por qué se debe hacer lo que recomienda la norma o la reflexión moral.
Juzga sobre el valor moral de actos particulares.	Indaga el fundamento de los juicios morales.
Es un saber prefilosófico.	Es un saber filosófico.
Reclama respuestas situacionales.	Reclama respuestas universalmente válidas.
Es un saber imprescindible para el recto obrar.	No es imprescindible para el recto obrar.
Es espontánea, asimétrica.	Es reflexión sistemática.
Es acrítica.	Debe ser crítica.
Es un saber apoyado en lo prerreflexivo.	Es reconstructiva.

(Álvarez et al., 2006, p.17)

Aunque etimológicamente no sea así, existen claras distinciones entre moral y ética. Aparte de las ya enlistadas, la diferencia entre moral y ética, plantea básicamente que para el actuar, la moral es directamente normativa, es decir, elabora códigos que indican cuál norma hay que aplicar en cada situación, en cambio, la ética es indirectamente normativa, en el sentido de que no indica lo que se debe hacer, sino que permite que el hombre con capacidad práctica, cobre conciencia de su responsabilidad⁹ ante lo que debe hacer, bajo el cuestionamiento de ¿por qué? y de nuestra libertad.

1.3 LA BIOÉTICA

La ética incluye una cierta sistematización, por un lado, como filosofía moral, es decir, teórica, y por otro, moral filosófica, es decir, práctica. Dentro de esta última, aparecen las éticas aplicadas, las cuales “designan socialmente los lugares de interacción entre la preocupación ética y los

⁹ Véase el Glosario.

diferentes ámbitos de la práctica (Ladrière, 2000; Reich- Encyclopedia of bioethics, 1995). En este sentido, la bioética es considerada una ética aplicada, que tiene como característica particular el prefijo “*bio*”, que hace referencia a la vida humana.

La bioética como neologismo fue planteado por primera vez por Van Rensselaer Potter en su libro “*Bioethics: Bridge to the future*”, publicado en 1971, aludiendo a una relación entre las ciencias y la filosofía, la conducta en su medio ambiente. Pero fueron años más tarde, cuando Beauchamp y Childress (1983) argumentaron que la bioética debía ser un campo de estudio sistemático de los actos humanos analizados a la luz de valores y de los principios morales, dentro del ámbito de las ciencias humanas y de la atención a la salud.

Algunos de los antecedentes históricos que dan origen al nacimiento de la bioética son los asuntos relacionados con violaciones cometidas en las investigaciones durante la Segunda Guerra Mundial, lo cual originó que el tribunal de Nüremberg estableciera un código en 1947, con la idea de definir cuidados éticos para ser considerados en las investigaciones como el consentimiento informado, que estipula la participación voluntaria de los participantes con información adecuada y consciente de su decisión.

Consecutivamente, se llevaron a cabo declaraciones y acuerdos como los de Helsinki en 1964 dentro de la 18ª Asamblea Médica Mundial, Tokio con la 29ª Asamblea Médica Mundial en 1965, Hong Kong en la 41ª Asamblea Médica Mundial de 1989, Sudáfrica en 1996 y Edimburgo en 2000. La declaración de Helsinki plantea principios básicos en la investigación clínica y atención médica, y en la investigación clínica no terapéutica, postulando que en toda intervención deben de ser mínimos los riesgos que atenten contra la integridad física o mental de los participantes.

Así, como ética aplicada, se esperaba que el nacimiento de la bioética diera una respuesta a la problemática ocasionada por algunos alcances de la ciencia. Actualmente, la bioética tiene el encargo de confrontar los hechos con los valores y evita vejaciones a la dignidad humana, y reflexionar los problemas éticos de las ciencias de la vida. Por ello, la bioética se ocupa más de los problemas de eutanasia, suicidio asistido, aborto, y en general de establecer límites en las tecnologías biológicas, como la ingeniería genética, como la fecundación artificial, la clonación, el trasplante de órganos, entre otras, así como el deber médico ante estas situaciones.

Asimismo, la bioética queda más entremezclada con otras éticas, como la médica, la clínica o la de investigación. Sin embargo, el proceso histórico en este nuevo campo práctico constituido

ha permitido que poco a poco vaya tomando su propio lugar. No obstante, el discurso bioético no termina por consolidarse, como lo mencionan Álvarez et al. (2006) el carácter polisémico del término “bioética” ha dado paso para la vaguedad (incluso ambigüedad) permitiendo la inclusión de actores, discursos y temáticas que van más allá de los fines bioéticos.

En este sentido, la bioética no es un saber, ni tampoco una forma específica de expertise, aunque en ella se puede incluir la experiencia y la intervención, tampoco es una deontología, no obstante, que contiene elementos normativos. La bioética es una práctica racional que conjuga los saberes, las experiencias, las normatividades en un contexto particular del accionar del *bios*, la vida humana (Ladrière, 2000).

Asimismo, la bioética es considerada como dialógica por formular, “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 equidad¹⁰ 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 la ética filosófica y en la ética médica, en el derecho y la política.

La diversidad de escuelas bioéticas sustenta el *corpus* teórico de esta disciplina, la más famosa es el principialismo. Los principios bioéticos surgen con el Informe Belmont en 1978, ellos son: el respeto por las personas o respeto por la autonomía individual, beneficencia y justicia. El principio de no maleficencia se incluyó después.

Los principios bioéticos actualmente han permitido establecer, de igual manera, derechos para los pacientes, los sujetos de investigación y finalmente para todo sujeto que establece una relación profesional como abogados, psicólogos, etc. no sólo en el horror de la guerra o en los errores médicos, sino también en un nivel más cotidiano.

El enfoque bioético del presente trabajo se fundamenta en el principialismo, cuyo contenido conceptual mantiene la solvencia moral de los profesionales de salud y ofrece uniformar las bases para llevar a cabo un análisis de casos concretos. Es decir, nos conduce de la discusión filosófica a las situaciones concretas.

¹⁰ Véase el Glosario.

CAPITULO II. EL INTENTO DE SUICIDIO DIÁDICO COMO DILEMA BIOÉTICO

*“Más atroz que las cosas malas de la gente mala
es el silencio de la gente buena”
Mahatma Gandhi*

2.1 ETICIDAD O DE LA MORALIDAD EN EL SUICIDIO

En este apartado se presenta el intento de suicidio como dilema bioético. Primeramente se hace una reflexión sobre las cuestiones éticas y morales que se involucran en cada momento histórico, filosófico, cultural y social, a fin de comprender el momento actual del suicidio. En un segundo momento, se sustenta que ha existido una transformación moral ante el suicidio, y finalmente, se plantea estudio del intento de suicidio diádico como dilema bioético.

Desde la antigüedad, en las culturas griega y romana, la actitud hacia el suicidio era desde condena hasta admiración. Las circunstancias que rodeaban al suicidio eran militares o políticas, como la necesidad de mantener el honor, o de evitar la captura, la humillación y la muerte infame. En la Grecia antigua, específicamente en Atenas, se castigaba el suicidio; al cadáver se le privaba de sepultura, la mano derecha era amputada y enterrada en otro lugar. Sin embargo, cuando el juzgado griego quedaba convencido que había razones de peso para que alguien se suicidara, se le permitía hacerlo bebiendo cicuta. También hubo célebres griegos como Aristóteles, quien argumentó que el trato y estado del suicidio es injusto (Bongar, 1991).

Aristóteles ([330 a. C] 1970) afirmó que el hombre pertenece a los dioses y al Estado. En la *Ética a Nicómaco* escribió:

La ley no permite expresamente el suicidio y lo que no está expresamente permitido está prohibido. [...] Aquel que en un momento de ira se quita la vida actúa contra las leyes naturales y esto la ley no lo permite; por tanto, está actuando injustamente. Porque él sufre voluntariamente, pero nadie es tratado injustamente de manera voluntaria (p. 19).

Lo anterior muestra la razón por la cual el Estado castiga; a la persona que se destruye a sí misma le corresponde una cierta pérdida de derechos civiles por tratar al Estado injustamente.

Epicúreo, Pitágoras y Platón, consideraban al suicidio bajo puntos de vista semejantes a los que, posteriormente, formuló el cristianismo. Según Platón, filosofar es aprender a morir, a estar muerto, es aprender a tener el alma liberada, a liberarse del cuerpo, del mundo, de este mundo de sombras, del que algún día vamos a salir, salir de las penurias, del dolor, sobre todo si hay fe

(Dios). Los Escolásticos-amalgamados con la filosofía y con la religión- decían que la muerte es el paso al mundo verdadero.

Sócrates defendió el estado noble y deseable de la muerte, y la consideró como una opción que debía permitirse (Kraus y Álvarez, 1998). En el año 399 a.C se le acusa de ser corruptor de la juventud y no creer en los dioses del Estado. En el momento de morir (Apología de Sócrates), él dice, la muerte puede ser una de tres: 1) un tránsito a otra vida, 2) la nada, aniquilamiento, 3) el sueño eterno del que no se despierta. El sueño y el tránsito parecen difíciles, la muerte es un límite, pero puede ser la nada, lo finito y se acabó. Sócrates afirma “no sé nada, pero sí sé que la vida es buena o mala, nos alcanza más rápido que la muerte”.

Séneca (4 a.C.- 65 d.C.), el filósofo estoico, rechazó la argumentación paterno-estadista contra el suicidio, en tanto que planteó la posición libertaria o individualista basada en el derecho al dominio de sí mismo. Los filósofos estoicos, consideraban al suicidio como el medio ideal para liberarse del sufrimiento. Ellos profesaban desprecio a la condición humana, así como resentimiento contra el mundo, contra el propio yo.¹¹ Aceptaban al suicidio en aquellos casos en que la vida iba en contra de la naturaleza. Sus enseñanzas especialmente alentaban al suicidio, sobre todo en beneficio de la patria, por bien de los amigos o a causa de un dolor intolerable, de mutilación o de enfermedad incurable (Del Corral, 1986). Esto tiene sentido, porque los estoicos creían que el mundo se desarrollaba en ciclos, que en algún momento el mundo se destruía, pero volvía a surgir; es decir, si todo se repite es que nosotros vamos a volver a estar aquí. Además, el estoicismo, afirmaba que hay un destino en la vida, considerando que el lugar del ser humano en la naturaleza era asumir el destino. Así, bajo estos conceptos, el suicidio es visto como un medio y no un fin último.¹²

El suicidio ejerció una fascinación intensa durante los tres primeros siglos, después de Cristo. Ya con la doctrina cristiana, en Roma, no se manifestó ninguna actitud social respecto al suicidio, ni tampoco constituyó nunca un delito penal, salvo cuando era cometido por algún soldado, un esclavo o alguien acusado de algún crimen (Del Corral, 1986). Plinio el Viejo expresaba “De los bienes que la naturaleza concedió al hombre, ninguno hay mejor que una muerte oportuna, y óptima es que cada cual pueda dársela a sí mismo” (citado en Kraus y Álvarez, 1998, p. 8). El suicidio era aceptado cuando las causas se relacionaban con la evitación al dolor, el

¹¹ Tal parece la concepción del suicidio de los filósofos estoicos, es muy similar a la que prevalece como idea general del intento de suicidio y del suicidio en nuestros días.

¹² Parece una idea antecesora del cristianismo, al plantearse en ambos el tránsito a otra vida.

deshonor o vejez, ya que para los romanos vivir noblemente también significaba morir noblemente.

Los primeros cristianos eligieron el martirio voluntario, haciéndolo con un entusiasmo que muchas veces fue causa de vergüenza para su opresor, pues sus creencias religiosas eran que alcanzarían la vida eterna en el otro mundo, logrando la remisión de sus pecados al ser testigos de la sangre de Cristo.

Las connotaciones morales y las cuestiones éticas eran más evidentes con el cristianismo, pues con éste desaparece la autonomía moral del individuo. La soberanía de todo acto pertenecía a Dios, quien tenía exclusivamente que decidir sobre la vida del hombre.

Siglos después, con el cristianismo se prohíbe el suicidio. Esto comenzó cuando San Agustín (354- 430 d.C.) lo calificó de “pecado mayor que ningún otro”, porque viola el quinto mandamiento, usurpa la función del Estado y de la Iglesia, y evita el sufrimiento que ha sido ordenado por Dios. De esta forma, el autor mencionó “Dios prescribe respeto al hombre: dice “no matarás”, es decir, a otro hombre; luego ni a ti propio, porque el que se mata a sí no mata a otro que a un hombre” (San Agustín, [413-426] 1990, p.20). En las sagradas escrituras se describen algunos casos donde el suicidio es justificado, como el caso del rey Saúl. De esta forma, el suicidio tanto para la doctrina cristiana como para el pensamiento grecorromano, está moralmente justificado exclusivamente por el interés divino, pues la criatura viviente es propiedad de Dios, y basándose en ello, todo sujeto pertenece al soberano. No obstante, de ahí siguió una actitud represiva ante el suicidio que ha persistido hasta el presente siglo (Del Corral, 1986).

Fueron varios los concilios que se pronunciaban en el mismo sentido; a los suicidas se les negaba cristiana sepultura, pero fue en los siglos XII y XIII cuando la represión fue violenta, pues el cadáver del suicida se arrastraba sobre un zarzo, de cara al suelo y luego se exhibía en las calles. Cuando el suicidio era frustrado, se condenaba a sujeto a destierro a perpetuidad. Santo Tomás de Aquino, quien precisó la doctrina de la Iglesia que admite poco más tarde, las excepciones del “*Furiosus*” y del “*Insanus*” del derecho romano, al introducir el concepto del suicidio patológico y, con ello, la disculpa (Morón, 1992).

En la Edad Media, se imponían tres castigos después del suicidio: el primero era la degradación del cuerpo, arrastrándolo por las calles cabeza abajo en un carretón sin ruedas; el segundo era la inhumación en tierra no santa o consagrada; el tercero la inhumación se hacía frecuentemente en un cruce de caminos, con una piedra en la cabeza. Esta costumbre se siguió practicando en Londres, hasta 1823 y tenía por objeto inmovilizar el cuerpo para que el espíritu no

regresara a dañar o a rondar a los vivos. La ética medieval mantiene la idea, por un lado, de determinar la naturaleza necesaria del hombre, y por otro, de deducir de esta naturaleza el fin al cual se va a dirigir la conducta (Szasz, 2002; Del Corral, 1986).

Fue durante el Renacimiento, con el desarrollo de las artes y las letras, con el renacer del estoicismo, que se volvió a defender el derecho a terminar con la vida en sufrimiento, así el suicidio dejó de verse entre los ilustrados como un pecado imperdonable. Existieron apologistas del suicidio. El más famoso fue John Donne, quien siendo Diácono de la catedral de San Pablo (1621), negaba que el suicidio fuera pecaminoso y pedía caridad y comprensión, expresado también en su tratado póstumo *Biathanatos* (1646).

Tanto el filósofo holandés Erasmo de Róterdam (1466-1536), Michel de Montaigne (1533-1592) y Montesquieu (1680-1755) se declaraban a favor del suicidio y de la libertad para disponer de la propia vida, como huida legítima de un mundo problemático, con dolor, pobreza o indignidad. Voltaire (1694-1778) y Goethe (1749-1832) mantuvieron posturas similares. En el siglo XVIII, David Hume en su ensayo sobre el suicidio, proclamaba el derecho del hombre a disponer de su propia vida. En 1783, Hume (2002) expone que “si el suicidio [...] no es un crimen, la prudencia y el valor deben comprometernos a librarnos de una vez de la existencia cuando se vuelve una carga” (p. 189).

Kant por otra parte, consideró al suicidio como una ofensa contra el imperativo categórico y los principios del deber, que para él eran una ley universal de la naturaleza (Aranda y Ramos, 1986). En tanto que Rousseau habló del “suicidio virtuoso”, cuando se pone fin a una vida de sufrimiento que deshumaniza al sujeto. A finales de 1870, en Francia, no se negaba sepultura a nadie, ni a los suicidas.

También en el siglo XVIII, Pinel argumentó que los melancólicos necesitan atención por su predisposición al suicidio. Esquirol explicó que los sujetos suicidas se encontraban en pleno delirio y esto los convertía en alienados. Ya en 1840, Winslow propuso como causa del suicidio, los trastornos cerebrales y viscerales (Szasz, 2002).

De este modo, la muerte voluntaria pasó de ser percibida como una acción de la cual el sujeto es el único moralmente responsable, a ser percibida como un suceso en donde pierde esa responsabilidad, debido a una enfermedad mental. Es decir, el sujeto pasó de ser percibido como alguien con alma y libre albedrío, a ser considerado como una persona poseedora de una mente desequilibrada (enfermo), la cual le impide decidir libremente.

Marx, en siglo XIX, mencionó que los médicos están para aliviar el sufrimiento no para evitar la muerte. También Schopenhauer sostuvo que “cuando los terrores de la vida pesan más que los terrores de la muerte, el hombre debe terminar con su existencia” (Kraus y Álvarez, 1998, p. 11).

Heidegger, existencialista, en 1927, en su obra *El ser y el tiempo*, abordó una cuestión que los humanos tuvimos más o menos bajo control. Idea de la muerte como un hecho que no me va acontecer un día, la muerte atraviesa el todo de la vida y la muerte representa la nada. No hay nada después de la vida y estamos angustiados, la muerte es lo indeterminado es un vacío indeterminado. La muerte no es objeto de miedo, sino de angustia; eso de no saber cuándo o cómo, es tan interno que por ello se evade.

Los existencialistas han propuesto la desesperación como causa de suicidio, y han enfatizado que la deshumanización de las sociedades modernas conduce a la desesperación. Todas intentan explicar cómo el individuo se hunde en la desesperación y en la nada. Las posibles razones son: la pérdida de sus posesiones simbólicas, como el poder, el prestigio, las funciones, la identidad o los valores (Rivera, 1998).

Brevemente, menciono dos casos cultural e historicamente distintos. En la India, desde la antigüedad, bajo la influencia del brahmanismo, los sabios, en búsqueda del nirvana (liberación de todos los males en la “nada absoluta”), frecuentemente se suicidaban durante las fiestas religiosas. En el Tíbet y en China, esta doctrina se expandió bajo el impulso de Buda Siddharta Gautama. Se distinguían entonces dos tipos de suicidas: el que buscaba la perfección; el que huía ante el enemigo.

En el Japón, el concepto de honor incitaba a los nobles a hacerse el *hari kiri*. Durante el culto, algunos creyentes no dudaban en suicidarse para alcanzar a sus divinidades (Morón, 1992). En algunos países, el suicidio forma parte de una moralidad en la que su aceptación es mayor debido a que tiene una connotación religiosa positiva (*aunque en el medioevo la tenía negativa*) (Del Corral, 1986).

Este recorrido nos permite una mirada general sobre la actitud hacia el suicidio. Como hemos visto, en diferentes épocas ésta ha sido contradictoria. El imaginario social sobre el suicidio ha estado marcado históricamente con connotaciones morales, religiosas, políticas, sociales, las cuales le han dado significados que van desde condena hasta admiración. Actualmente, la actitud hacia el suicidio ha sido menos dogmática de lo que solía ser en el pasado.

Como ya se mencionó, el sentido del suicidio para los estoicos, resulta similar al de nuestros días, al plantearse como un medio, y no como un fin, liberador de sufrimientos y resentimientos en contra del otro. Pero la historia también ha heredado otro sentido. Con el cristianismo y en general con las religiones, desapareció por completo la autonomía moral del individuo. La soberanía de todo acto pertenecía a Dios, quien podía decidir sobre la vida del hombre. Ambos sentidos se han entremezclado, dando como resultado que el suicidio actual se plantee como la falta de sentido, con un significado de sin sentido.

El suicidio se ha mantenido en cada momento histórico con una característica singular, las significaciones religiosas y culturales han investido el suicidio de una prohibición radical y total, de muerte antinatural en donde se toma el lugar omnipotente del dueño de la vida, por otro, en otras culturas la secularización de la vida y la negación de la verdad dan permisividad o bien imaginan de manera diferente el suicidio, quedando un imaginario social enmarcado con connotaciones morales, religiosas, políticas, sociales, las cuales le han dado significados de intolerancia y permisividad.

En general, el suicidio como problema filosófico (moral y ético), radica en su propia problematización; es decir, en el cuestionamiento reflexivo acerca de por qué un individuo es capaz de terminar con su propia vida, qué circunstancias, motivos o causas conllevan al ponerle fin a la vida de manera voluntaria, qué sujeto con conciencia ética desafía a su comunidad bajo este acto, qué clase de moral permite el suicidio de una persona.

Thomas Szasz (2002) explica:

Usamos la palabra “suicidio” para expresar dos ideas bastante diferentes: por un lado, con ella *describimos* una manera de morir, es decir, quitarse la vida, voluntaria y deliberadamente; por otro lado, la utilizamos para condenar la acción, es decir, para calificar el suicidio de pecaminoso, criminal, irracional, injustificado...en una palabra, malo [...] Matarse uno mismo o matar a otra persona puede ser moralmente correcto o incorrecto, o bien ninguna de las dos cosas, en función de las circunstancias y de los valores de la persona que juzgue el hecho (p. 21).

Lo cierto es que histórica, social, cultural y moralmente, como ya hemos mencionado antes, el suicidio es generalmente visto con horror. Aunque en ocasiones o en otras culturas sea visto con reverencia, en nuestra cultura el hecho de causarse la propia muerte puede ser considerado incluso como diabólico, es incomprensible y, por supuesto, se señala como anormal.

En este sentido, constatamos que ha existido una transformación moral ante el suicidio, lo que antes era un pecado, pasó a ser considerado un crimen, más tarde se convirtió en una enfermedad mental. La religión católica condena el suicidio como una forma autónoma de quitarse la vida. En el mandamiento de “no matarás”, al igual que en otros mandamientos, la condena se interpreta como una prohibición de Dios para no ser abandonado por el hombre.

Szasz (2002) dice que “únicamente cuando el suicidio es visto como el fruto de la autonomía personal, a modo de separación definitiva de Dios o de otras personas, es considerado un pecado o un crimen peor que el asesinato” (p. 219).

El intento de suicidio considerado como crimen, fue castigado por el derecho penal inglés hasta 1961, fue entre los años de 1946 y 1955 que casi cinco mil personas que intentaron suicidarse fueron llevadas a juicio; de esas, sólo 350 fueron declaradas culpables. Los castigos iban desde multas hasta el encarcelamiento. Con la aprobación de la Ley del suicidio, todo suicida frustrado tenía que ser examinado por un psiquiatra. Es decir, la ley se transformó en razón de la enajenación mental de estos casos, castigándolo con el encierro manicomial, nuevamente con una privación de la libertad.

La conversión del suicidio en locura precede al nacimiento de la psiquiatría. Éste es el resultado, no de la causa, sino del pecado y crimen a enfermedad como disculpa. En el siglo XVII, Robert Burton (1577-1640), sacerdote anglicano, buscaba mitigar los rigores de las leyes antisuicidio por medio de la transformación del mal en locura, a través de su tratado sobre melancolía, la cual era entendida como una enfermedad dada por manifestaciones de un desequilibrio humoral que afectaba al cerebro y al corazón (Szasz, 2002).

En general, del orden religioso, el suicidio pasará a ser tratado por el campo médico; los pecados, dice Szasz, pasan a ser enfermedades, y los comportamientos reprobables serán conductas de enfermos mentales. “Sólo las malas personas o acciones merecen “castigo”. Los enfermos y las enfermedades merecen “tratamiento”. Definir al suicida como un enfermo (“loco”) allanó el terreno para prevenir y tratar el suicidio como si fuera una enfermedad y alumbró el nacimiento de la psiquiatría moderna” (Szasz, 2002, p. 103).

La enfermedad mental, le niega al sujeto su papel de agente moral¹³ para transformarlo en víctima. Considerar al suicidio como una enfermedad mental tuvo como finalidad desestigmatizar

¹³ T. Engelhard (1995) define agentes morales como entidades con capacidades de discurso moral, que posee tres propiedades: autorreflexión, racionalidad y sentido moral.

la conducta como una consecuencia no deseada de la enfermedad, pero no dejó de ser pensada como una manifestación de la locura.

2.2 ENFERMO MENTAL O DEL LOCO OLVIDADO...

2.2.1 Psiquiatría e intento de suicidio

En el siglo XVII, los locos son encerrados no para curarlos sino para que se arrepientan, pues el loco no es visto como enfermo sino como un hombre sinrazón, que regresó a su animalidad, y que encerrado ya no atentará contra la conciencia ética del trabajo ni con la ética de la familia. La locura era una vergüenza y por ello se encerraba a los locos (Foucault, 1992/1999a); es decir, no sólo se excluye al loco, sino también a la idea de la locura.

Con la aparición del asilo, en el siglo XVIII, la locura fue vista como una consecuencia de los progresos sociales,¹⁴ y ya no como la animalidad propia del ser humano o como resultado de fuerzas inexplicables; de esta forma cualquiera puede estar a merced de ella. El suicidio es considerado como “dominio neutro de la sinrazón” (Foucault, 1992, p. 150). En esta época, se retoman el dualismo cuerpo y mente, así como la interacción que propuso Descartes en el siglo XVII, considerando que el tratamiento físico que se les daba a los internados no era suficiente para su cura.

Con el encierro de los manicomios, la locura ahora será entendida como insanidad o alienación, y posteriormente serán llamados enfermos mentales. De esta forma, la locura será apropiada por la medicina. De ser la locura moralizada de la Época clásica pasará a ser la locura patologizada de la época positivista.

La enfermedad era y sigue siendo lo único que les interesaba a los médicos, el paciente era visto sólo como un objeto. No obstante, es el siglo XIX, se toma en cuenta al individuo. Con Tuke y Pinel, dos personajes quienes trataron de “humanizar” el tratamiento de la locura, aparece la figura del médico,¹⁵ ya que al contratar médicos para sus hospicios, trataron de fomentar la idea de una figura de autoridad moral; así el médico será visto como figura paterna y también como juez. El médico, el del saber especializado, el que personifica la razón, se empeñará por reclasificar la

¹⁴ El avance del capitalismo lleva a separar al pobre del loco. El pobre saldrá del encierro y trabajará dentro de la sociedad, pero asumirá el estatuto marginado junto con otros, como homosexuales, enfermos, etc.

¹⁵ En otros ámbitos lo fue el maestro.

alteridad, y hará juicios de lo que es normal o anormal,¹⁶ desde la norma clasificatoria o del síntoma. Así, el discurso médico estará siempre protegido del *status* del juicio, una especie de condena de enfermo al “enfermo”. Siempre objetivando al paciente, tanto en su palabra como en su conducta, haciendo de esto sólo un hecho experimental.

Las sociedades y las disciplinas de las ciencias humanas con el saber-poder, han hecho hincapié en la diferencia entre lo normal y anormal para normatizar el comportamiento, y su funcionamiento dentro de instituciones, con consecuencias importantes. De esta forma, se ha promovido el encierro y la exclusión de los anormales.

Las prácticas llamadas “atrocidades médicas” fueron el resultado inevitable del esfuerzo de los ciudadanos alemanes por “utilizar la medicina como un instrumento del Estado para protegerles de las personas que consideraban sus enemigos y a quienes clasificaron como “enfermos” (Szasz, 2002, p. 192). En 1939, los psiquiatras alemanes comenzaron el exterminio sistemático de los enfermos mentales. Entre 1939 y 1941, más de 70,000 pacientes que ingresaron a hospitales psiquiátricos alemanes, habían sido gaseados o quemados vivos.

En 1943, Himmler decretó que “sólo los médicos que tuvieran una formación en antropología podían llevar a cabo la selección de los candidatos a la eliminación y supervisar tal supresión por sí mismos en los campos de exterminio [...] A los médicos nunca se les ordenó formalmente que asesinaran a enfermos mentales y a niños discapacitados. Simplemente fueron autorizados a hacerlo y ellos llevaron a cabo la tarea sin protestar, a menudo por propia iniciativa” (Szasz, 2002, p. 201).

La locura ha funcionado bajo criterios clasificatorios y de exclusión, dichos criterios, diría Foucault, han sido “inventados”, por la historia que los observa, describiendo la locura como un objeto constituido históricamente (Terán, 1995). Un ejemplo de esto es lo que Esquirol declaró “el onanismo es [...] una de las causas del suicidio [...] los individuos así debilitados [...] no tienen otro propósito que el de terminar con su vida, la cual les resulta insoportable [...] la locura o alienación mental es una afección cerebral normalmente crónica y carente de síntomas febriles” (citado en Szasz, 2002, p. 45).

Así, “las conductas que desaprobamos son clasificadas como enfermedades, mientras que los comportamientos aceptables son clasificados como tratamientos” (Szasz, 2002, p. 98). Es

¹⁶ Lo anormal es lo que difiere significativamente de lo normal, y es tomado como término de referencia para definir todo aquello que es normal.

decir, el suicidio deja de ser un acto motivado e intencionado, para construirse como un acto no intencionado de incontrolables “arrebatos de locura”; por lo que la persona que se suicida es considerada como independientemente de sus actos, como una víctima.

El sujeto suicida, al igual que en otros “padecimientos”, ha sido excluido como sujeto, y a su vez, su sufrimiento. El saber que existe acerca del padecimiento, del suicidio o intento de suicidio, es a través de una red de significados e imaginarios que el sujeto tiene con su cuerpo y su enfermedad, desde una serie de criterios organizados por los profesionales de la salud. Es decir, el sujeto suicida dentro del entramado institucional funda su identidad a partir del saber, normatividad y práctica de los profesionales de salud.

De acuerdo con Szasz (2002)

el razonamiento psiquiátrico en defensa de la prevención del suicidio [...] [plantea que] el suicidio es el resultado de una enfermedad mental; las enfermedades mentales son trastornos tratables; un tratamiento adecuado de la enfermedad mental elimina la causa del suicidio y previene contra un desenlace fatal; por tanto, la prevención del suicidio es un tratamiento de vida o muerte (p. 110).

Quizá, más allá de la postura del autor, parezca razonable el planteamiento sobre la prevención del suicidio, pues a fin de cuentas lo que se intenta es salvar la vida de sujeto. Pero el problema no radica en las buenas intenciones o el propósito de este fin, sino en lo que puede provocar, o mejor dicho, en las circunstancias que se construyen alrededor del tratamiento.

Bajo esta consigna, el imaginario social del fenómeno suicida se recrea en admitir que la enfermedad es la “causa” de acciones o sentimientos no buscados por parte del sujeto, el cual se convierte ahora en el paciente; que el “paciente” no es responsable de sus acciones o sentimientos, ahora llamados “síntomas”; y que los psiquiatras están facultados, quizá incluso obligados, para tratar la enfermedad del paciente, con o sin su consentimiento (Szasz, 2002). Esta afirmación tiene dos implicaciones, por un lado, no se ve al paciente como un ser malvado por su acto, pero es estigmatizado al ser considerado como loco.¹⁷ Por otro lado, el psiquiatra toma el control del paciente, la responsabilidad del psiquiatra será de tratar al paciente con tendencias suicidas, incluso contra su voluntad. En todo caso, la psiquiatría y en general la sociedad, tratan de desestigmatizar el suicidio mediante la medicalización de sus manifestaciones de muerte voluntaria. De esta forma, atribuyen todo a dicha conducta, excepto a la voluntad del sujeto.

¹⁷ El suicidio fue estigmatizado por la religión, ahora lo está por la medicina (psiquiatría).

Aun cuando en este trabajo no esté a discusión la intención, voluntad, libertad o autonomía del sujeto por llevar a cabo intento de suicidio, no podemos negar que es un acto denominado como muerte voluntaria. El problema de evadir este concepto de muerte voluntaria es que se puede traducir, de manera no intencional, en una actitud negativa hacia el sujeto que ejecuta esta conducta suicida frustrada, o bien estigmatizarlo.

Un ejemplo de lo anterior lo presenta Szasz (2002):

Nunca antes la gente ha afirmado, negado, sacralizado y demonizado tanto el papel que la libre elección juega en la muerte voluntaria. Una de las manifestaciones de esta ambivalencia es que la medicina, la ley y la opinión pública rechazan el suicidio que no lleve un sello clínico, pero lo aceptan en caso contrario (p. 221).

Quizá, éste sea un motivo para la ausencia en la bioética de investigaciones sobre el intento de suicidio diádico.

2.2.2 Bioética e intento de suicidio diádico

Existen muy pocos estudios desde la bioética que traten el tema del suicidio. No hay que olvidar que la clasificación del fenómeno suicida puede ir desde los suicidios egoístas, altruistas o anómicos, denominados por Durkheim en 1897, incluyendo los suicidios masivos (por ejemplo, Masada, Jonestown, etc.) (Maris, 2002), hasta el suicidio asistido y la eutanasia.

Estas dos últimas formas de suicidio han sido generalmente las que en investigaciones bioéticas se han abordado como muertes voluntarias, la eutanasia, en cualquiera de sus modalidades, y el suicidio asistido. Estos tipos de muertes voluntarias se caracterizan por el sufrimiento físico o por una enfermedad terminal, en este sentido, el paciente presenta poca calidad de vida. Lo que ha dado lugar a debatir las decisiones éticas basadas en la autonomía del paciente.

Sin embargo, desde la bioética no se han estudiado otras manifestaciones de la muerte voluntaria como los suicidios diádicos. La problemática del intento de suicidio no es abordada de manera práctica desde la bioética. ¿Acaso este tipo de muerte o acto suicida está libre de dilemas éticos?, o es que se olvidan las cuestiones subjetivas, sociales y políticas que también coexisten en una muerte voluntaria, o quizá estos suicidios no sean objeto de estudio de esta disciplina, pero sí de otras. Es decir, el suicidio asistido y la eutanasia han sido mayoritariamente abordados por la bioética, mientras que la ideación, el intento de suicidio y el suicidio consumado, han sido más estudiados por la epidemiología, la psiquiatría, la medicina, la sociología, incluso por la filosofía.

La pregunta que surge es ¿por qué esa exclusión? Existen importantes dilemas éticos en la práctica clínica de las disciplinas que la ejercen. Los cuestionamientos sobre el suicidio asistido y la eutanasia han sido debatidos y es un campo espinoso aún para los involucrados. No es cierto que toda muerte voluntaria sea igual, algunas sensibilizan, otras son rituales, en otras subyacen pasiones (Kraus y Álvarez, 1998).

Ahora sabemos que existen algunos tipos de suicidio donde la autodestrucción no sería una característica intrínseca sino una causa, vale decir, la razón para obrar; por ejemplo, en el suicidio asistido, el cual tiene otra connotación, quizá diferente de las anteriores. El suicidio asistido, implica que una persona auxilie a otra quien desea terminar con su vida, o bien la eutanasia, que es el acto o método para producir la muerte sin dolor y terminar con el sufrimiento (generalmente físico).

Las diferencias entre estos tipos de “actos suicidas estriban en los cuestionamientos filosóficos y éticos, además de los morales que están implicados en cada una” (Kraus y Álvarez, 1998, p. 7). Quizá la distinción entre los suicidios, o muertes voluntarias es la permisividad social y cultural que juegan un papel importante para la posición ante el suicidio, es decir, no es lo mismo el suicidio de un “hombre bomba” que el de un sujeto que se suicidó por problemas económicos, al de alguien que decidió morir para ya no sufrir una enfermedad terminal. La aceptación, la comprensión o el rechazo se construyen en cada imaginario social. Por ello, es relevante estudiar, estos suicidios e intentos de suicidio diádicos, debido a que los cometen sujetos cuya muerte no es considerada como algo natural (normal) y, por otro lado, la posición ante estos suicidios es ambivalente.

Lo anterior, proyectado en los escenarios clínicos, presenta el intento suicida del paciente como un riesgo ocupacional que el médico enfrenta en su práctica profesional, y que es considerado como una de las adversidades más estresantes (Yousaf, Hawthorne y Sedgwick, 2002). Pero ¿qué pasa con la persona suicida, aquella que decide ya no vivir por otras cuestiones que no son físicas, como una enfermedad terminal, o por estar conectado a un respirador artificial, sino porque está desempleado, por tener problemas familiares, económicos, emocionales, escolares, etc.? Para esa persona, el motivo del suicidio no es físico sino psicológico. Se trata de un sujeto que tampoco necesita que lo asistan para su muerte; simplemente, requiere de una decisión y de la acción por sí mismo; no necesita una muerte digna sino un método “certero”,

generalmente causante de un dolor físico momentáneo, mientras la muerte o el rescate (intento de suicidio) llegan.

Si el respeto a la autonomía del paciente se ha convertido en un paradigma en la toma de decisión médica en el último cuarto de siglo y la bioética occidental se enfoca cada día más a las decisiones éticas basadas en la autonomía del paciente, ¿qué pasa con la autonomía de la persona suicida? ¿Qué pasa con la beneficencia del equipo médico? ¿Cuál es la postura bioética ante estas personas?

CAPITULO III. FUNDAMENTOS BIOÉTICOS DEL INTENTO SUICIDA

*El éthos es la raíz o la fuente
de la vida de donde brotan
todos los actos humanos.
Zenón “el estoico”¹⁸*

En la actualidad, muchos no creen que alguien en su sano juicio,¹⁹ se quite la vida; el suicidio es un problema de salud mental (Szasz, 2002), en donde lo que importa es la prevención misma de las amenazas y de los intentos suicidas. No obstante, si comparamos las tasas de mortalidad por suicidio en el mundo con los esfuerzos de las políticas de prevención de suicidio, pareciera que no hay un fuerte impacto en la disminución de esta conducta.

Quizá el poco éxito de estas políticas se deba, a la falta de entendimiento de las implicaciones sociales, culturales e históricas del suicidio, a la falta de aceptación de la doble moral y el estigma que envuelven a dicha conducta, como hemos mencionado en apartados anteriores, los cuales pueden convertirse en obstáculos no sólo para la prevención, sino también en el tratamiento médico a los pacientes suicidas. Si hacemos un análisis de lo general a lo particular, el punto decisivo de la prevención del suicidio, no está en los programas de intervención, está en el contacto del sujeto con expectativas suicidas y el médico, durante su tratamiento, es decir, en la relación médico-paciente.

Generalmente, el tipo de relación médico-paciente que ha predominado en el tratamiento de la conducta suicida ha sido el paternalismo fuerte.²⁰ 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 están alterados, lo cual lo incapacita mentalmente para poder tomar decisiones sobre su tratamiento, internamiento u otra medida que evite un daño mayor (Cohen, 2007).

De este modo, como lo plantea Cohen (2006) “el problema es que la intervención paternalista, aunque tenga buenas intenciones, puede desencadenar efectos paradójicos” (p. 4),

¹⁸ González, 2000, p.49.

¹⁹ Véase el Glosario.

²⁰ El paternalismo fuerte “apela al derecho de no tener en cuenta o prevenir tanto los actos autónomos como los no autónomos de las personas, aunque dichos actos sólo afectan significativamente a las mismas personas” (Beauchamp y McCullough, 1983, p. 105); se distingue del paternalismo débil, porque éste sólo actúa ante casos fundamentalmente no autónomos. Sin embargo, más adelante se justifica por qué en este trabajo sólo hablamos de paternalismo y no se hace la distinción entre paternalismo débil y fuerte.

pues presenta grandes dificultades en cuestiones prácticas. La primera es el grado de interferencia sobre la libertad de un individuo; quizá el paciente no permanezca incapacitado mentalmente durante todo su tratamiento; segundo, tiene que ver con la precisión para predecir un intento de suicidio, por ejemplo, la hospitalización como prevención del suicidio, a menudo aumenta el riesgo de que el suicidio ocurra (Cohen, 2007); tercero, la conducta suicida no es homogénea, por ejemplo, no es lo mismo el intento de suicidio diádico, que el suicidio asistido, o bien la eutanasia; no obstante, el paternalismo interviene de igual manera en todas ellas.

Una posible mediación a estos efectos paradójicos es fijar los límites del paternalismo, es decir, no es que la intervención paternalista sea inadecuada en todo momento y en todos los casos de conducta suicida; incluso en intentos de suicidio diádicos, en ocasiones 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, 2007). **En este trabajo reflexionamos, no sólo en la autonomía de los pacientes en contraposición del paternalismo (Beauchamp y McCullough, 1983), sino también en la beneficencia, como un modo de ser del médico, apelando más allá de una alternativa, a un *ethos*, como fundamento del tratamiento y trato a los sujetos con conductas suicidas.**

De esta forma, nos basamos en la responsabilidad moral en el ámbito médico que está sustentada en los principios morales *prima facie*, en las virtudes y en sus deberes, los cuales dan origen a dos principios de responsabilidad moral en medicina, el principio de beneficencia y el principio de autonomía, ambos tienen la finalidad de atender los intereses del paciente (Beauchamp y McCullough, 1983), estableciendo las responsabilidades morales en la relación médico-paciente.

El principio de beneficencia busca el mayor beneficio evitando los males. Así, las virtudes y deberes de los médicos se convierten en bienes, en beneficios para los pacientes. El principio de autonomía, se centra en que los mejores intereses del paciente son los que él interprete, aunque estos difieran a los objetivos médicos; en general, dicho principio se sustenta moralmente en el respeto de los médicos hacia los valores y creencias de los pacientes.

Este apartado aborda los fundamentos éticos y bioéticos del intento de suicidio, desde el paternalismo hasta los dos principios bioéticos. En el principio de beneficencia, se aborda la relación médico-paciente, proponiendo un modelo interpretativo, el cual toma en cuenta al

paciente como agente moral capaz de decidir lo mejor para su salud, con la ayuda y acompañamiento del médico o equipo de salud, en un afán de protección. Asimismo, el principio de beneficencia está orientado a auxiliar al médico, para que éste pueda comprender su actitud y comportamiento, moralmente apropiado, en la atención al paciente. Esta manera de interpretar las significaciones morales, de su actuar como médico y de la solicitud expresa de su paciente, conduce al médico a una serie de obligaciones y virtudes concretas (Beauchamp y McCullough, 1983). Sobre el principio de autonomía, no discutimos sobre si el sujeto suicida tiene o no autonomía, sino en que como agente moral, puede o no ser autónomo pero de ninguna manera dejará de ser respetada su dignidad, o bien, que al ser consideradas como personas con menos autonomía tienen derecho a la protección.

En los dos principios de responsabilidad moral, beneficencia y autonomía, se manifiestan cuatro elementos vinculados:

1. El fin moral de la medicina: procurar los mejores intereses del paciente.
2. Un principio que estipule la significación moral de puntos de vista distintos sobre los mejores intereses del paciente.
3. Obligaciones (o deberes) provenientes de principio anterior.
4. Virtudes que derivan de dicho principio.

Finalmente, se intentará presentar estos cuatro elementos para cada uno de los principios en los escenarios clínicos.

3.1 PATERNALISMO MÉDICO

El término paternalismo hace alusión a la forma de tratar a las personas como los padres tratan a sus hijos. En referencia a los médicos, se distinguen dos rasgos esenciales, el primero es la beneficencia, como la protección de los padres sobre los mejores intereses de sus hijos y, el segundo, el rasgo de autoridad, los médicos toman las decisiones, como el padre lo hace por sus hijos.

El médico siempre puede ser visto como un patriarca, como dice Gracia, cuando domina a su paciente y exige obediencia y sumisión: “Cuando el médico actúa del modo más excelso y divino posible, como monarca paternal, tratará a sus súbditos, los enfermos, como seres pasivos a los que se procura el bien como a niños; tal es la esencia del paternalismo, una constante en toda la historia de la medicina” (Gracia, 1999, p. 25). En muchas ocasiones, los médicos han copiado el modelo del padre de familia, donde más que paternal se convierte en paternalista. Entonces,

cuando abandona el lugar de patriarca y olvida el lugar del padre, se vuelve tirano, y en este sentido, ya no hace del enfermo un hijo, sino un esclavo.

En la intención, dice Gracia (1999), las relaciones médicas han sido generalmente paternalistas. Aunque, también ha sido en muchas ocasiones tirano, al buscar su propia conveniencia y sólo accidentalmente la del enfermo, convirtiéndose en amo y señor.²¹ El médico representa superioridad por los conocimientos, experiencia y pericia, los cuales le van a legitimar las decisiones que considere como los mejores intereses del paciente (Beauchamp y McCullough, 1983). Esto sería el paternalismo médico, una constante en la ética médica.

Desde la antigüedad y siguiendo a Aristóteles, la enfermedad hace del enfermo un sujeto incapaz de prudencia (*phrónesis*), perturbándole el juicio moral. El enfermo tiene una disminución o nula moralidad. El enfermo es un *in-femus*, un sujeto falto de firmeza física y moral. En la relación médico-paciente, el enfermo busca llegar a ser *kalós* (*significa hombre sano y bello, el término se utiliza para designar la virtud moral*), en tanto que el médico, entra como virtuoso de las técnicas curativas, es decir, *agathós* (*significa en griego bueno y el término designa la virtud física*). Pero el enfermo es incapaz de alcanzarlo, porque la enfermedad siempre es fea y mala, por ello, se considera que toda enfermedad sea algo inmoral. Mientras que la moral será una cuestión física y el equilibrio de los humores, y la temperancia fisiológica es el fundamento de la virtud moral de la templanza. En Grecia, lo opuesto a la moral no era lo físico, sino una disminución de ella.

Galeno dice en su libro que las cualidades morales dependen del temperamento corporal, que no hay moral sin salud, y que las faltas morales son consecuencia de la mala complejión humoral. También dice, por naturaleza amamos la virtud y rechazamos el vicio, pero cuando alguien ama el vicio es porque su alma está corrompida, enferma. El cuidado del cuerpo es fundamental para conservar la salud, la educación moral lo es para el alma.

El concepto de salud y enfermedad, a lo largo de la historia ha estado asociado a la moral, y el enfermo se ha conceptualizado como la persona inmoral. Estas concepciones tuvieron un mayor auge, debido al juramento hipocrático. En forma de mandato y con la consigna de la obediencia, el juramento hipocrático representa incluso actualmente, el paternalismo médico.

²¹ Según Aristóteles: el gobierno del amo, aunque en verdad la conveniencia del esclavo y del amo por naturaleza es la misma, no deja por eso de ejercerse, sin embargo, según la conveniencia del amo, y sólo accidentalmente según la del esclavo; pues si el esclavo perece no puede subsistir el señorío del amo.

3.1.1 Paternalismo hipocrático

El juramento de Hipócrates de Cos (460 - 377 a.C) está caracterizado por el paternalismo inaugural de la medicina. El juramento es un compromiso contenido en el “*Corpus hipocraticum*” que fue reunido para la biblioteca de Alejandría. Haciendo una revisión somera del juramento, observamos que está estructurado en introducción, compromiso, actividad médica y conclusión. Aquí se desarrollan las etapas del juramento para ejemplificar el paternalismo explícito en éstas.

La introducción dice: “Juro por Apolo médico, por Asclepio, Higía y Panacea, así como por todos los dioses y diosas, poniéndolos por testigo, dar cumplimiento en la medida de mis fuerzas y de acuerdo con mi criterio al juramento y compromiso siguiente [...]”. El compromiso hace referencia a: “Tener al que me enseñó este arte en igual estima que mis progenitores, compartir con él mi hacienda y tomar a mi cargo sus necesidades si le hiciese falta; considerar a sus hijos como hermanos míos y enseñarles este arte, si quieren aprenderlo, de forma gratuita y sin contrato. Hacerme cargo de la enseñanza de mis hijos, de los de mi maestro y de los discípulos que estén por juramento unidos a la ley médica”.

La actividad médica: “Haré uso del régimen de vida para ayuda del enfermo, según mi capacidad y recto entender. Del daño y de la injusticia le preservaré. No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia. Igualmente tampoco proporcionaré a mujer alguna un pesario abortivo. No haré uso del bisturí ni aún con los que sufren del mal de piedra. Dejaré esa práctica a los que la realizan. Al visitar una casa, entraré en ella para bien de los enfermos, absteniéndome de todo agravio intencionado o corrupción, en especial de prácticas sexuales con las personas, ya sea hombres, ya mujeres, esclavos o libres. Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba divulgarse, lo callaré teniéndolo por secreto”. La conclusión: “Si soy fiel a este juramento y no lo quebranto, séame dado el gozar de mi vida y de mi arte, rodeado de la consideración de todos los hombres. Pero si lo violo y cometo perjurio, que me ocurra todo lo contrario”.

En resumen, el paternalismo hipocrático presenta en el juramento tres actitudes.²²

- a) Paternal: el paciente no decide sobre su enfermedad.
- b) Maternal: hacer lo más grata posible la enfermedad al paciente.
- c) Sacerdotal: tener el poder sobre la vida y la muerte.

²² Comunicación personal con Laura Rueda, en la Universidad de Chile, 2005.

El juramento hipocrático es vigente en nuestros días como código de conducta de los médicos y en muchas ocasiones su mandato justifica las acciones, y las prácticas que limitan la autonomía de los pacientes, sin su consentimiento. A este respecto, el paternalismo se ha distinguido en débil y fuerte.

Paternalismo débil y fuerte.²³

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). Esta definición plantea dos problemas, el límite de la autonomía y el límite del paternalismo.

Sobre el límite de la autonomía, se argumenta que la autonomía es un continuo en donde no se pueden establecer límites concretos. No obstante, la limitación de la autonomía es una condición de la presencia de paternalismo, ya que en éste es necesario que la autonomía de una persona esté limitada (Beauchamp y McCullough, 1983).

Acerca del límite del paternalismo, se enuncia el problema moral de la justificación de anular la autonomía de un sujeto mediante actos benéficos. Esto se resume en que el paternalismo médico surge a partir de la beneficencia y autonomía. Sin embargo, esta concepción de actos “benéficos” o considerar a la beneficencia como el acto de considerar los mejores intereses del paciente, aunque éstos difieran del enfermo, se sustentan en criterios limitados que intervienen con la libertad de una persona que inevitablemente conllevan consecuencias que pueden llegar a ser graves, sobre todo cuando dichos criterios tienen que ver con prejuicios personales, intolerancia o discriminación. El cuestionamiento que surge es si realmente el paternalismo se basa en la beneficencia, quizá no en la beneficencia que más adelante se plantea y que fundamenta esta investigación.

El paternalismo se ha distinguido en débil y fuerte. El paternalismo débil se refiere a que la conducta de una persona que sólo le afecte a ella misma pueda ser limitada si de antemano es no autónoma. Es decir, que existen motivos suficientes para aseverar que la capacidad de

²³ Los conceptos de paternalismo débil y fuerte los retomamos principalmente de Beauchamp y McCullough (1983), debido a que ellos fundamentan que existen diferencias sutiles entre ambos tipos de paternalismos y plantean que un principio (beneficencia) no debe de excluir a otro (autonomía); tales ideas se sustentan con el marco teórico del trabajo.

comprensión y capacidad de una persona en cuestiones médicas están ausentes, justificando no tomar en cuenta las decisiones del propio paciente.

De esta forma, la actuación del médico paternalista débil sólo se justifica si la autonomía de su paciente está disminuida o es cuestionable. El paternalismo débil también argumenta que el principio de beneficencia sólo debe aplicarse cuando la autonomía de una persona esté reducida o disminuida, en todos los otros casos de debe respetar el principio de autonomía. En resumen, el paternalismo débil plantea que “es justificable la interferencia para proteger al paciente de males producidos de forma no autónoma; y no es justificable la interferencia para proteger al paciente de males producidos de forma autónoma” (Beauchamp y McCullough, 1983, p. 108).

Las justificaciones de este tipo de paternalismo se han comparado con los argumentos antipaternalistas, quizá por ello, se dice que el paternalismo débil no es un tipo de paternalismo, aunque esté legitimado por la ley y por la filosofía moral.

El paternalismo fuerte se entendería como una interferencia de la libertad de acción de una persona, justifica su beneficio sin contar con el consentimiento o aceptación de esta persona. El médico paternalista fuerte, será quien con base en sus capacidades determina la condición del paciente y su tratamiento con el fin de restaurar la salud del enfermo o disminuir su dolor, presentando información seleccionada e infiriendo al paciente para que consienta lo que el médico paternalista considera lo mejor. Trata al paciente como un niño, sin capacidad de autonomía, sin toma de decisiones (Rodríguez, 2004).

El paternalismo fuerte 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, manifestaciones, etc.; obligándolo a conducirse de determinada manera. En sí, el paternalista fuerte deja a un lado a la persona que cree, siente y piensa, no le importa, y somete a la autonomía del paciente. Es decir, el paternalista determina qué es lo mejor para el paciente sin tomar en cuenta su decisión.

Quizá lo más preocupante es que el paternalismo fuerte es un problema en la medicina por la disparidad de valores entre el médico y el paciente:

Que el “médico sabe más” es una motivación poderosa, aunque sutil, para los médicos en los casos de conflictos; frecuentemente consideran la capitulación ante los valores de los pacientes como un sacrificio de juicio profesional por diferencia a una descabellada elección del paciente. En la misma concepción de compromiso del médico con el paciente acecha el paternalismo, como un fantasma que amenaza a la práctica médica. Los médicos buscan, con excesiva facilidad, un dictamen psiquiátrico para justificar sus puntos de vista en estos contextos, y el llevar

demasiado lejos la justificación de un paternalismo fuerte acarrea infinitos peligros (Beauchamp y McCullough, 1983, p. 117).

El paternalismo débil y el paternalismo fuerte tienen diferencias sutiles. El paternalismo fuerte justifica las intervenciones en contra de la autonomía del paciente, argumentando que se basa en el principio de beneficencia, en tanto el paternalismo débil apoya sus intervenciones en el principio de autonomía. Sin embargo, en muchas ocasiones las justificaciones de los médicos paternalistas fuertes suelen ser iguales a los paternalistas débiles, incluso a la de los antipaternalistas. Como lo mencionan Beauchamp y McCullough (1983), no se debe invocar un principio excluyendo completamente al otro, vale decir, no se puede determinar de antemano cuál principio tendrá mayor peso en una situación conflictiva. Por ello, los argumentos anteriores permiten explicar por qué en esta investigación no hacemos distinción entre los tipos de paternalismos, únicamente nos referimos al concepto de paternalismo.

En este sentido, planteamos que el paternalismo podría representar un conflicto entre el principio de autonomía y beneficencia (Beauchamp y McCullough, 1983) pero habría que matizar esta representación, debido a que el médico, o bien ampliamos esto al equipo de salud, tienen el deber de sugerir el mejor tratamiento que permita la restauración de la salud o evitar el dolor al paciente, e informárselo para que éste tome una decisión al respecto. Esto significa que ambos principios deben estar presentes en la relación entre médico y paciente, para justificar las responsabilidades morales de los médicos (Beauchamp y McCullough, 1983). Pero ante el paternalismo sólo debe existir la autonomía, o bien una beneficencia más humana, en vez de un paternalismo rígido, frío o áspero (Beauchamp y McCullough, 1983), considerando la actitud paternalista como una postura extrema de la beneficencia.

En el caso del intento suicida, el médico paternalista no sólo determina el tratamiento físico del sujeto suicida, sino que le da un trato de incapaz moral, de sujeto sin autonomía, y con frecuencia, con cierto estigma. Quizá porque el intento de suicidio sea la única condición voluntaria que le confiere al sujeto un estatuto de enfermo, una especie de enfermo o paciente voluntario, al cual el médico tendrá que salvar y tratar. De esta manera, la persona suicida queda a expensas de la toma de decisiones de su médico o de cualquier profesional de la salud, quien sustenta a éstas en un paternalismo que arrebató la autonomía, voluntad, libertad y en casos más graves, hasta los derechos o la dignidad humana del paciente. Si bien es cierto que esta transgresión a la autonomía o libertad de los pacientes es para protegerlos de ellos mismos (Rueda

y Sotomayor, 2003), con el argumento de salvarles la vida, queda lejos de evitar un nuevo intento o prevenir el suicidio mismo.

En el ámbito médico, en los escenarios de salud, la autonomía de las personas puede estar subordinada al paternalismo autoritario y no al compromiso de beneficencia que entraña la profesión médica. En muchas ocasiones, la autonomía entra en conflicto y los dilemas éticos son difíciles de resolver apelando a la mera normatividad. Lo importante es que esta problemática suicida bajo el enfoque de la bioética y la psicología social pueda alejarse de maniqueísmos, con la intención de ofrecer al médico o equipo de salud un análisis que le permita actuar de acuerdo con la beneficencia, virtudes y deberes frente a casos de intentos de suicidio, aunado a la autonomía o el respeto por las personas, considerando sus valores y creencias.

3.2 BENEFICENCIA O DE VIRTUDES Y DEBERES

El origen histórico de este principio yace en Occidente desde hace más de dos mil quinientos años. Fundamentada en la ética médica, el principio de beneficencia tuvo dos grandes momentos históricos que le dan el carácter actual. El primero, en la antigua Grecia con los médicos hipocráticos, quienes representan la tradición de códigos y juramentos, y con la ética de la virtud. El segundo momento, se situó en la Gran Bretaña, siglo XVIII, con la ética médica, planteada por John Gregory (Beauchamp y McCullough, 1983).

El primer tiempo histórico, en Grecia, está caracterizado por el juramento hipocrático, que anteriormente abordamos. Los rasgos particulares del juramento como: sus prohibiciones contra la cirugía, la inducción farmacológica del aborto y contra la administración de sustancias mortales, tiene su génesis en la religiosidad de los pitagóricos, y no en la filosofía. Además, el juramento no expone en ninguna parte dilemas éticos en la relación médico-paciente.

El aporte del juramento al principio de beneficencia es el compromiso ante la práctica médica con determinado fin y objetivo moral. En algunos párrafos del documento hipocrático, se menciona el fin moral de la medicina, pero no define cómo sería el actuar en beneficio de los mejores intereses de los pacientes (Beauchamp y McCullough, 1983).

En general, la ética médica de la antigua Grecia brindó tres elementos importantes al principio de beneficencia:

1. La responsabilidad moral de los médicos, es procurar los mejores intereses del paciente.

2. Aportar significaciones a los conceptos que dan lugar al principio de beneficencia en medicina
3. La obligación primaria, *prima facie*, del médico es beneficiar al paciente, siendo condición limitante la prevención del mal innecesario.

El otro aporte histórico de la antigua Grecia al principio de beneficencia proviene de la ética de la virtud, la cual se concibe en la concepción clásico-medieval de la virtud. La virtud como concepto se formalizó en los pensamientos de Platón, Aristóteles, complementando por los estoicos y los epicúreos, y retomado por Santo Tomás de Aquino. Esta noción de la virtud actualmente es abordada por las teorías éticas normativas; asimismo, el concepto ha sido central en la ética médica y en otras profesiones de la salud, incluso a veces tomado con un carácter normativo, pero generalmente es retomada como una teoría ética con vigencia, porque integra cuatro elementos de la vida moral: agente, acto, circunstancia y consecuencia.

Aristóteles ([330 a. C] 1970) definió a la virtud como el estado de carácter que hace buena persona y hace que dicha persona actúe bien, como fin de toda actividad humana, ya sea de la vida o de una actividad que se asume en la vida cotidiana. Asimismo, la virtud es el rasgo de carácter totalmente racional, no un hábito en el sentido de reflejo inconsciente, es un *habitus*, es decir, una disposición predecible en este caso a elegir el bien. La persona virtuosa será quien conozca el bien y sea al mismo tiempo bueno. A diferencia de Platón y Sócrates, Aristóteles ([330 a. C] 1970) señalaba que la persona virtuosa es aquella cuyas emociones son ordenadas por la razón hacia el fin de la felicidad.

Bajo esta perspectiva aristotélica, los agentes morales deben considerar qué es lo apropiado para la ocasión: “La virtud determina el fin; la sabiduría práctica nos hace hacer lo que conduce al fin” (Pellegrino, 1995, p. 23). El filósofo griego plantea que la sabiduría (*phrónesis*) es la virtud que delibera correctamente al hacer juicios morales y elegir los medios adecuados para el fin de la actividad en que se desarrolla. De esta misma manera, la sabiduría conjunta las virtudes intelectuales, que tiene la verdad como fin (ciencia, arte, etc.), y las virtudes morales, que tiene al bien como su fin. En general, la virtud se aprende en la práctica. En resumen, Aristóteles ([330 a. C] 1970) plantea en esta ética de la virtud: que lo moralmente bueno es lo que una persona virtuosa hace; la persona virtuosa es aquella que hace lo que es moralmente bueno. La virtud que uno posee lo hace bueno a uno. El vicio es el resultado de la ignorancia del bien.

En la ética basada en la virtud, el criterio normativo es la buena persona, la cual como agente moral no puede separarse de sus actos, de la naturaleza de esos actos, de las circunstancias en las cuales son realizados o de sus consecuencias. No obstante, este criterio suele ser también un punto débil para la ética basada en la virtud, debido a que se necesita un criterio suficientemente normativo de la virtud que establezca lo correcto y lo bueno que una persona virtuosa toma como tales, con el *a priori* de que dicha persona virtuosa es la que hace lo correcto y lo bueno. Platón desarrolló una lista de virtudes: fortaleza (en el *Laques*), templanza (*Cármides*), justicia (*República*), sabiduría y prudencia (*sophrosyne*) todas características de una persona virtuosa

Según Pellegrino (1995), cada filosofía y cultura tiene una expresión formal de los valores morales y las características de estas personas virtuosas. Así, cada comunidad de valores y creencias se ajustan a un modelo a través de una persona y de la personalidad, del paradigma de persona virtuosa; por ejemplo, en la filosofía, las obras de Platón, Aristóteles y Confucio, en las culturas, las figuras como Jesús, Buda, etc.

Esta ética basada en la virtud ha emergido en los profesionales de la salud como: excelencia en los rasgos de carácter, orientado hacia fines y propósitos (es decir, teleológicamente), o como una excelencia de la razón y no de la emoción, centrado en el juicio práctico y aprendido por la práctica. De esta forma, el médico debería ser virtuoso, moralmente bueno.

El segundo momento histórico que da carácter actual al principio de beneficencia está situado en Gran Bretaña. Lejos de los rasgos religiosos de la ética médica hipocrática, la ética médica de siglo XVIII presentó influencias de tipo laico y filosófico.

John Gregory, impulsor de la ética médica con rasgos filosóficos, mantuvo la idea que la medicina tiene un fin moral intrínseco, mientras el médico tiene el papel moral de la beneficencia; incluyó en sus ideas el concepto de simpatía, el cual utilizó como el vínculo entre el actuar en los mejores intereses de paciente y las obligaciones y virtudes concretas (Beauchamp y McCullough, 1983).

Gregory retomó de la filosofía moral el concepto de simpatía. En esta línea, Hume, señalaba que la base última de los juicios morales no es la razón, sino la simpatía, la cual, permite ponerse en el lugar de otra persona, para sentir lo que está sintiendo y así, simpatizar con las situaciones. Así, la simpatía puede conducir a los médicos a actuar de acuerdo con los mejores

intereses de los pacientes, según David Hume. Esta misma idea humeana de simpatía, es la que Gregory utilizó en sus escritos.

Gregory también planteó la importancia de las virtudes, que anteriormente se mencionaron, afirmaba que en caso de conflicto entre los intereses personales del médico y sus obligaciones con los pacientes, la virtud requiere priorizar las últimas. Las virtudes que ayudan a esta resolución de conflicto son la prudencia y la humanidad. Sin embargo, Gregory toma en cuenta otras virtudes como: la paciencia, el buen temperamento, la generosidad, la compasión, la firmeza y el vigor (Beauchamp y McCullough, 1983).

En general, la ética médica de Gregory aporta al principio de beneficencia (Beauchamp y McCullough, 1983):

1. Definición del fin u objetivo moral de la medicina, y de la forma en que el principio de beneficencia se aplica a la práctica clínica, a través de la simpatía.
2. Plantea la obligatoriedad de la veracidad y confidencialidad en el caso del enfermo terminal.
3. Señala la importancia de las virtudes imprescindibles para el cumplimiento rutinario y humano de las obligaciones médicas.

A través de la historia, se evidencia cómo la medicina fue integrando elementos constitutivos al principio de beneficencia. Ahora nadie duda de la obligación de los médicos para beneficiar a sus pacientes, y que en conjunto con sus virtudes, formen una parte primordial en la relación médico-paciente. Lo anterior, le dio un carácter completamente moral al actuar médico a través de la beneficencia, el cual permanece en la medicina moderna, a pesar del rasgo científico y técnico de la disciplina.

3.2.1 Relación médico-paciente

Históricamente, la medicina ha basado su práctica en las relaciones de confianza con los pacientes (Rodríguez, 2004). Tres momentos de la historia se han distinguido por su influencia en la medicina. El primero lo podemos situar en los griegos. Los griegos dan un enfoque racional y ético a la medicina al basar la causa de las enfermedades en fenómenos naturales y al implementar el cuidado del enfermo, principalmente, establecido en el juramento hipocrático (460-377 a C.). Plantean así, una ética de beneficencia y no maleficencia en la disciplina médica. El segundo

momento histórico, es con los estoicos (siglos I dd C.- II dd C.). Los estoicos proponen los deberes y obligaciones del médico, basados en una ética de misericordia y compasión hacia el cuidado de los enfermos. El tercer momento, es del cristianismo, que aporta a la medicina un carácter virtuoso y caritativo, en donde el enfermo es un “Cristo” (Rodríguez, 2004).

Tal parece que en estos momentos históricos han existido tres tipos de relaciones entre médicos y pacientes que actualmente se han combinado. Lo cierto es que en las tres, existe el voto de confianza del paciente ante el médico, debido al estado de vulnerabilidad en que se encuentra el enfermo, estado que el médico debe entender en todos los términos y hacerse cargo de la confianza que se le deposita.

La relación médico-paciente debiera fundamentarse en la beneficencia y en el respeto por las personas, como el fundamento moral de la autonomía, en conjunción. Para que ambos principios sean interactuantes en esta relación, el médico debe de tomar en sus manos la dirección de la enfermedad de su paciente, dando información extensa al paciente sobre su padecimiento y los posibles tratamientos, de esta forma permitirá que el paciente tome una libre decisión sobre el mejor proceso de cura (Rodríguez, 2004). Asimismo, el médico asistirá al paciente en dilucidar, los elementos alrededor de la toma de decisión, como los valores personales, obstáculos materiales o económicos, etc.

El paciente será reconocido como ser autónomo, capaz de tomar la decisión, previa extensa información, sobre su tratamiento o proceso de cura, será competente para ejercer esta autonomía. De esta forma, se conjugan la beneficencia y la autonomía. El elemento central que hace congruente estos principios, es que tanto el médico como el paciente, toman juntos decisiones con mutuo respeto por cada uno, entonces el médico nunca tomará todas las decisiones por el paciente. Rodríguez (2004) hace una amplia revisión sobre los principios de relación médico-paciente, encontrando algunos modelos que en la práctica se alejan mucho de lo anteriormente planteado, pero hay otros que han sido poco conocidos, que toman en cuenta ciertos aspectos psicológicos y bioéticos, y que por ello, es importante mencionarlos. El autor analiza seis tipos de modelos vigentes: el modelo paternalista o hipocrático, anteriormente descrito, el contractual, el consumista, el biomédico, el deliberativo y el interpretativo.

El modelo contractual: en él, tanto médico como paciente llegan a ciertos arreglos en forma de contrato. Es decir, la relación del médico con el paciente será bajo un contrato, en donde sí se toma en cuenta la autonomía del paciente para decidir su proceso de cura, pero el médico no emite una opinión en cuanto a la información, para que esa decisión sea la mejor posibilidad. Existe en

este modelo un claro distanciamiento de ambos actores, no se establece una relación de confianza. Este modelo está altamente asociado a la deshumanización médica, a la falta de compromiso, a falta de sensibilidad y a la falta de comunicación. El modelo contractual se sustenta en el carácter legalista, en el marco jurídico, que permite protegerse de los conflictos legales, previamente señalados en el contrato, es decir, el paciente puede demandar a su médico por alguna falta cometida dentro del contrato.

El modelo contractual, dice Rodríguez (2004), refleja algunos aspectos del progreso social, como el fortalecimiento tecnológico y el individualismo, debilitando enormemente las relaciones interpersonales, la escucha al otro y su desconfianza. También, el modelo está basado en una ética minimalista.

El modelo consumista: la característica de este modelo es que el paciente tomará la decisión de su tratamiento, sin darle importancia a la opinión de su médico; es decir, el paciente será autónomo no sólo en la toma de decisiones de su tratamiento, sino en las decisiones médicas, también. El médico será un simple asistente técnico que da las alternativas del tratamiento. La relación médico paciente no existe, sólo en términos de consumo. El médico será el prestador de servicio que el paciente tendrá que pagarle después de tomar una decisión sobre su propio tratamiento con base en costos y beneficios. De esta forma, el paciente se vuelve más vulnerable²⁴ al tomar por él mismo estas decisiones, sin considerar la opinión médica, por ejemplo, en los riesgos del tratamiento; mientras que el médico también está sometido al servicio de salud, el cual es visto como una empresa que ejerce control sobre él y sobre las decisiones médicas en general. El modelo consumista se sustenta en la regulación económica y de mercado, por ello no está planteada la ética, sino el consumo de la medicina como un servicio más.

El modelo biomédico: quizá el más conocido, dentro del modelo el paciente es visto como un ente biológico únicamente, olvidando al ser persona y con lo que ello implica. Es un modelo reduccionista. El médico da mayor importancia a la técnica que a la persona, a lo objetivo más que a lo subjetivo. Lo anterior, ocasiona que en la relación médico-paciente, ninguno de los dos sea considerado como persona, que no exista una relación de confianza. Se prioriza la patología, en vez de la escucha del paciente, no se le deja hablar y rara vez se examina a profundidad su

²⁴ Véase el Glosario.

“verdadero” malestar. Este modelo está fundamentado en un paradigma positivista de la ciencia, además de en la racionalización y la competencia.²⁵

Los dos últimos modelos plantean más elementos bioéticos que los anteriores, además de considerar ciertos aspectos psicológicos. El modelo deliberativo, implica que el paciente sea tomado en cuenta como agente autónomo capaz de tomar decisiones compartidas con su médico con base en sus valores asociados a su estado de salud. De esta manera, el médico tendrá la obligación de una información extensa sobre la situación del paciente, sugiriendo, sin persuasión, las mejores opciones de tratamiento, considerando el punto de vista moral del paciente, y así ayudarlo a tomar una buena decisión. El modelo se basa en el diálogo constante en la relación médico-paciente. El paciente se siente acompañado e importante para el médico, y por lo tanto tendrá confianza para abrirse con él.

El modelo interpretativo: tiene como peculiaridad, que el médico actúa como consejero, dando información al paciente sobre su condición, los posibles costos-beneficios de los diferentes tratamientos, toma en cuenta los valores del paciente para sugerirle la mejor intervención médica. El paciente, será quien tome la decisión sobre su condición de enfermedad, y es considerado como “alguien que está en proceso de conocerse a sí mismo y capaz de tomar decisiones médicas compartidas” (Rodríguez, 2004, p. 69). En esta relación existe, además de la plena confianza en ambos actores, un interés por escucharse, de entenderse y ver lo que hay detrás de la enfermedad. El médico debe ser capaz de interpretar el malestar del paciente, no sólo en lo que ve sino en lo que siente, ser un médico empático.

Aunque en los modelos se habla de la relación médico-paciente, éstos van más allá del médico y puede plantearse como relación entre el profesional, o equipo de salud y el enfermo. Asimismo, la relación debe entenderse como una interacción entre personas, y como tal deben de tratarse. De esta manera, para este tipo de problemáticas como el intento de suicidio, quedaría como opción el modelo interpretativo, que toman en cuenta la autonomía del paciente como agente moral capaz de decidir lo mejor para su salud, con la ayuda y acompañamiento del médico o equipo de salud, a manera de protección. Así, más que enfermos o pacientes, son personas con malestares. Por ello, el modelo conjuga algunos aspectos psicológicos como la escucha y la interpretación del malestar del paciente, en un sentido afectivo y empático. En este modelo interpretativo propuesto como el más adecuado para abordar la problemática suicida, es importante

²⁵ Véase el Glosario.

que *a priori*, la persona suicida deje de ser “paciente” para ser considerado un actuante dialógico, alejado del estigma y los prejuicios, y sea tratado con mayor dignidad.

La propuesta de considerar al sujeto suicida como un actuante dialógico, revela su importancia, cuando pensamos qué significa, en la relación médico-paciente, tener el rol de paciente, debido a que no es lo mismo tener una enfermedad que ser o asumirse como paciente. Como lo comenta Szasz (2001) “el tener una enfermedad es filosófica y empíricamente análogo a cualquier otra afirmación fáctica con respecto al mundo” (p. 88). El ser paciente, en cambio, es un rol que no necesita demostrarse empíricamente, resulta ser evidente. Este rol puede ser involuntario o voluntario.

Según Szasz (2001), existen cuatro categorías de combinaciones entre enfermedad, salud y rol de paciente. El primero es cuando existe una condición biológica anormal, se está enfermo, y al darse cuenta de ello, se busca la atención médica, para esa enfermedad demostrada. Segunda, la persona tiene una enfermedad, pero no acude al médico. Es decir, la persona está enferma pero no es un paciente. Tercera, la persona no está enferma pero es paciente. Son aquellas personas que se quejan de algunos síntomas, pero que no tienen una enfermedad demostrable. Esta categoría de personas representa una encrucijada epistemológica de la psiquiatría, pues son personas que actúan como enfermos pero que están sanos biológicamente, no obstante, son estos individuos los que son considerados los “enfermos mentales”. Cuarta, simplemente son las personas sanas.

En este sentido, los pacientes mentales no tienen una enfermedad médica y corporal, pues son más enfermedades funcionales, en donde los síntomas se asemejan más a los de las enfermedades médicas, pero esto no significa que las enfermedades mentales sean parecidas a las enfermedades corporales, sino que enfermos mentales actúan más como si tuvieran esas enfermedades médicas.

Por ende, el rol del paciente es la aceptación del tratamiento; “ser paciente significaría ser una persona que consiente en ser tratado o que al menos no rechaza ser tratado consciente y deliberadamente” (Szasz, 2001, p. 102). En dicho caso, el sujeto que ha intentado suicidarse sí sería paciente, pero lo cierto es que, el estigma y discriminación hacia estos sujetos los puede colocar en una pasividad que simple y sencillamente podría ser tolerada sólo en el paternalismo médico, lo que a su vez privaría la posibilidad de que se aplique otro tipo de modelo médico.

Si el sujeto con intento de suicidio es considerado un actuante dialógico, obedece a la naturaleza ontológica de la ética y por ende de la bioética. Asimismo, esto podría evitar, quizá que el médico lo considere como el único “paciente” intencionado, dejando atrás uno de los muchos

estigmas que existen alrededor de este sujeto. Esto necesita imprescindiblemente sustentarse en la ética médica, y más aún en la reflexión diaria de la misma práctica de atención.

Otro aspecto importante en la relación médico-paciente, es un tercer actor que para algunos es la familia. Para otros, el tercer actor es la sociedad, quien “regula” moralmente esta relación. Parece que al final, el entramado social y moral sostiene la relación médico-paciente, manifiesta en la participación de las acciones de ambos actores.

Después de hacer un análisis de los modelos de relación médico-paciente, de la implicación que conlleva a cada actor, de proponer teóricamente el modelo interpretativo para hacer frente a la terapéutica del intento de suicidio diádico y de considerar al sujeto con intento suicida como actuante dialógico, ahora nos proponemos hacer el análisis de los elementos circundantes en la relación médico-paciente, sin perder de vista el principio de beneficencia.

En el contexto médico, la beneficencia debe responder a los mejores intereses del paciente. Específicamente, en la relación médico-paciente, surge el cuestionamiento ¿qué quiere decir, para el médico, buscar el mayor predominio del bien sobre el mal en la atención a los pacientes? En este sentido, la beneficencia plantea ciertas significaciones clínicas que permiten definir los bienes y males que se tiene que sopesar. Así, el principio de beneficencia, plantea la idea de la obligación que tiene el médico de beneficiar a los pacientes (Beauchamp y McCullough, 1983).

Actualmente, los elementos sustanciales del principio de beneficencia son los denominados bienes y males, los cuales subyacen a la aplicación de este principio. Los bienes aluden a la salud, la prevención, el alivio de los dolores, la vida prolongada, etc. En tanto que los males son: la enfermedad, los dolores, el sufrimiento, la minusvalía, la muerte prematura, etc.

De manera histórica, se ha concebido a los bienes y males como valores básicos; sin embargo, en la medicina moderna no se reconocen de esta manera, aún cuando actualmente se consideran juicios de valor que imperan e inciden en la toma de decisiones clínicas. Los juicios de valor, conducen a sopesar los bienes con los males, para mejorar el malestar del paciente.

Si bien es cierto que la beneficencia conlleva de igual manera a la obligación de justificar los beneficios superando, por supuesto, cualquier efecto negativo que pudiera tener la intervención, también este compromiso requiere que el médico procure por todos los medios buscar la mejor opción, con base en su capacidad profesional (Beauchamp y McCullough, 1983).

Si la alternativa de mejora que propone el médico es diferente de la visión del paciente, el principio de beneficencia debería 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 médico sea siempre impuesto al del paciente, sino que las obligaciones del galeno sean procurar beneficios y evitar daños.

Cuando se habla de daño, es importante hacer notar que se hace referencia a obstaculizar o 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 parte. También dentro del daño se incluye la alteración de la reputación, propiedad, intimidad o libertad, es decir, están en función de los intereses afectados, tanto físicos como psicológicos (Beauchamp y Childress, 1983). Esto es importante porque incluye el estigma, el cual prevalece socialmente ante la conducta suicida diádica y es lo primero que debiera evitarse o rechazarse para beneficio de la persona que intentó suicidarse.

Al mismo tiempo, como parte de los beneficios al paciente, se espera un compromiso ético por parte del galeno, por el bienestar y salud del enfermo, por encima de la ganancia económica; que no se manipulen sino que se tomen en cuenta y se respeten los intereses del paciente; que además sea veraz la información (diagnóstico, pronóstico y tratamiento), y a su vez se guarde la confiabilidad del caso en cuestión y sobre todo, que el médico o profesional de salud esté actualizado en el conocimiento que representa como experto (Platts, 1999).

Por otro lado, Beauchamp y McCullough (1983), plantean los abusos o errores que pueden existir en la aplicabilidad del principio de beneficencia. En general, las interpretaciones poco juiciosas por parte de algunos médicos sobre los mejores intereses de sus pacientes, son consideradas como abusos del principio de beneficencia, debido a dichas interpretaciones en general no siempre favorecen a los pacientes, es decir, sobrepasan al principio de autonomía. El principio de beneficencia y el principio de autonomía deben estar asociados; sin embargo, cuando el primer principio se contraponen al segundo en su aplicación, se presenta uno de los mayores abusos de principio de beneficencia. En este sentido, como lo mencionan Beauchamp y McCullough (1983), la beneficencia no es la única vía que tiene el médico para alcanzar los mejores intereses del paciente; también está el principio de autonomía.

Finalmente, uno de los puntos críticos en la práctica clínica cotidiana es decidir si la persona tiene o no un potencial suicida y, si lo tiene, cuál sería la magnitud de este potencial, para

así tomar una decisión correcta al respecto (Maris, 2002). En estas situaciones, los médicos se guían por el juramento de Hipócrates, que estipula el respeto a la vida humana “Nunca suministraré una droga letal a pesar de que se me solicite, ni tampoco sugeriré esta posibilidad”. La justificación de la intervención médica en el intento suicida se apoya en consideraciones morales y éticas: el respeto a la vida y la beneficencia. Sin embargo, en dicha intervención surgen muchos cuestionamientos, ¿quién se encarga de la persona suicida?, ¿se debe hospitalizar a la persona después del suceso? En este caso, ¿debe estar el sujeto de acuerdo en su internamiento, o sólo se debe salvaguardar su vida?, ¿quién decide, el paciente o el médico? Está claro que quien intentó suicidarse ya tomó una decisión, la de quitarse la vida. Pero en la clínica, en el hospital el sujeto está bajo supervisión médica.

3.3 AUTONOMÍA O DE RESPETO POR LAS PERSONAS

La palabra autonomía significa *autós* que es propio, por uno mismo, y *nómos* es regla o ley, es el autogobierno de las ciudades-Estados. Hay que recordar que este concepto nace en la antigua Grecia, en un ámbito legal. Aunque la filosofía moral también la define como autogobierno, al mencionar que es la formación de la personalidad a través del conocimiento y entendimientos adecuados, sin el control, interferencia o limitaciones propias.

Históricamente, la autonomía cobra importancia en la ética filosófica de los siglos XVII y XVIII, principalmente con John Locke y con Immanuel Kant. Locke enfocándose en el ámbito político, sostenía que el Estado debía respetar un sistema de derechos básicos no interferibles, que todo individuo posee previamente a lo político. Dicho sistema integra cuatro derechos: a la vida, la salud, la libertad y a la propiedad. En sí, las ideas de John Locke se basan en la autonomía del individuo, en los derechos que protegen frente a la intervención sin consentimiento del sujeto (Locke, [1690] 1960).

Por su parte, Immanuel Kant, importante exponente de este principio, sostenía que en una comunidad moral que se constituye en el respeto mutuo, es fundamental considerar a los demás libres para elegir. En general, planteaba que el ser humano debe ser siempre un fin y no un medio solamente. La libertad entonces, conllevaría a evitar el trato del otro como medio, y se le reconocería como agente autónomo. Así, según Kant, todos tenemos el derecho a emitir juicios y al trato de forma igualitaria (Beauchamp y McCullough, 1983).

El autor de la *Crítica de la razón pura, Crítica de la razón práctica, y de la Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, argumentó que la razón es una estructura para el conocimiento y la experiencia. El imperativo es una regla práctica que hace necesaria una acción contingente, lo categórico, hace que sea obligatoria de modo absoluto. Así, el imperativo categórico es la regla del juicio moral, como máxima universal que proviene de lo racional. Kant (2004) mencionó en su obra *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* (1785) que “la representación de un principio objetivo, en tanto que es constrictivo para una voluntad, llámese mandato (de la razón), y la fórmula de mandato llámese imperativo” (p. 36). Es decir, si la acción es buena en sí, necesaria a la voluntad, y conforme a la razón entonces es el imperativo categórico. Lo que guía al imperativo son los fines-objetivos, es decir, esperamos consecuencias de nuestras acciones. De esta forma, Kant fundamenta la ética en el imperativo categórico, como la máxima ética que gobierna el recto actuar, que nace de la racionalidad del hombre y se expresa como una prescripción o deber. Para Kant, lo ético es cumplir con un deber; este deber no es jurídico, aunque el autor lo planteó como ley.

Fue John Stuart Mill, quien funda el concepto de autonomía en su tratado *Sobre la libertad* (1859), que es retomado por la bioética en nuestros días. Según Mill, la única forma de interferir con la autonomía de una persona es para proteger a otro, una tercera parte. Incluso, menciona que interferir para proteger a un individuos de sí mismo, de daños autoinfligidos, es una acción paternalista y debe estar prohibido.

A través de la historia, las ideas de los pensadores expuestos (Locke, Kant y Mill), prevalecieron en la filosofía moral hasta nuestros días. Actualmente, la asociación de la autonomía con concepciones filosóficas, ha llevado a plantear por definición que una persona autónoma es aquella que tiene la capacidad de actuar de manera libre y que pueda deliberar de forma controlada.

Una persona con plena autonomía cumple con ciertos requisitos y capacidades. Las capacidades son biológicas, como el funcionamiento adecuado de los órganos; funciones físicas, como movilidad del cuerpo, etc. También está 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 las que cuenta, tener valores, deseos y preferencias, los cuales son sensibles a las situaciones cambiantes (Platts, 1999).

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

En general, la autonomía es la obligación de cada sujeto de respetar sus propios principios y valores en su proyecto de vida. De esta manera, parte de dos consideraciones éticas: uno, los sujetos deben ser tratados como agentes autónomos; dos, las personas con menos autonomía tienen derecho a la protección.

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

En tanto que el respeto a la autonomía alude a que las acciones y decisiones de una persona deben ser libres y que nadie debe interferir en ellas. Es decir, sugiere una actitud moralmente adecuada, donde no se interfiera con los derechos, deberes y valores de la persona. También, dicho respeto requiere que las personas estén capacitadas para ordenar sus valores y creencias para actuar sin intervenciones controladas por otros. Sin embargo, este principio tiene dos acepciones: uno, aunque no existe de manera clara excepciones en la autonomía, dicho principio, es considerado *prima facie*, esto significa que puede ser superado por otros principios morales que limiten la autonomía. Dos, las personas que no sean consideradas 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 **considera 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 lleva a cabo el respeto a la autonomía.

Los fundamentos del principio de autonomía o respeto por las personas, no se encuentran en la historia de la medicina, sino en la filosofía y el derecho. Es principalmente el Derecho el que da fundamento al respeto a la autonomía. De acuerdo con el enfoque jurídico, la autodeterminación se considera igual a la autonomía; ya que, la primera es entendida como la capacidad para decidir por distintos planes de vida y tratar de satisfacerlos; así como la capacidad de tomar una decisión propia que implica información, ausencia de coacción y características cognoscibles; y también tener la capacidad para expresar autogobierno (Beauchamp y McCullough, 1983).

La autodeterminación alude a la soberanía que tiene una persona sobre su propia vida, que a su vez protege su intimidad y le otorga el derecho de controlar lo que le suceda a cada persona y sus bienes. Así, la soberanía de una persona limita legítimamente a los demás a inmiscuirse en la vida de esa persona.

Beauchamp y McCullough (1983), mencionan que los derechos de la soberanía individual protegen la libertad del individuo de elegir sus mejores intereses. Ya en el campo médico-legal, los autores plantean que:

El principio legal de respeto a la autodeterminación se aplica a los asuntos concernientes a la responsabilidad del médico porque los pacientes y los médicos no son iguales en cuanto su posesión de información ni a su capacidad de controlar las circunstancias en las que se encuentra. Concretamente, una de las partes está sana y tiene conocimientos médicos, mientras que la otra está enferma y no los tiene. Los derechos legales constituyen un modo de limitar el poder del médico y de proteger al paciente de entrometimientos no autorizados (tales como la cirugía sin consentimiento, el internamiento involuntario en una institución para enfermos mentales y la revelación pública de información contenida en archivos hospitalarios) (p. 46).

En este sentido, el conflicto que más frecuentemente se presenta es la disyunción entre lo que la medicina entiende por mejores intereses del paciente y lo que el propio paciente entiende por éstos. Si el médico cometiera el error de intervenir al paciente sin su consentimiento,

legalmente el galeno puede ser acreedor de una condena por agresión, o bien de negligencia, por la falta de beneplácito del paciente.²⁶

La ley expone que la relación entre médicos y pacientes en términos contractuales y fiduciarios. De esta forma, el médico nunca deberá suponer que el cuidado de su paciente le confiere el derecho a evadir las decisiones y elecciones propias de su paciente, en cuanto a los intereses pertinentes que el mismo pueda definir (Beauchamp y McCullough, 1983).

Al igual que el principio de beneficencia, el principio de autonomía se origina del imperativo moral de procurar los mejores intereses del paciente. No obstante, el segundo principio, se fundamenta en el punto de vista de los pacientes. Así, los bienes y males que se sustentan en el principio de beneficencia no son precisamente los mismos que tienen los individuos afectados, los pacientes; estos bienes y males son más diversos e inclusive totalmente diferentes a los planeados por la medicina (Beauchamp y McCullough, 1983).

Los cuatro elementos del principio de autonomía²⁷ que se sustentan en la dimensión moral del rol del médico; su fin moral, sus principios, obligaciones y virtudes son:

El fin moral de la medicina: es procurar los mejores intereses del paciente, los cuales son determinados por las decisiones autónomas de ellos.

Principio moral básico: el respeto a la autonomía es el único principio fundamental. El médico debe respetar las decisiones y acciones del paciente relacionadas a la atención médica.

Obligaciones morales derivadas: las obligaciones del médico comprometidas en el respeto a la autonomía implican la revelación de información médica, confidencialidad, fidelidad, etc.

Virtudes morales derivadas: las virtudes del médico procedentes del principio de respeto a la autonomía son: veracidad, ecuanimidad, fidelidad, etc.

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

²⁶ En México una similar normatividad está estipulada en la Ley General de Salud (Reglamento de la Ley General de Salud, 1984). Más adelante, en el siguiente capítulo se hará mención de la normatividad legal en México.

²⁷ Estos cuatro elementos se retoman de los planteados en la página 43, pero en estos momentos se especifican únicamente para el principio de autonomía.

el derecho a equivocarse en decisiones basada en los valores, deseos y preferencias, esto se debe a que el valor que se reconoce en la autonomía surge en parte por el valor que se reconoce en la propia capacidad de ser agentes que toman decisiones (Platts, 1999).

Plantear cualquier cuestionamiento alrededor de la autonomía es preguntarse ¿qué haría yo si fuera paciente? Tres son las posturas:

1. ¿Qué haría yo si fuera paciente y tuviera mis actuales valores, preferencias y deseos? 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 actualmente tiene el paciente?

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

Por otro lado, la ética médica se fundamentó en la autonomía del paciente y el respeto por la dignidad y los derechos del hombre, con un mismo fin, el bienestar. Pero en el caso de los pacientes con intento de suicidio diádico lo que se desea es ponerle fin a la vida, la vida no representa el bienestar, sino lo opuesto, no se le quiere prolongar porque ella misma es un sufrimiento, desde un criterio psicológico, subjetivo, en esta circunstancia ¿quién decide este bienestar, el paciente o el médico?

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

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 restringe 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.

Quizá el sujeto que intentó suicidarse esté incapacitado transitoriamente, con poca autonomía, esto durante el acto, y tal vez inmediatamente después del acto fallido. Pero posiblemente un tiempo después del evento, recupera su autonomía. La relatividad del tiempo

sitúa una dificultad en el trato de los sujetos que intentaron suicidarse, es decir, si perdió su autonomía antes del intento o después, es algo relativo que podemos suponer, por ello la importancia de entablar un diálogo con el sujeto. Lo que en estos momentos podemos plantear, insistimos, es que el agente moral puede no ser autónomo pero de ninguna manera debe dejar de ser respetada su dignidad como persona.

CAPITULO IV. BIO-PODER O BIOÉTICA EN EL INTENTO DE SUICIDIO

*Las gentes honradas otorgan nombre a las cosas,
y las cosas soportan estos nombres...
(La víctima propiciatoria) está en el bando de los objetos nombrados,
no en el de aquellos que las nombran.
Jean-Paul Sartre*

En el presente apartado, se intenta problematizar y reflexionar de manera general a través de la psicología social,²⁸ por un lado, sobre el discurso bioético, su relación con el derecho y la medicina (psiquiatría), por otro lado, acerca del fenómeno suicida, su control y vigilancia social. Me interesa examinar si la autonomía de las personas o el bien para el otro (beneficencia) guarda relación con un dispositivo de poder, en donde el discurso del derecho y el discurso médico tiene que ver con el nacimiento de otro discurso: el bioético como un nuevo bio-poder, que en este caso analizaremos bajo el intento de suicidio.

4.1 BIO-PODER O BIOÉTICA

La tesis central de la presente investigación es la aproximación bioética, en conjunción con la psicología social, al estudio del intento de suicidio diádico, a través de los principios de beneficencia y autonomía; sin embargo, en este momento retomamos nociones como biopolítica o bio-poder con la intención de ubicar en un nivel macro, histórico y social, el problema de investigación que abordamos y enfatizar la necesidad de la reflexión bioética en este cuestionamiento científico.

En el derecho romano, el padre podía disponer de la vida de sus hijos, no sólo podía dársela sino también quitársela. Este derecho derivó en el poder del soberano al detentar el derecho de vida y muerte (Foucault, 2000), el cual podría ser indirecto o directo. Indirecto, en casos de guerras, en donde el soberano pedía a sus súbditos participar en la batalla, sin proponerles abiertamente su muerte, en un sentido lícito; o podía ser directo, cuando un súbdito se levantaba contra del soberano, éste podía ejercer el poder directo sobre la vida del rebelde, matándole. La muerte que daba este derecho del soberano no era más que la contracara, y en cierta forma efecto,

²⁸ Entendiendo que la psicología social estudia los procesos de la subjetividad que se articulan en determinadas condiciones sociales e históricas (Fernández y Pimentel, 1994).

del derecho que tiene la sociedad de mantener la vida. Más que un derecho de vida y muerte, es un derecho de hacer morir o dejar vivir.

Sin embargo, el derecho de muerte cobró menor importancia ante un poder que se interesó o centró más en la administración de la vida. Ahora, el poder que se ejerce sobre la vida, es para aumentarla, asegurarla, y a su vez tener mayor control y regulación de ella. Por ende, la muerte, ya no es en nombre del soberano, sino por la supervivencia de la población, vale decir, se aplica la muerte en razón de ser del poder y su lógica de ejercicio. De esta forma, se mata a los que significan para los demás una especie de peligro biológico. Así queda justificado contar con la muerte, ya sea en la forma de pena capital, represión política, eugenesia, genocidio, etc., como una posibilidad que se ejerce sobre la vida por parte del poder que se fundamenta en su cuidado. Más que un derecho, entonces es un poder de hacer vivir o de rechazar hacia la muerte (Foucault, 2000).

Este poder sobre la vida, se desarrolló en el siglo XVII y da “origen” a lo que Foucault denomina el bio-poder.²⁹ En este sentido, se constituyen dos conjuntos de técnicas o polos de bio-poder que surgen en los siglos XVII y mediados del XVIII. La primera apunta al cuerpo como máquina, es la anatomopolítica del cuerpo humano, caracterizada por ser una tecnología individualizante del poder, basada en el escrutar en los individuos sus comportamientos y su cuerpo, con el fin de *anatomizarlos*, es decir, producir cuerpos dóciles y fragmentados. Se basa en la disciplina como instrumento de control del cuerpo social. Las herramientas anatomopolíticas son la vigilancia, el control, la intensificación del rendimiento, la multiplicación de capacidades, el emplazamiento, la utilidad, etc. El segundo polo o técnica, se centra en el cuerpo-especie, es la biopolítica, la cual tiene como objeto las poblaciones humanas, regidas por procesos biológicos (Foucault, 2000). La biopolítica es parte de la anatomía política de los cuerpos individuales entendidos como fuerzas productivas, y también como el control regulador de la reproducción humana en el nivel demográfico, que se desarrolla como biopolítica de los pueblos (Kottow, 2005). Esta entidad posee tasas de natalidad, mortalidad, etc., que pueden usarse para controlarla, regularla y hacerla variar en la dirección que se desee. De este modo, tanto las disciplinas del cuerpo como las regulaciones de la población formaron parte de la organización del poder sobre la vida, cuya función fue invadir la vida (Foucault, 2000).

²⁹ Foucault, a través del concepto de bio-poder, nos había anunciado desde los años setenta que los dispositivos de *poder y de saber* tienen en cuenta los “procesos de la vida” y la posibilidad de controlarlos y modificarlos.

Foucault (2000) mencionó que

la vieja potencia de la muerte, en la cual se simbolizaba el poder soberano, se halla ahora cuidadosamente recubierta por la administración de los cuerpos y la gestión calculadora de la vida. Desarrollo rápido durante la edad clásica de diversas disciplinas [...] prácticas políticas y las observaciones económicas [...] pues, de técnicas diversas y numerosas para obtener la sujeción de los cuerpos y el control de las poblaciones. Se inicia la era de un bio-poder (p.169).

Primeramente, las técnicas de la anatomopolítica, es decir, de la disciplina, dieron origen a las instituciones como el ejército y la escuela; posteriormente, las técnicas de las regulaciones de la población, permitieron el nacimiento de la demografía, como relación de la economía y la población. Pero fue a través de la Ideología, como doctrina del aprendizaje, como contrato y formación regulada del cuerpo social, que ambas técnicas formaron en su conjunto y operaron al mismo tiempo en una teoría general, que constituiría la gran tecnología del poder del siglo XIX.

El bio-poder era indispensable para el capitalismo y para todos sus componentes, “la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción y mediante un ajuste de los fenómenos de población a los procesos económicos” (Foucault, 2000, p.170), es decir, al ser el cuerpo y los procesos vitales centro de la política, se convierten en asuntos de Estado, el cual, genera técnicas de control y disciplinarias (De la Garza, 2008) que en poco tiempo requirieron de más métodos de poder, a través de instituciones que mantuvieran y aseguraran las dos técnicas del bio-poder, pero que a su vez las utilizaran a fin de garantizar relaciones de dominación y efectos de hegemonía, entre estas instituciones se encuentra la medicina individual y colectiva (Foucault, 2000).

El suicidio constituye un ejemplo de cómo la biopolítica racionalizó los problemas que planteaban a la práctica gubernamental fenómenos propios de un conjunto de seres vivos, y cómo dichos problemas se han convertido en retos para la economía y la política (Foucault, 1999c). En la vida, el poder establece su fuerza, pero la muerte es su límite, el momento justo que ya no puede asir. Por esto, el suicidio se vuelve el punto secreto de la existencia. Foucault (2000) explicitó que el suicidio:

hacía aparecer en las fronteras y los intersticios del poder que se ejerce sobre la vida, el derecho individual y privado de morir. Esa obstinación en morir, tan extraña y sin embargo tan regular, tan constante en sus manifestaciones, por lo mismo tan poco explicable por particularidades o accidentes individuales, fue una de las primeras perplejidades de una sociedad en la cual el poder político acababa de proponerse como tarea la administración de la vida (p. 168).

Es que el suicidio despoja del derecho de muerte al soberano (de los cielos y de la tierra), ya que “el último poder del poder es la muerte” (Foucault, 2000, p.172), por eso es que también esta conducta llega a considerarse un crimen. Después, el suicidio se consideró una manifestación de la locura, lo que permitió que el poder tuviera acceso al cuerpo, al ser de las primeras conductas que en el siglo XIX fueron estudiadas a través de la sociología, específicamente por Emile Durkheim.

De esta forma, los fenómenos de la vida humana pasan a ser interés del orden del saber y del poder, ejemplificado en el desarrollo de los conocimientos relativos a la vida en general, a su mejoramiento y mantenimiento, a fin de controlarlos (saber) y modificarlos (poder). Así, “se deberá entonces hablar de “biopolítica” para designar lo que hace entrar a la vida y sus mecanismos en el dominio de los cálculos explícitos y convierte al poder-saber en un agente de transformación de la vida humana” (Foucault, 2000, p.163).

Foucault (1996) consideró que el intento de suicidio es una resistencia, realizada a través de un acto de poder,³⁰ que ejerce sobre su propio cuerpo, es decir, contra un bio-poder. La resistencia es la respuesta de los sujetos al ejercicio del poder sobre sus cuerpos, sus afectos y afecciones, sobre sus actos y acciones. En ella “se inscribe el ejercicio de la libertad, transformándose en un acto singular del sujeto que resiste” (García, 1999, p. 64), es decir, la biopolítica.

La inserción de la biopolítica en el saber-poder sobre el tema del suicidio, se dio a través del aparato de poder de la institución médica, denominada para vigilar y castigar en el manicomio, en donde se tenía el derecho de intervenir cuando las “libertades” ponen en peligro la “seguridad del cuerpo”, incluyendo a tipos de humanos peligrosos para la vida (De la Garza, 2008), como los locos (Foucault, 1999d).

Cabe hacer notar que la noción de poder que Foucault utiliza en sus primeros trabajos, como la Historia de la locura I (1992) y II (1999a), y el Nacimiento de la Clínica (2001), hace referencia al poder como una fuerza opresora. Pero la noción de poder en la biopolítica toma un carácter de sustento ofrecido por la política para crear estructuras que permite a las personas conseguir nuevas libertades y procesos vitales. Así, el Estado manipulará el poder sobre la vida, pero ahora el poder será permisivo, no sólo represivo, crea las condiciones para nuevas

³⁰ La resistencia tiene materialidad, se encarna en cuerpos.

capacidades (Bishop y Jotterand, 2006) de verdad y saber, es un poder destinado a producir fuerzas, a hacerlas crecer y ordenarlas, más que a doblegarlas y destruirlas (Foucault, 2000).

Por lo anterior, no es fortuito que la forma tradicional de tratamiento a la enfermedad mental, incluyendo, la conducta suicida, sea a través del paternalismo, el cual, es una interferencia de la libertad de acción de una persona, con el fin de proporcionarle un bienestar o evitarle un malestar, obligándolo a conducirse de determinada manera. Bajo el dominio del saber-poder los individuos se convierten en sujetos, donde se producen sujeciones específicas, por ejemplo, señalando al sujeto qué hacer, o qué debe hacer. La sujeción del enfermo mental³¹ (Foucault, 1999d) lo hace moralmente aceptable y técnicamente útil.

Por ello, tampoco es casual que en medicina y psiquiatría, el modelo paternalista siga tan vigente y operando como una técnica de control y disciplinaria, que vigila y castiga en la institución psiquiátrica, con el fin de intervenir las “libertades” de los “enfermos mentales” (Foucault, 1999d). Lo que pasa es que el paternalismo, que empezó representando el poder soberano, ahora justifica la anulación de la autonomía de un sujeto mediante actos benéficos. Pero los actos “benéficos” o calificar a la beneficencia como el acto de considerar los mejores intereses del paciente, aunque éstos difieran de los del enfermo, también se sustentan en criterios limitados que restringen la libertad de una persona.

Entonces, podría plantearse que el poder médico está interesado en obtener beneficios que provienen del tratamiento de los “locos”. Estos “individuos peligrosos” (Foucault, 1999e), constituyen una amenaza para la salud y supervivencia del resto de la población; así, la beneficencia es para proteger la vida de los otros, no la del enfermo mental. De hecho, parece que con la muerte del sujeto suicida también se salvaguarda a la población de “individuos peligrosos”. Pero la beneficencia también parece ser un control social que tiene la tarea de proteger, separar y prevenir. De esta manera, la beneficencia no escapa al bio-poder.

Bajo este panorama de la biopolítica del paternalismo médico, nos preguntamos si la bioética, al situar también la idea del ejercicio de poder (tecnocientífico) sobre el cuerpo humano y sus principios bioéticos, se acerca a la biopolítica. En este sentido, ya se planteó la beneficencia en relación con el paternalismo. En cuanto a los principios bioéticos, por un lado, la beneficencia³² no sólo consiste en el bien-estar del paciente, sino también en identificar los bienes y males del acto

³¹ El enfermo mental dice Foucault (1999c)- “no es la verdad por fin descubierta del fenómeno de la locura, es su avatar propiamente capitalista en la historia etnológica del loco” (p. 95).

³² Por lo menos como se entiende y trabaja este principio en la presente investigación.

médico. Pero, principalmente, consiste en puntualizar las virtudes y deberes de los médicos, vale decir, es pensar la ética de manera foucaultiana, como una práctica (ascética) de sí,³³ entendiendo en este momento que la ética no es decir a los otros lo que deben pensar (el paciente), sino pensar con referencia a uno mismo (el médico). Por otro lado, se considera de igual forma a la autonomía. Por ello, más que la libertad o autodeterminación del sujeto que intentó suicidarse, se plantea la autonomía como el respeto por los valores y creencias de los pacientes.

Quizá estas explicaciones no sean suficientes para alejarnos de la biopolítica, debido a que ésta va más allá. Suponemos que la biopolítica ha determinado la disminución de la autonomía de los sujetos al modificar sus voluntades (en el caso que nos ocupa, nos referimos tanto a la voluntad de los sujetos médicos como de los sujetos pacientes). Para Foucault, la biopolítica tiene una posición polivalente en la vida moderna. Por un lado, la biopolítica vino a formar parte del destino de la gente para mejor, con el sueño del liberalismo; no obstante, también forma parte del destino de la gente contra su voluntad. Por otro lado, con la biopolítica, la biomedicina, representada en un cuerpo de expertos, ayudó a la gente a alcanzar la idea de la libertad personal (Bishop y Jotterand, 2006) o todo lo contrario, como en el caso de la enfermedad mental.

En el panorama polivalente de la biopolítica, pareciera que la bioética es una nueva tecnología de ésta, o bien, un bio-poder, pues con la bioética la vida (las ciencias de la vida) se convirtió nuevamente en objeto del ejercicio de poder y la corporalidad en un lugar central para la política. Algunos estudiosos de la bioética, la han utilizado como ese nuevo poder sobre la vida, otros sólo esperamos que no sea usado en contra de ella, en contra de los seres humanos (Martínez, 2008).

Pero, a diferencia del bio-poder, la bioética se origina en la filosofía moral que en este capítulo entendemos de “forma” foucaultiana como un estilo inédito, como estética de la existencia, por lo que no es un código, ni una conducta, no es la moralidad ni tampoco es un ideal; la ética es una práctica de sí. No es un “biendecir”, como dijo Lacan. Según Foucault, es un ejercicio permanente del “decir-se” (Abraham, 1988).

La biopolítica ha estado siempre, y la bioética puede seguir no reconociéndola (Bishop y Jotterand, 2006), o bien, la bioética puede revertir la tendencia de la biopolítica, restituyendo la

³³ Foucault concibe la ética en el “cuidado de sí”, que es el que nos obliga a tener responsabilidades con respecto a los otros, y no las responsabilidades que nos imponen cierto tipo de relaciones con uno mismos (Rajchman, 2000). Sin embargo, no se trata de anteponer el cuidado de los otros al cuidado de sí, ya que éste es éticamente lo primordial (Foucault, 1999f).

dignidad de la vida, y construir una política encaminada a la equidad y el respeto por la vida biológica humana y no humana (De la Garza, 2008).

Por lo anterior, la bioética debe abordar problemáticas como el intento de suicidio diádico, que hasta ahora no ha contemplado en su campo de estudio, y cuyo problema ha guardado relación con un dispositivo de poder, cobijado por los discursos médico y jurídico, los que a su vez están insertos en la biopolítica. Y es que la biopolítica no sólo transforma la vida biológica del sujeto, sino sus relaciones sociales y atributos personales, pero sobre todo su ciudadanía y sus derechos (Kottow, 2005).

Con el bio-poder, el sistema jurídico cobra mayor importancia, a pesar de que el arma central a la transgresión de la ley es la muerte. La ley ahora debe calificar, medir, apreciar y jerarquizar para distribuir lo viviente en un dominio de valor y de utilidad en cuanto a la norma. En este sentido, la ley se integra a otros aparatos de poder como el médico; la función de la ley será la de normativizar y regular la sociedad, para que acepte un poder traducido en normas (Foucault, 2000), incluyendo los derechos humanos.³⁴

Con un lenguaje mucho más descriptivo y restrictivo, a continuación se presenta la información referente al derecho jurídico en materia de salud y de enfermos mentales, también se exponen el derecho a la vida y el derecho a la muerte (o a morir), y algunas declaraciones y normativas éticas, así como algunos de los derechos humanos, todo esto con fin no sólo de evidenciar los alcances que con el derecho tiene el bio-poder, sino principalmente, el propósito de este apartado es demostrar la necesidad de conocer los derechos de los médicos y los pacientes.

4.2 DERECHO Y BIOÉTICA³⁵

El derecho es parte del Estado, su papel es normar o regular situaciones o conductas sociales entre los hombres, postulando una conducta obligatoria y debida, para asegurar la cohesión social (Estado). Es decir, el derecho se inhibe de regular conductas individuales, dejando estos espacios a la autonomía, a la moral y a la libre toma de decisiones. Un derecho, según Álvarez, (2002) “es tener la posibilidad de recurrir y poner en funcionamiento el aparato judicial equiparándolo así a

³⁴ Véase el Glosario.

³⁵ Para Casado (2002) “Unir las nociones de Bioética y Derecho es importante, no para juridificar a la primera, sino para entender los valores constitucionales y los “principios generales de las naciones civilizadas” como acuerdo mínimo: a la luz de la Declaración de Derechos Humanos y de las demás declaraciones internacionales y convenios” (p.183).

una acción procesal” (p. 93). No obstante, existen derechos que no necesariamente implican al sistema judicial, o bien, tampoco es necesario que se ejerzan sólo de manera procesal.

Generalmente, el derecho se confunde o se equipara con algunos conceptos, como libertad, poder y privilegio. Estos conceptos por sí mismos son diferentes. La distinción entre derecho y libertad es que el segundo concepto se refiere a la condición para poder hacer algo sin ningún impedimento, lo cual remite al permiso, autorización, etc., en tanto que el derecho, alude al agravio de esta condición de libertad. Es decir, se puede tener libertad y no tener derecho y por otro lado, se puede tener un derecho sin libertad para ejercerlo. En este sentido, el derecho no es una libertad, sino un título justificador, que considera la libertad sólo en el sentido de que cualquier derecho se pueda ejercer.

Por otro lado, el concepto de poder no siempre implica derechos, existen poderes sin derechos. También existen derechos sin poderes, como aquellos que no se pueden ejercer. Álvarez (2002) plantea que los derechos se pueden transgredir, pero no los poderes. El mismo autor comenta que el derecho no es simple poder, aunque en algunos casos se ejerza un poder.

El derecho, en sentido general, no es un privilegio, aunque en ocasiones así se puede interpretar. El derecho es un medio de tutela y salvaguarda de bienes y valores de la vida social (Martínez, 2008), que justifica los deberes de las personas y hace que éstos, a su vez, sean exigidos. El derecho no sólo se compone de reglas sustantivas, sino también de acuerdos de cómo se debe conducir en la sociedad.

Desde esta visión, el derecho tiene como principal fundamento a los individuos, a quienes debe servir, por lo tanto su función es garantizar a éstos el respeto a su dignidad en la convivencia social dentro del marco del Estado (Martínez, 2008).

Por otro lado, en el derecho las normas jurídicas son mandatos que constituyen el deber ser, y cuya finalidad es proteger, tutelar y promover los bienes jurídicos reconocidos por la sociedad como tal. Dichas normas están determinadas en cada sociedad por las posturas morales, éticas, religiosas que regulan los valores vigentes, y los que el juez o jurista tendrá que hacer valer para mantener el orden social, pero sobre todo para dar contenido a estas normas jurídicas. Así, el sistema normativo del derecho está dado por disposiciones impuestas por una autoridad, para exigir el cumplimiento de los mandatos, incluso en contra de la voluntad de los individuos o mediante el uso de la fuerza (Martínez, 2008).

Otro sistema normativo que se puede llegar a confundir con el derecho, por la coacción³⁶ implícita en ella, es la moral. Las normas morales se fundan en la adhesión voluntaria de los sujetos, imponen deberes pero no otorgan facultades y son esencialmente incoercibles; en tanto que el derecho, impone obligaciones, y otorga facultades, pudiendo exigir el cumplimiento de sus normas mediante el uso de la fuerza.

No obstante, algunas normas jurídicas deben adaptarse a los principios morales imperantes en la sociedad, y en caso de conflicto, tendrá que resolverlo. Sin embargo, la intervención jurídica puede coartar los espacios de libertad individual, pues tiene la imposibilidad de prever el futuro o determinar el interés individual, lo cual podría agravar un conflicto ético.

Así, el derecho no puede dar contenido a sus normas, es decir, determinar lo valioso, lo bueno, etc., así como la ética no puede institucionalizar sus valores vigentes en la sociedad, sin el derecho. Por esto, el contenido ético del derecho es en sí mismo valioso, al mismo tiempo el respeto a su normativa es una obligación moral de los individuos de la sociedad, considerándose así, una moral de mínimos, la cual es indispensable para la convivencia social y exigible por la fuerza de la coacción (Martínez, 2008).

El derecho y la ética tienen una dependencia mutua. Al igual que con la ética, el derecho está vinculado con la bioética, en cuanto a que muchas de las pautas, principios o normas de la bioética dan contenido a la normativa jurídica, en tanto que el consenso bioético nutre al derecho en la creación de nuevas normas legales o bien, reformar las existentes, y en ciertas ocasiones institucionalizar los principios bioéticos (Martínez, 2008).

El derecho también debe colaborar con la bioética en su reflexión teórica, pues contempla tanto bienes y valores vigentes, como en algunos casos, una solución de dilemas morales y bioéticos, sólo permitido e impuesto por las sociedades, constituyéndose así en un sistema moral institucionalizado. En este sentido, algunos de los dilemas bioéticos tienen antecedentes en la normativa jurídica, específicamente en el derecho a la salud, con carácter penal, ejemplo de ello: las obligaciones del médico respecto del paciente, etc.

4.2.1 Derecho a la Salud y Bioética en México

La atención médica es un concepto que desde el derecho se interpreta 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). Esta atención

³⁶ Véase el Glosario.

generalmente es realizada por un médico calificado, cuya labor constituye un acto médico, el cual es considerado un acto jurídico. El acto médico es definido en los reglamentos jurídicos 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 para 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 la 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 sus servicios los debe dar de acuerdo con su pleno conocimiento y entendimiento para beneficio del usuario y conforme a las circunstancias en donde preste su servicio (CONAMED, 2008).

Por otro lado, la Ley General de Salud, estipula que la atención médica debe basarse en principios científicos y éticos que orienten la práctica médica. Los principios científicos de la práctica médica contemplan reglas universalmente aceptadas en cuanto al establecimiento de medios ordinarios para la atención y de criterios para su empleo. Los principios éticos de la práctica médica involucran las normativas bioéticas y las deontológicas aceptadas para la atención. Estos últimos son de relevancia para el presente trabajo.

Los principios bioéticos y deontológicos, relacionados estrechamente, plantean dentro del discurso del Derecho Sanitario, la búsqueda en cada caso concreto de la regla aceptable en la ejecución del acto médico, universalmente aceptada. Los cuatro principios bioéticos (no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia) son retomados por el derecho.

Si bien es cierto que en el *corpus* de esta tesis definimos y trabajamos con los principios de beneficencia y autonomía desde la bioética; en el ámbito jurídico ambos principios cobran un sentido más prescriptivo. Por ejemplo: el principio de beneficencia, es igualado al de no maleficencia, 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, jurídicamente este principio representa la garantía constitucional de protección a la salud.

El principio de autonomía, reconoce a toda persona como capaz de ejercer un derecho de opción y decisión, es decir, un derecho subjetivo como parte de los derechos de libertad. En este

sentido, la libertad también se contempla en el ejercicio médico, en tanto libertad de prescripción de la mejor alternativa, según el médico, y la libertad de terapéutica, en la que la decisión de aceptar o rechazar la atención es del paciente. Sin embargo, el régimen de las libertades a que se refiere el principio de autonomía, encuentra su límite en la legislación civil mexicana, que en el artículo del Código Civil Federal señala a la letra (CONAMED, 2008):

Artículo 6o.- La voluntad de los particulares no puede eximir de la observancia de la ley, ni alterarla o modificarla. Sólo pueden renunciarse los derechos privados que no afecten directamente al interés público, cuando la renuncia no perjudique derechos de tercero.

Artículo 8o.- Los actos ejecutados contra el tenor de las leyes prohibitivas o de interés público serán nulos, excepto en los casos en que la ley ordene lo contrario.

Artículo 10.- Contra la observancia de la ley no puede alegarse desuso, costumbre o práctica en contrario.

En el contexto apuntado no es lícito renunciar a los derechos a la conservación de la vida o la protección de la salud.

En los artículos del Código Civil, principalmente en el último comentario, se puede interpretar la consideración del acto suicida como ilícito, y por ende coarta la libertad del individuo. Es decir, el suicidio puede ser considerado como una renuncia al derecho de conservación de la vida, lo cual es ilícito, y de esta forma una restricción a la libertad y sobre todo a la autonomía del sujeto.

Finalmente, 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 salud de la población (CONAMED, 2008). Además, que por obligación se debe buscar la equidad ante presencia de dilemas en la práctica; obedeciendo la regla de menor daño y mayor beneficio hacia el paciente, o, buscar mayor beneficio esperado respecto del riesgo sufrido.

La interpretación que hace el derecho de los principios bioéticos restringe su aplicación en los contextos más flexibles. Sin embargo, la dimensión de estos principios en el discurso jurídico se convierte en una normativa rígida, sin espacio a la reflexión y con tendencia a lo punitivo.

Entre los principios deontológicos, se encuentra el Juramento Hipocrático, el cual fue el documento más representativo de la ética médica, durante siglos. Actualmente, se han aceptado de

manera general otros principios deontológicos, como: 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).

También, desde los principios deontológicos se incluyen los deberes de los médicos en general, algunos de éstos son (CONAMED, 2008):

- a) El médico debe mantener siempre el más alto nivel de conducta profesional.
- b) El médico debe, en todos los tipos de práctica médica, dedicarse a proporcionar un servicio médico competente, con plena independencia técnica y moral, con compasión y respeto por la dignidad humana.
- c) El médico debe respetar los derechos del paciente, de los colegas y de otros profesionales de la salud, y debe salvaguardar las confidencias de los pacientes.
- d) El médico debe actuar sólo en el interés del paciente cuando preste atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente.

Asimismo, se incluyen en la deontología médica, los deberes de los médicos hacia los enfermos (CONAMED, 2008):

1. El médico debe recordar siempre la obligación de preservar la vida humana.
2. El médico debe a sus pacientes todos los recursos de su ciencia y toda su lealtad. Cuando un examen o tratamiento sobrepase su capacidad, el médico debe llamar a otro médico calificado en la materia.
3. El médico debe guardar absoluto secreto de todo lo que se le haya confiado, incluso después de la muerte del paciente.
4. El médico debe prestar atención de urgencia como deber humanitario, a menos de que esté seguro que otros médicos pueden y quieren prestar dicha atención.

De esta forma, se observa claramente que la práctica médica está ampliamente reglamentada y considerada un acto jurídico, pero también moral. En este sentido, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) expone en un apartado que, al momento de ser admitido como miembro de la profesión médica, el galeno tiene que prometer entre otras cosas, y bajo palabra de honor, no permitir que consideraciones de política, clase social, credo, edad, enfermedad o incapacidad, nacionalidad, origen étnico, raza, sexo o tendencia sexual se interpongan entre sus deberes y su paciente; de igual modo, velar con el máximo respeto por la vida humana desde su comienzo, incluso bajo amenaza, y no emplear sus conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas. Lo anterior, nos permite preguntarnos si ambas promesas contemplan el suicidio como una situación que no permite el cumplimiento de éstas.

En cuanto a las obligaciones que tienen los médicos durante el tratamiento, la CONAMED, estipula que en principio, sea de “ponderar que si bien, pueden plantearse objetivos médicos para cada etapa del proceso de atención e incluso de finalidad del tratamiento, no puede hablarse de la exigibilidad de resultados; en efecto, la medicina es una ciencia rigurosa, pero no exacta, por ello es imprescindible esclarecer, en el caso, y atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar del acto médico en concreto, si los medios empleados son los exigibles en términos de la literatura médica y si del estudio aparecen elementos periciales que sugieran buena o *mal praxis*” (CONAMED, 2008, p.11). Es decir, el personal de salud tiene obligaciones de medios y la exigibilidad de atención médica como tal, y sólo excepcionalmente de resultados.

Por su parte, el paciente tendrá que esperar el resultado y podrá obtenerlo pero no exigirlo, ya que su derecho es a que se le preste una atención médica con pericia y diligencia. Si el profesional de salud hubiera obrado sin la pericia, diligencia o el cuidado que la naturaleza de la obligación exige tener, entonces sí podemos hablar de una *mala praxis*, y el paciente puede reclamar; habiendo demostrado el incumplimiento, la mala práctica (negligencia, impericia o dolo en la atención), el daño (físico, patrimonial o moral), la relación de causa y efecto (en la patología o tratamiento).

La *mala praxis* médica, es un riesgo debido a la incertidumbre que la pericia de los médicos no puede vadear. Siempre existe un riesgo inherente al acto médico, quizás perfectamente evaluable estadísticamente, pero imprevisible en lo individual (CONAMED, 2008); y es que como lo marca el artículo 2615 del Código Civil Federal, que señala como fuentes de responsabilidad a

la negligencia, la impericia y el dolo, que no todo el estado de salud del paciente depende del acto médico, es por ello que no se puede atribuir inopinada e invariablemente al profesional de la salud las manifestaciones orgánicas del paciente.

En esos términos, la Ley menciona que: “cuando se obra ilícitamente o contra las buenas costumbres, (en el caso de atención médica dejando de observar obligaciones de medios o de diligencia y de seguridad) causando un daño a otro, se está obligado a repararlo; a menos que se demuestre que el daño se produjo a consecuencia de culpa, negligencia inexcusable de la víctima, caso fortuito o fuerza mayor, sin que se hubiera dado motivo al mismo (en donde se incluye las complicaciones o secuelas propias de la atención)” (CONAMED, 2008, p. 12).

Como anteriormente se mencionó, el derecho se basa en el sistema moral que impera en la sociedad donde se es impuesto; expresiones como “buenas costumbres” es un ejemplo de que el derecho legitima una moral y esta moral juridifica la conducta de sus individuos, a través de avalar el Derecho.

Por otro lado, el arbitraje que CONAMED lleva a cabo se basa en el artículo 34 de la Ley de Profesiones para el Distrito Federal, el cual ordena, respecto de la valoración del acto médico, que es obligatorio analizar, en cada caso concreto, entre algunas cosas: Si se dedicó el tiempo necesario para desempeñar correctamente el servicio médico, o cualquier otra circunstancia que en el caso especial pudiera haber influido en la deficiencia o fracaso del servicio prestado.

En cuanto a sanciones, el Código Civil Federal expone que “cuando el daño se cause a las personas y produzca la muerte, incapacidad total permanente, parcial permanente, total temporal o parcial temporal, el grado de la reparación se determinará atendiendo a lo dispuesto por la Ley Federal del Trabajo. Para calcular la indemnización que corresponda se tomará como base el cuádruplo del salario mínimo diario más alto que esté en vigor en la región y se extenderá al número de días que para cada una de las incapacidades mencionadas señala la Ley Federal del Trabajo. En caso de muerte la indemnización corresponderá a los herederos de la víctima.

Sobre la responsabilidad civil por daño moral, la misma legislación 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 aspecto 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 en dinero, con independencia de que se haya causado daño material, tanto en responsabilidad contractual como extracontractual. Igual obligación de reparar el daño moral tendrá quien incurra en responsabilidad objetiva conforme a los artículos 1913, así como el Estado y sus servidores públicos, conforme a los artículos 1927 y 1928, todos ellos del presente Código.

Finalmente, abordaremos un punto que está relacionado con los derechos humanos, y que comúnmente se confronta con las obligaciones establecidas por el derecho: la objeción de conciencia. Martínez (2008) explica que

como 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).

La objeción de conciencia es generalmente entendida como la pretensión pública individual de un imperativo ético; como derecho exige la protección de la libertad del médico y del paciente, para evitar consecuencias discriminatorias o represalias injustas que estén por arriba de la omisión para no cumplir con los deberes u obligaciones.

Lee, Sotelo y Casa (2006), mencionan que “la libertad de pensamiento, la libertad de conciencia y libertad religiosa, son el marco en donde se insertan los conflictos individuales entre la exigencia de dos morales distintos” (p. 122), y a 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; la libertad de conciencia, hace alusión al juicio sobre las propias acciones, específicamente al juicio moral y las consecuencias de éste; 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 uno de los derechos fundamentales 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 el derecho de imponer una determinada visión del mundo, un juicio de conciencia o un acto de fe.

En México, la Comisión Nacional de Bioética, en su Código de Bioética para el Personal de Salud, 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, de 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).

También la CONAMED ha señalado la objeción de conciencia como un derecho de los médicos. 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.

La objeción de conciencia está más sustentada en la ética médica y los derechos humanos que en el derecho jurídico. No obstante, este postulado permite que nadie pueda ser obligado a actuar en contra de su conciencia, siempre y cuando la objeción no viole derechos elementales de terceros o trastorne el bien común.

4.3 DERECHO, BIOÉTICA Y ENFERMOS MENTALES

Los derechos de los enfermos mentales en el derecho civil mexicano parten del no reconocimiento de la personalidad jurídica de las personas. De acuerdo a su artículo 450, las personas que sufran alguna enfermedad mental pueden ser consideradas como incapaces.³⁷ Éstas serían: las personas privadas o disminuidas, aunque tengan intervalos lúcidos; los individuos que padezcan alguna afección originada por enfermedad o deficiencia persistente de carácter físico, psicológico, o los estupefacientes, siempre que debido a la limitación, o la alteración en la inteligencia que esto les

³⁷ Para esta situación se ha creado en el derecho civil una figura jurídica llamada “tutela”, que tiene por objeto la guarda de la persona incapaz y sus bienes.

provoque no pueden gobernarse y obligarse por sí mismos, o manifestar su voluntad por algún medio.

Específicamente, los enfermos mentales, según el derecho, son titulares de sus derechos civiles, no obstante, la afección de su razón a causa de una psicopatología, impide que puedan ejercer dichos derechos. En general, el derecho constituye la capacidad como la aptitud que tiene una persona para ser titulares de sus derechos y poder ejercerlos. Esta capacidad está dividida en dos. La capacidad de goce, es decir, la adquisición de los derechos, y la capacidad de ejercicio, que es la aptitud legal para ejercer estos derechos adquiridos. Esta capacidad de ejercicio, puede estar presente o no. En el caso de los enfermos mentales, estos individuos son incapaces de ejercer por sí mismos sus derechos, debido a que la ley contempla que ni por falta de salud mental, edad u otra razón se pueda ejercer sus derechos.

La incapacidad será de dos formas: las absolutas presentes en los sordomudos, dementes, etc. La incapacidad relativa, presente en los adultos “bajo interdicción de administrar sus bienes” (Rueda y Sotomayor, 2003, p. 244). Cabe mencionar dos aspectos importantes del derecho centrado en esta cuestión, por un lado, el derecho es tajante, es decir, considera que un individuo tiene o no capacidad; por otro lado, la normativa siempre ha basado sus argumentos jurídicos en la ciencia, en este caso en la medicina, es de ésta que nombra las categorías referenciales a las que hace alusión sus reglas y normas.

En la Declaración de los Derechos de los Impedidos (1975), proclamada por la Asamblea General de Naciones Unidas, resalta el concepto de “impedido” el cual designa a toda persona que esté incapacitada de llevar a cabo una vida por sí sola, individual o social normalmente a causa de una deficiencia congénita o bien, a causa de sus facultades mentales o físicas. También, plantea el respeto a la dignidad humana del “impedido” y argumenta que debe tener al igual que todos los mismos derechos fundamentales o básicos. Esta declaración no hace distinción entre las patologías físicas y mentales. No obstante, en su artículo 5° establece el derecho del impedido a las medidas destinadas a permitirle lograr la mayor autonomía posible (Saldaña, 2001).

Otras declaraciones también han proclamado los derechos del paciente enfermo mental, pero uno de los documentos más significativos en esta materia es el de Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, aprobada por el Consejo Económico y Social, de la Organización de las Naciones Unidas el 17 de diciembre de 1991 (ONU, 1991). Entre los principios más relevantes están:

Principio 1 Libertades fundamentales y derechos básicos

1. Derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitaria y social.
2. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana.
4. No habrá discriminación por motivo de enfermedad mental. Por "discriminación" se entenderá cualquier distinción, exclusión o preferencia cuyo resultado sea impedir o menoscabar el disfrute de los derechos en pie de igualdad.
5. Derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y otros instrumentos pertinentes, tales como la Declaración de los Derechos de los Impedidos y el Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión.
6. Toda decisión de que, debido a su enfermedad mental, una persona carece de capacidad jurídica y toda decisión de que, a consecuencia de dicha incapacidad, se designe a un representante personal se tomará sólo después de una audiencia equitativa ante un tribunal independiente e imparcial establecido por la legislación nacional. La persona de cuya capacidad se trate tendrá derecho a estar representada por un defensor.

Principio 4 Determinación de una enfermedad mental

3. Los conflictos familiares o profesionales o la falta de conformidad con los valores morales, sociales, culturales o políticos o con las creencias religiosas dominantes en la comunidad de una persona en ningún caso constituirán un factor determinante del diagnóstico de enfermedad mental.
4. El hecho de que un paciente tenga un historial de tratamientos o de hospitalización no bastará por sí solo para justificar en el presente o en el porvenir la determinación de una enfermedad mental.
5. Ninguna persona o autoridad clasificará a una persona como enferma mental o indicará de otro modo que padece una enfermedad mental salvo para fines directamente relacionados con la enfermedad mental o con las consecuencias de ésta.

Principio 8 Normas de la atención

1. Todo paciente tendrá derecho a recibir la atención sanitaria y social que corresponda a sus necesidades de salud y será atendido y tratado con arreglo a las mismas normas aplicables a los demás enfermos.
2. Se protegerá a todo paciente de cualesquiera daños, incluida la administración injustificada de medicamentos, los malos tratos por parte de otros pacientes, del personal o de otras personas u otros actos que causen ansiedad mental o molestias físicas.

Principio 9 Tratamiento

1. Todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros.
2. El tratamiento y los cuidados de cada paciente se basarán en un plan prescrito individualmente, examinado con el paciente, revisado periódicamente, modificado llegado el caso y aplicado por personal profesional calificado.
4. El tratamiento de cada paciente estará destinado a preservar y estimular su independencia personal.

Principio 10 Medicación

1. La medicación responderá a las necesidades fundamentales de salud del paciente y sólo se le administrará con fines terapéuticos o de diagnóstico y nunca como castigo o para conveniencia de terceros.

Principio 11 Consentimiento para el tratamiento

2. Por consentimiento informado se entiende el consentimiento obtenido libremente sin amenazas ni persuasión indebida, después de proporcionar al paciente información adecuada y comprensible, en una forma y en un lenguaje que éste entienda, acerca de:
 - a) El diagnóstico y su evaluación;
 - b) El propósito, el método, la duración probable y los beneficios que se espera obtener del tratamiento propuesto;
 - c) Las demás modalidades posibles de tratamiento, incluidas las menos alteradoras posibles;
 - d) Los dolores o incomodidades posibles y los riesgos y secuelas del tratamiento propuesto.
3. El paciente podrá solicitar que durante el procedimiento seguido para que dé su consentimiento estén presentes una o más personas de su elección.
4. El paciente tiene derecho a negarse a recibir tratamiento o a interrumpirlo. Se deberán explicar al paciente las consecuencias de su decisión de no recibir o interrumpir un tratamiento.
5. No se deberá alentar o persuadir a un paciente a que renuncie a su derecho a dar su consentimiento informado. En caso de que el paciente así desee hacerlo, se le explicará que el tratamiento no se puede administrar sin su consentimiento informado.
9. Cuando se haya autorizado cualquier tratamiento sin el consentimiento informado del paciente, se hará no obstante todo lo posible por informar a éste acerca de la naturaleza del tratamiento y de cualquier otro tratamiento posible y por lograr que el paciente participe en cuanto sea posible en la aplicación del plan de tratamiento.
11. No se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Esas prácticas no se prolongarán más allá del período estrictamente necesario para alcanzar ese propósito.

Principio 12 Información sobre los derechos

1. Todo paciente recluido en una institución psiquiátrica será informado, lo más pronto posible después de la admisión y en una forma y en un lenguaje que comprenda, de todos los derechos que le corresponden de conformidad con los presentes Principios y en virtud de la legislación nacional, información que comprenderá una explicación de esos derechos y de la manera de ejercerlos.
2. Mientras el paciente no esté en condiciones de comprender dicha información, los derechos del paciente se comunicarán a su representante personal, si lo tiene y si procede, y a la persona o las personas que sean más capaces de representar los intereses del paciente y que deseen hacerlo.
3. El paciente que tenga la capacidad necesaria tiene el derecho de designar a una persona a la que se debe informar en su nombre y a una persona que represente sus intereses ante las autoridades de la institución.

Principio 13 Derechos y condiciones en las instituciones psiquiátricas

1. Todo paciente de una institución psiquiátrica tendrá, en particular, el derecho a ser plenamente respetado por cuanto se refiere a su:
 - a) Reconocimiento en todas partes como persona ante la ley;
 - b) Vida privada;
 - c) Libertad de comunicación, que incluye la libertad de comunicarse con otras personas que estén dentro de la institución; libertad de enviar y de recibir comunicaciones privadas sin censura; libertad de recibir, en privado, visitas de un asesor o representante personal y, en todo momento apropiado, de otros visitantes; y libertad de acceso a los servicios postales y telefónicos y a la prensa, la radio y la televisión;
 - d) Libertad de religión o creencia.

Principio 15 Principios de admisión

1. Cuando una persona necesite tratamiento en una institución psiquiátrica, se hará todo lo posible por evitar una admisión involuntaria.
2. El acceso a una institución psiquiátrica se administrará de la misma forma que el acceso a cualquier institución por cualquier otra enfermedad.

Principio 24 Alcance de los principios relativos a las instituciones psiquiátricas

Los presentes Principios se aplican a todas las personas que ingresan en una institución psiquiátrica.

Tanto la Declaración de los Derechos de los Impedidos (1975), proclamada por la Asamblea General de Naciones Unidas; la Declaración de Lisboa, emitida por la Asamblea Médica Mundial, en 1981; los Derechos del Paciente, aprobada por la Asociación de Hospitales en 1973, entre otras

ya citadas anteriormente,³⁸ son documentos que no constituyen en sentido técnico escritos jurídicos, sino que sirven para que los pacientes conozcan sus derechos y para orientar las prácticas profesionales de los psiquiatras.

En nuestro país, la mayor parte de la legislación que encontramos en materia de atención sanitaria a los enfermos mentales, está estipulada en normas técnicas, que son reglamentaciones específicas en el tratamiento de determinadas materias (Saldaña, 2001). Principalmente, la Ley General de Salud, en cuanto a regulación en materia de enfermos mentales, hace referencia expresa a disposiciones sobre las incapacidades mentales. En su artículo 75 establece la necesidad de un tratamiento especial para los enfermos mentales que se encuentran en establecimientos destinados para dichas personas.

Pero es en Norma Técnica 144³⁹ Para la Prestación de Servicios de Atención Médica en Hospitales Psiquiátricos (Diario Oficial de la Federación, México, 6 de julio de 1987) y la Norma Oficial Mexicana (NOM-025-SSA2-1994) para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, en donde se normativiza las actitudes del personal de dichas unidades y cuyo objetivo es uniformar criterios de operación de las actividades. En estas Normas, como en la mayoría de la legislación en esta materia, se establece que el tratamiento médico y psicosocial, debe ser de acuerdo con los principios científicos, sociales y éticos.

También establecen acciones que se seguirán en la atención en el servicio de consulta externa, se tales como: 1) Valoración clínica del caso y elaboración de la nota correspondiente; 2) Apertura del expediente clínico; 3) Elaboración de la historia clínica; 4) Estudio psicológico; 5) Estudio psicosocial; 6) Exámenes de laboratorio y gabinete y 7) Establecimiento del diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

En relación con las obligaciones del personal de las unidades de atención integral médico-psiquiátrica, las Normas estipulan que el personal de las Unidades que prestan servicios de

³⁸ Entre las Declaraciones de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, se encuentran entre las más destacadas: la Declaración de Derechos del Retrasado Mental y los Principios de ética Médica aplicables a las funciones del personal de salud, específicamente a los médicos. En cuanto a los documentos de ética médica, los principales son: la Declaración de Hawai, redactada por la Asociación Mundial de Psiquiatría entre 1977 y 1983; el Código Internacional de Ética Médica, redactada por la Asociación Médica Mundial, entre los años 1949, 1968, 1983.

³⁹ Esta *Norma* tiene concordancia con la Norma Internacional "Principios para la Protección de las Personas que Paden Enfermedades Mentales y para el Mejoramiento de la Atención a la Salud Mental", publicada por el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas, en febrero de 1991.

atención deberá tratar al usuario en todo momento 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, nacionales e internacionales ratificados por nuestro país.

Asimismo, la Norma Oficial Mexicana, plantea los Derechos humanos y de respeto a la dignidad de los usuarios. Dentro de cada unidad de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, el usuario tiene derechos, algunos de ellos son:

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.

8.3. Que a su ingreso al hospital se le informe, a él y a su representante legal, de las normas que rigen el funcionamiento del nosocomio, y saber los nombres de quiénes serán los miembros del personal de salud, médicos y enfermeras encargados de su atención.

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.

8.9. Recibir atención médica especializada, es decir, por personal capacitado para el manejo y tratamiento de los enfermos mentales.

8.10. Que la atención psiquiátrica o terapéutica que se le preste sea de conformidad con las normas éticas pertinentes que rigen a los profesionales de la salud mental.

8.11. Que toda medicación sea prescrita por un especialista autorizado por la ley, y que ello se registre en el expediente clínico del paciente.

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 de 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 debe contemplar

también otro tipo de particularidades quizá mucho más profundas como pueden ser 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). También considera que todos los participantes en dicho tratamiento, tanto personal médico como administrativo, deben ser personas que reconozcan en el enfermo mental a uno igual a ellos, sólo que con una enfermedad que no demerita su categoría de persona.

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

Ya en el tema de los Derechos Humanos, en la Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental (ONU, 1948), que al margen de sus especificaciones formula derechos similares a los contenidos en otros documentos y declaraciones de su tipo, plantea algunas consideraciones y artículos que enuncian la posibilidad del error en el diagnóstico psiquiátrico, el derecho que los enfermos mentales a ser tratados según los mismos criterios profesionales y éticos que los otros enfermos, señalando la autodeterminación del paciente y la responsabilidad personal de salud.

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;

Considerando que las enfermedades mentales graves no sólo obstaculizan la capacidad del individuo para el trabajo, el amor y el ocio, sino que también impiden a su familia o a su comunidad vivir normalmente e imponen a la sociedad una carga permanente de cuidados;

Artículo 2. La prevención de la enfermedad o del trastorno mental o emocional constituye un componente esencial de todo sistema de servicio de salud mental.

Artículo 5. Todos los enfermos mentales tienen derecho a ser tratados según los mismos criterios profesionales y éticos que los otros enfermos. Esto incluye un esfuerzo orientado a la consecución por parte del enfermo del mayor grado posible de autodeterminación y de responsabilidad personal. El tratamiento se realizará dentro de un cuadro conocido y aceptado por la comunidad, de la manera menos molesta y menos restrictiva posible. En este sentido, será positivo que se aplique lo mejor en interés del paciente y no en interés de la familia, la comunidad, los profesionales o el Estado.

No obstante 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 establece diversos problemas como, por ejemplo, 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 éste último punto, resulta importante recurrir a la reflexión bioética, que salvaguarde por un lado, la dignidad y valores de los pacientes y por otro, que abra su campo a la reclusión de estos pacientes, es decir, a escenarios como la institución psiquiátrica, ya que lo imprescindible, como dicen Rueda y Sotomayor es “recuperar la identidad de personas morales en el ámbito de las enfermedades mentales” (2003, p. 241).

Desde la reflexión bioética, los enfermos mentales son seres humanos, con las mismas necesidades que deben ser satisfechas para una mejor calidad de vida. Asimismo, insertados dentro del orden social, toman decisiones permeadas por las creencias y valores de su sociedad. Ésta establece su sistema moral, el cual tendrá que ser legitimado por sus integrantes o bien sancionará toda conducta ajena o contra este “orden” social. En el sistema social y moral se establece que una persona que decide por sí misma, será capaz de tener buen juicio, conciencia de la situación, aceptar límites y mantener buenas costumbres.

Lo cierto es que en la situación del enfermo mental, existe un gran trecho entre el derecho y la bioética. La idea es que el marco jurídico acepta situaciones, circunstancias o hechos que pueden ser correctos bajo su punto de vista pero no desde el punto bioético o ético. El respeto por la autonomía moral, la dignidad humana, la protección de los más débiles⁴⁰ están en aras de la bioética y debe reflexionarse para que estas no sean violentadas por omisión o comisión, como lo argumentan Rueda y Sotomayor (2003).

⁴⁰ Cuando su autonomía esté reducida o disminuida.

Si extrapolamos la revisión anterior al caso del intento de suicidio, no encontraríamos diferencia alguna en el planteamiento del marco jurídico ni de la bioética, debido a que el intento suicida se ha considerado una “patología mental” o parte de ella. En otro trabajo (Mondragón, 2005), hemos supuesto que el intento de suicidio pertenece a un síntoma de una enfermedad mental, como sería la depresión, y que quizá como síntoma no sería suficiente para plantearse como una psicopatología. No obstante, el intento de suicidio es un acto voluntario para quitarse la vida, caracterizada por un dolor subjetivo, cuya intención no es sólo la muerte.

El tema del derecho parece fundamental. Habría que pensar antes que todo, sobre el sujeto que intentó suicidarse, ¿es una persona con derechos, con autonomía? Los derechos de las personas y sus obligaciones correlativas, jurídicamente implica dos aspectos. El primero tiene que ver con lo negativo, es decir, omitir vulnerar o dificultar el ejercicio del derecho. Segundo, aspecto positivo, demandar las condiciones del ejercicio del derecho y la diferenciación de esas condiciones. En este sentido, Kraus (2004b) se cuestiona sobre si tienen derecho terceras personas de actuar y detener la decisión de un ser que optó por quitarse la vida. La respuesta plantea que “si aceptamos que el ser humano es dueño de su vida, y que tiene la posibilidad de hacer con ella lo que le plazca, mientras no lastime a otras personas,⁴¹ sería válido concluir que el suicida tomó esa decisión porque eso es lo que más le convenía” (p. 20). Esta idea de Kraus es el cuestionamiento central de un dilema ético, pero también del sentido mismo de un intento de suicidio diádico. Es decir, en un intento de suicidio participa otro, que es un lugar en la estructura subjetiva, depositado en personajes, instancias, instituciones, que representan el poder, la dominación, la ley, es aquello a lo que se le quiere agredir, resistir, dismantelar con un intento de suicidio, sin esta significación del sentido real y subjetivo del intento de suicidio no sería posible en sí mismo el acto (Mondragón, 2005).

En el Derecho, el suicidio o intento es considerado un espacio no penalizado. Los espacios no penalizados no son derechos. En estos casos, el individuo tiene garantía asociada pero esto no es igual a un derecho. La evidencia de que existen estos espacios autónomos no penalizados es por vía del conflicto, es decir, cuando entran en conflicto estos espacios y no hay derechos garantes en su resolución.

Para que un espacio autónomo no penalizado se convierta en derecho, se necesita del surgimiento interpretativo de nuevos derechos, a partir de derechos preexistentes que operan en

⁴¹ Aunque siempre el suicidio deja un daño difícil de resarcir, que no debe ni puede soslayarse.

dos formas: 1) la derivación, que son las garantías o derechos matrices que van tomando forma jurídica, entre ellos, estaría la igualdad (no discriminación) y la propiedad (cada uno dispone de sus derechos); 2) de la contraposición, esto implica que todos los derechos tienen sus contrarios, su contra derecho.⁴² De estos dos derechos se derivan otros.

Es importante aclarar que, cuando planteamos que para que un espacio autónomo no penalizado se convierta en un derecho, puede hacerse por vía de la contraposición de los derechos, éstos no se refieren al derecho de vida *versus* el derecho a morir. Por esta frecuente confusión, abordaremos ambos derechos, que a su vez están asociados al intento de suicidio.

4.3.1 Derecho a la vida y derecho a morir

Es un hecho de que todos los seres humanos tenemos derecho a la vida, es algo que está impuesto independientemente de nuestra voluntad. Como titulares de este derecho, no podemos negarlo, transferirlo, venderlo, renunciar a él. Sólo podemos gozar de él y ejercerlo.

El derecho de vida es un derecho subjetivo. Este derecho subjetivo no implica una limitación jurídica, ya que existen derechos fuera del Derecho. La diferencia es que los derechos dentro del marco jurídico, están protegidos por el sistema jurídico, mientras que los derechos subjetivos no son protegidos por este sistema.⁴³ Esto es posible, ya que cuando se deslindan los derechos de los mecanismos de protección, entonces **se acepta la existencia de derechos fuera de sistemas institucionales de coacción, y dentro de los sistemas normativos morales.**⁴⁴ El concepto de derecho no impide su utilización en el ámbito ético ni en el ámbito jurídico (Álvarez, 2002).

El derecho de vida manifiesta la posibilidad de alcanzar un estado de las cosas cuya característica es la vida. Una persona quiere vivir y no sería lícito impedirlo, pero si desea ya no vivir, el derecho de vida ya no lo protegerá, es decir, **el derecho de vida no implica el derecho a morir, porque no son derechos correlativos.**

El planteamiento que hace Álvarez (2002) sobre el derecho a la vida como derecho humano, lo sustenta con el análisis de tres principios, que se derivan de principios morales básicos. El primero es el de autonomía; el segundo, principio de inviolabilidad de la persona moral y el tercero, es el principio de dignidad de la persona moral. Para fines de este apartado, sólo abordaremos el último principio.

⁴² Nota del seminario "Derecho y Bioética", clase de Ángela Vivanco, en la Universidad de Chile, 2005.

⁴³ Nota del seminario "Derecho y Bioética", clase de Adelio Misseroni, en la Universidad de Chile, 2005.

⁴⁴ Esta apreciación es la enorme distinción entre el marco jurídico y el marco ético, el primero hace referencia los derechos, normas judiciales, etc., mientras que el segundo, hace hincapié en normas morales.

El principio de dignidad se refiere al trato que merece la persona moral. 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.

La vida, como la plantea Álvarez (2002) y otros autores, es un bien que no tiene un valor intrínseco e inconmensurable, a diferencia de otros bienes, por ello, no debe primar sobre otros bienes. Según Ferrater (1991; citado en Álvarez, 2002), la vida tiene dos tipos de cualidades. Las cualidades objetivas que hacen referencia a una moralidad crítica contextualizada en una historia determinada; y las cualidades subjetivas, que aluden a las sensaciones que el sujeto experimenta. Para el mismo autor, las cualidades subjetivas serían principalmente la condición necesaria para seguir viviendo, así, las objetivas no bastan por sí solas.

El derecho a morir, al igual que el derecho de vida, se sustenta en los principios de los derechos humanos. De esta forma, el derecho a morir, manifiesta la posibilidad de alcanzar un estado de las cosas cuya característica es la muerte. Asimismo, con base en sus ideales morales, una persona planea su vida y su muerte, eso no es la diferencia entre decisión de morir y la de vivir. Álvarez (2002) menciona

ambas son manifestación de la misma *autonomía*, por lo que sí es bueno que frente a cualquier obstáculo prevalezca la decisión de vivir de una persona [...] Sólo desde una base paternalista es posible limitar el ejercicio de autonomía y considerar que no debe prevalecer frente a casi todos los obstáculos (p. 109).

Como ya hemos mencionado, la intención no es proponer el derecho de muerte. Lo que nos interesa es comprender mejor qué pasa con los derechos que no pueden ejercer los sujetos suicidas por ponerse en cuestión su *autonomía* al ser considerados “enfermos” de un proceso psicopatológico.⁴⁵

Al igual que Kraus (2004b), nos preguntamos en un intento de suicidio ¿quién decide, el paciente o el médico? ¿se le hará un seguimiento de su tratamiento? ¿cómo regresarlo a la cotidianidad, si el paciente ya no quiere o puede? ¿cambia a la familia el acto de salvarle la vida al paciente suicida? O al ser considerado el sujeto suicida como un enfermo mental, que al momento del acto suicida está en plena psicosis, entonces, ¿significa que el sujeto que intentó quitarse la

⁴⁵ Con diagnóstico de depresión o psicosis.

vida no tiene autonomía, ni derechos como paciente?, ¿no debe decidir en momento alguno sobre su tratamiento? Responder a estas preguntas y hacer una reflexión sobre éstas, es la tarea de la presente investigación. Para ello, no enfocamos al discurso del suicida que se fundamenta en principio del permiso, el cual está relacionado con la moral y la autonomía, y por el discurso del profesional de la salud tratante de estos sujetos como pacientes, y aunque muchas cosas se han dicho desde el discurso médico y el jurídico, desde la bioética y la psicología, estos cuestionamientos deben alejarse de todo maniqueísmo, ser discutidos en un amplio diálogo (Kraus, 2004a) y deben ser entendidas bajo la comprensión de la subjetividad⁴⁶ de los propios sujetos.

⁴⁶ La subjetividad que entendemos es la que Merleau-Ponty y Lévinas sostenían como experiencia originaria del sujeto cuerpo, como unión inseparable de ambos. Rechazando la perspectiva naturalista según la cual el cuerpo es “una cosa entre las cosas” y también la perspectiva idealista que centra la humanidad en un *cogito* transparente. Para Merleau-Ponty “...mientras el cuerpo viviente se convertía en un exterior sin interior, la subjetividad se convertía en un interior sin exterior” (De la Garza, 2008, p.114).

CAPITULO V. MÉTODO

*Nuestras ideas son reacciones a un problema.
Si no vivimos ese problema, nuestra concepción y
nuestra interpretación de él carecen de sentido.
José Ortega y Gasset*

Cada vez es más común que el clínico, psicólogo o médico, se encuentre con pacientes que han intentado suicidarse y que lo plantean abiertamente. Sin embargo, uno de cada cuatro personas con intento de suicidio han reportado haber consultado alguna vez un psiquiatra, y una de cada cinco, otro especialista de la salud mental (Borges et al., 2005). Pareciera que estas intervenciones no tienen el alcance para evitar un nuevo intento o prevenir el suicidio mismo (Borges et al., 2005). Además, poco sabemos sobre las disyuntivas o concordancias entre los principios de beneficencia y autonomía, que se presentan en la tradicional relación médico-paciente, durante la terapéutica del intento de suicidio.

Así, es oportuno investigar el suicidio tomando en consideración los aspectos de la bioética y la psicología social que nos permitan explorar el problema desde una dimensión poco conocida y que puedan arrojar resultados benéficos para el desarrollo de la investigación en cualquier campo de las ciencias sociales. Por otra parte, siendo un problema apremiante, es necesario esclarecer las concepciones a partir de las cuales el equipo de salud va a intervenir en él y a prevenirlo.

Cuando abordamos, desde la bioética, algunos problemas, podemos usar como referentes otras disciplinas, como la psicología social,¹ con la cual, entendemos la conducta bajo un contexto social, histórico y cultural. Además, desde la psicología social se plantean los elementos metodológicos a través de la aproximación comprensivo-interpretativa, para dilucidar los significados que los sujetos atribuyen a su experiencia, a sus relaciones y a la realidad social. El estudio del intento de suicidio, es importante desde esta aproximación, porque permite un acercamiento con la realidad y subjetividad de los propios actores, desde su interpretación de la experiencia de vida, y con ello, podremos obtener información relevante en este contexto, para comprender las expresiones de los sujetos involucrados, sus significados, sin excluir los del propio investigador.

¹ La psicología social puede estudiar la salud mental develando procesos que dan cuenta de la construcción de la vida social y por lo tanto de los sujetos (Fernández y Pimentel, 1994).

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La problemática del intento de suicidio diádico no es abordada de manera práctica desde la bioética. Ésta se ha centrado, principalmente, en la reflexión acerca del suicidio asistido y la eutanasia, pero nos cuestionamos si está libre de dilemas éticos este tipo de acto suicida diádico. El dilema ético que se presenta en el intento de suicidio es una disyunción entre los principios bioéticos de beneficencia y autonomía, debido al paternalismo en la atención a los sujetos suicidas en escenarios clínicos.

La conducta suicida, generalmente, se ha manejado bajo un modelo paternalista. Esto, quizá, porque el intento de suicidio sea la única condición voluntaria que le confiere al sujeto un estatuto de enfermo, una especie de enfermo o paciente voluntario, al cual el médico tendrá que salvar y tratar.

Bajo este marco, se plantea el siguiente problema de investigación:

En el ámbito médico, en los escenarios de salud, la autonomía de las personas (como pacientes) está subordinada al paternalismo que tradicionalmente ha entrañado la profesión médica. En muchas ocasiones, la autonomía entra en conflicto y los dilemas éticos son difíciles de resolver apelando a la mera normatividad. Lo importante es que esta problemática suicida bajo la óptica de la bioética y la psicología social pueda distanciarse de maniqueísmos y poder entablar un diálogo en un encuentro con el otro, con la intención de comprender primeramente, los significados de las concepciones bioéticas (autonomía y beneficencia), para posteriormente aproximarnos a los elementos que contribuyen a una posible disyunción entre estos principios en los discursos de ambos actores (personas suicidas y equipo de salud) que dificultan la terapéutica del intento de suicidio.

La implicación ética tiene una diversidad de relaciones, por ejemplo, en la normatividad, en la institución, en la moral, etc. Aquí nos enfocaremos a la relación más inmediata, la relación sujeto suicida-equipo de salud tratante. Por otro lado, es relevante plantear el significado de lo que nombramos como autonomía y beneficencia, incluso bioética. Concebimos que la bioética no sólo establece las normas generales que señalan cómo se debe actuar (papel que corresponde a la moral), sino que también debe abrir las posibilidades para transformar nuestro comportamiento y orientarlo hacia otras formas de vida. La autonomía hace referencia a dejar que los agentes racionales y competentes tomen las decisiones importantes para su propia vida,

según sus valores, deseos y preferencias, libres de coerción, manipulación o inferencias; y la beneficencia busca procurar el bien a aquél por quien se asume la responsabilidad, respetando sus valores y proyecto.

Preguntas de investigación:

¿Cuál es la concepción de autonomía que tiene el sujeto con intento suicida?

¿Cómo entiende el concepto de autonomía el equipo de salud tratante?

¿Cuál es el significado de beneficencia en cuanto a las decisiones y acciones suicidas de los sujetos suicidas para el equipo de salud tratante?

¿Cuáles son los elementos paradójicos sobre el principio de autonomía en los discursos de las personas suicidas y el equipo de salud tratante, que dificultan la terapéutica del intento de suicidio?

¿Cuáles son los elementos discordantes sobre el beneficencia en los discursos de las personas suicidas y el equipo de salud tratante, que afectan la atención del intento suicida?

5.2 OBJETIVOS

A continuación se plantean los propósitos de la presente investigación.

5.2.1 *Objetivo general:*

Aproximarnos a los elementos que contribuyan a una posible disyunción entre estos principios, beneficencia y autonomía, en los discursos de los principales actores (personas suicidas y equipo de salud tratante) y que afectan la terapéutica del intento suicida.

5.2.2 *Objetivos específicos:*

1. Comprender el significado de autonomía en la experiencia de la atención médica a los sujetos que han intentado suicidarse, en una muestra de sujetos que intentaron suicidarse en el último año y el equipo de salud tratante.
2. Aproximarse a los elementos paradójicos sobre la autonomía (acciones terapéuticas) en sujetos que intentaron suicidarse en el último año y en el equipo de salud tratante.
3. Comprender el significado de autonomía y beneficencia en cuanto a las decisiones y acciones de los sujetos suicidas para el equipo de salud tratante.
4. Identificar los componentes discordantes de la beneficencia (sobre las acciones terapéuticas) en sujetos que intentaron suicidarse en el último año y en el equipo de salud tratante.
5. Aportar elementos metodológicos (diálogo, consenso y toma de decisiones) para estudiar la concepción de autonomía, beneficencia y los significados psicológicos del intento de suicidio en sujetos suicidas y el equipo de salud tratante.
6. Proponer dispositivos (consentimiento informado, comités de bioética) desde la perspectiva de la bioética, para la aplicación de los principios de autonomía y beneficencia en el tratamiento de consulta externa de los casos de intento de suicidio de tipo diádico, en el equipo de salud tratante.

5.3 SUPUESTOS

Los supuestos limitan y dirigen el curso de razonamiento como punto de partida, como referencia. En este apartado se enlistan los supuestos de la investigación que fueron construidos con base en el marco teórico, anteriormente expuesto. Cada principio bioético (autonomía y beneficencia) tiene sus propias premisas; una por una permiten inferir en qué consisten dichos principios.

5.3.1 Autonomía:

1. En el discurso médico, el intento de suicidio suele ser entendido como un acto psicótico, por lo cual el sujeto pierde autonomía.
2. El equipo de salud tratante determina el tratamiento físico del paciente sin requerir de su consentimiento.
3. Los valores, preferencias y deseos son del equipo de salud tratante y no del sujeto.
4. Se asume que, de esta manera, el sujeto suicida no toma ninguna decisión sobre su terapéutica.
5. El sujeto suicida es protegido de otro nuevo intento.

5.3.2 Beneficencia:

6. El intento de suicidio es la única condición voluntaria que le confiere al sujeto un estatuto de enfermo, una especie de enfermo o paciente voluntario, el cual el equipo de salud tratante tendrá que salvar y tratar.
7. El equipo de salud hace interpretaciones sobre los mejores intereses de los sujetos suicidas, sin conocerlas previamente.
8. El equipo de salud tratante no previene un nuevo intento de suicidio.
9. El médico presupone la biografía del paciente en la terapéutica (valores, opciones de vida, etc.)
10. El equipo médico puede apelar a la objeción de conciencia en la atención de un intento de suicidio, refiriendo al paciente con otro médico, cuando la situación con este paciente sea contraria a los dictados de su conciencia (como la fe religiosa, etc.)

5.4 PARTICIPANTES

5.4.1 Sujetos con intento suicida

Criterios de inclusión: tres sujetos mayores de 18 años, que son atendidos en consulta externa de un hospital psiquiátrico, a causa de una lesión autoinfligida en el último año.

El número de sujetos suicidas se determinó por tres aspectos importantes. El primero, relacionado al cumplimiento del criterio de saturación de la información. El segundo, tiene que ver con el manejo de la información, en cuestión de tiempo, cantidad y calidad. El tercero se basa en una experiencia anterior (Mondragón, 2005) en uno de los escenarios propuestos. De ocho casos registrados que habían tenido un intento suicida en el último año y que habían acudido a la

institución durante el año, fueron localizados cinco y de éstos acudieron tres. Con ellos, trabajamos en entrevista grupal.

Otro aspecto relevante indicado en los criterios de inclusión, es la temporalidad del intento, debido a dos razones. Primero, porque de acuerdo con las recomendaciones médicas, se requiere un tiempo de trabajo para extraer las circunstancias particulares que causaron la angustia desbordante del intento, debido que el sujeto al momento del acto suicida, está en crisis psicótica, y no habla o actúa en pleno derecho ni autonomía.

Segundo, considerar los doce meses como lapso es porque la literatura ha reportado que el 90% de los casos de suicidio habían consultado médicos un año antes de su muerte (Beaumont y Hetzel, 1992).

No obstante, la temporalidad más que un criterio de inclusión representa una categoría de análisis posterior. El lapso entre un intento a otro, en caso de presentar esta conducta en más de una ocasión, es un aspecto más subjetivo que objetivo para determinar un criterio. La manera de sustituir este componente será con dos criterios:

1. Que los sujetos suicidas hayan intentado suicidarse en el último año, como ya se mencionó.
2. Que se encuentren bajo tratamiento terapéutico, en consulta externa (en los últimos 3 meses) y no en servicio de urgencias.

Criterios de exclusión: personas con trastornos psiquiátricos severos.

5.4.2 Equipo de salud tratante: psicólogos (as), trabajadoras sociales psiquiátricas o personal médico del servicio de consulta externa, residentes de psiquiatría o psiquiatras adscritos al servicio. Se trabajó con tres psiquiatras únicamente, debido al pequeño número de profesionales adscritos al servicio de consulta externa en la institución 1 y la institución 2.

5.5 ESCENARIO

La investigación se realizó en dos instituciones¹ que por cuestiones éticas de anonimato, fueron denominadas como institución 1 e institución 2, en el servicio de consulta externa. Se trabajó, por

¹ La justificación de por qué se realiza el trabajo de campo en dos instituciones es principalmente por cuestiones administrativas, pero también porque en la institución donde inició el trabajo de campo, existe una prevalencia muy baja de ingreso de pacientes por intento de suicidio.

un lado, con los tres sujetos suicidas atendidos en consulta externa a causa de una lesión autoinfligida en el último año, de cualquiera de estas dos instituciones. Por otro lado, se trabajó con tres miembros del equipo de salud tratante, en todos los casos fueron psiquiatras de las instituciones consideradas, que atendían a sujetos suicidas en este servicio.

La estrategia metodológica a seguir fue primeramente, contactar a las autoridades de cada institución encargada del servicio de consulta externa, para que fuesen ellos quienes remitiesen al equipo de investigación que cumpliera con los criterios de inclusión. De esta forma, se conformó el grupo del equipo de salud. En una segunda instancia, fue el propio miembro del equipo de salud quien remitió a los pacientes, fueran o no personas que habían intentado suicidarse en el último año, esto con el fin de asegurar que no existiese ruptura de la confidencialidad.

La información se obtuvo en entrevistas individuales, en una sesión de 50 minutos aproximadamente, dedicando un día a la semana para cada sujeto y cada miembro del equipo de salud.

5.6 INSTRUMENTOS

La herramienta que se utilizó para este fin es una guía de entrevista. En la entrevista individual, como es una entrevista abierta, se intentó que el entrevistado fuese entretejiendo la propia entrevista con todos sus componentes subjetivos, así la función del entrevistador fue acompañar al entrevistado. La entrevista permite conocer más detalladamente al sujeto, pero también es un relato de una parte de su vida que pasa delante de nosotros y que al mismo tiempo nos involucra (Bleger, 1998), al entablar un diálogo.

Los aspectos centrales en el diseño de investigación para la entrevista (Araujo y Fernández, 1999) fueron:

1. Los acuerdos institucionales.
2. Encuadre:
 - a. sobre las demandas tanto del investigador como del entrevistado;
 - b. el entrevistador proporcionó sus datos: filiación institucional, objetivos de la investigación, la utilización de los datos, sus propósitos, intenciones, objetivos, expectativas, etc.
3. El tiempo y espacio (número de sesiones, duración, lugar donde se llevó a cabo).
4. Recursos tecnológicos (grabadora de audio).

A continuación se expone la guía temática de la entrevista individual (áreas exploradas): utilizada en esta investigación.¹

5.6.1 *Guía temática para entrevista a sujetos con intento de suicidio diádico*

1. Datos generales: Estas preguntas tienen la finalidad de obtener información sobre datos demográficos para determinar las características de los sujetos, su edad, escolaridad, etc.
2. Autonomía-Toma de decisiones
 - **Información:** Capacidad de razonar o conocer ampliamente las opciones con las que cuenta para tomar decisiones en su proceso de atención.

¹ Todas las áreas exploradas de la entrevista fueron planteadas con base en los supuestos de la investigación, y en los referentes teóricos.

- **Coerción:** Explora si los sujetos toman las decisiones importantes libres de coerción, manipulación o inferencias. Por ejemplo: ¿Quién toma las decisiones importantes en su salud? ¿Alguien le ayuda o apoya cuando debe tomar decisiones en su tratamiento? ¿Ha tomado alguna decisión importante bajo presión de alguien? ¿Ha tomado alguna decisión importante a pesar de críticas que le hayan hecho?
- **Incapacidad transitoria:** ¿ha vivido momentos en donde usted no está en condiciones de decidir su atención en salud?
- **Gradualidad:** Aborda la gradualidad de la autonomía. El grado en el que las decisiones dependen de la intención del acto y la comprensión que el agente tiene de sí mismo. ¿usted entiende cuál es el estado de salud y sus posibilidades diagnósticas o terapéuticas? ¿usted entiende cuando su médico le da información sobre su tratamiento? ¿quién toma las decisiones en cuanto a su tratamiento?
- **Respeto:** Esas preguntas se refieren al respeto ante la ausencia de autonomía ¿Qué pasa cuando el médico ha elegido su tratamiento sin consultárselo? ¿Cómo se ha sentido ante esa situación? ¿cómo es el trato de su médico cuando usted no puede tomar una decisión sobre su tratamiento?
- **Valores:** ¿qué haría yo si fuera mi médico y tuviera mis actuales valores, preferencias y deseos? ¿qué haría yo si alguien tuviera mis valores, preferencias y deseos? ¿qué haría yo si tuviera los valores, preferencias y deseos que actualmente tiene mi médico?

3. Beneficencia

- **Relación médico-paciente:** La toma de decisión del sujeto asegurado por el médico se basa en: valores personales, obstáculos materiales o económicos. El sujeto suicida debe decidir (autonomía) sobre: su tratamiento o proceso de cura. ¿Quién decide este bienestar, el paciente o el médico? ¿Quién se encarga de la persona suicida? ¿Se debe hospitalizar a la persona después del suceso? En este caso, ¿debe estar el paciente de acuerdo en su internamiento, o sólo se debe salvaguardar su vida?
- **Modelo interpretativo:** Médico como consejero, toma en cuenta los valores, relación de confianza y escucha, entendimiento entre dos, médico empático. ¿Cómo se siente con su médico? ¿Cómo ha sido su médico durante su tratamiento?

5.6.2 *Guía temática para entrevista a miembros del equipo de salud*

1. Datos generales: Estas preguntas tienen la finalidad de obtener información sobre datos demográficos para determinar las características de los sujetos, su edad, escolaridad, etc.
2. Autonomía- Respeto por las personas
 - **Respeto:** Esas preguntas se refieren al respeto ante la ausencia de autonomía ¿Qué pasa cuando el médico eligió el tratamiento sin consultárselo al paciente? ¿Cómo es el trato del médico cuando el paciente no puede tomar una decisión sobre su tratamiento?
 - **Valores:** ¿qué haría yo si fuera el sujeto que intentó suicidarse y tuviera mis actuales valores, preferencias y deseos? ¿qué haría yo si alguien tuviera mis valores, preferencias y deseos? ¿qué haría yo si tuviera los valores, preferencias y deseos que actualmente tiene el sujeto que intentó suicidarse?
3. Beneficencia
 - **Bienes y males:** Prevención de riesgos y beneficios de las consecuencias, remisión a tratamientos alternativos. ¿qué opciones de tratamiento le da a su paciente con intento de suicidio? ¿cuál es el mejor tratamiento para los pacientes con intento de suicidio? ¿cómo prevenir un nuevo intento de suicidio?
 - **Daño:** Incluyen aspectos sobre reputación, intimidad o libertad, intereses afectados (físico o psicológicos) ¿qué significa tratar a un paciente que ha tenido un intento de suicidio diádico? ¿cómo debe tratar un médico al paciente con intento de suicidio diádico?
 - **Criterio normativo:** Aborda concepciones sobre la buena persona. Ante las acciones de un intento de suicidio, el médico como agente moral no puede separarse de sus actos ¿cuál es la naturaleza de sus actos? Circunstancias y consecuencias de sus actos.
 - **Caracterización del médico para saber actuar ante un intento de suicidio:** Médico virtuoso, rasgos de los médicos. Concepción como autoridad moral, poseedor del saber especial, digno de credibilidad, confianza. ¿Cómo debería ser un médico que trate a los pacientes con intento de suicidio?

- **Relación médico-paciente:** La toma de decisión del sujeto asegurado por el médico se basa en: valores personales, obstáculos materiales o económicos. El sujeto suicida debe decidir (autonomía) sobre: su tratamiento o proceso de cura. ¿Quién decide este bienestar, el paciente o el médico? ¿Quién se encarga de la persona suicida? ¿Se debe hospitalizar a la persona después del suceso? En este caso, ¿el paciente debe estar de acuerdo en su internamiento, o sólo se debe salvaguardar su vida?
- **Modelo interpretativo:** Médico como consejero, toma en cuenta los valores, relación de confianza y escucha, entendimiento entre dos, médico empático. ¿Cómo se establece la relación médico-paciente? ¿cómo es el médico en la relación médico-paciente? y ¿cómo es el paciente en la misma relación?

5.7 PROCEDIMIENTO

A tres sujetos suicidas y a tres miembros del equipo de salud tratante se les invitó a participar en entrevista individual de manera voluntaria bajo consentimiento informado (véanse los Apéndices A y B).

Optamos por la entrevista individual como un dispositivo de investigación por varias razones. La primera es que, la entrevista necesita ser creada para permitir la interacción más allá del intercambio de ideas o posturas políticas, a fin de acceder a la subjetividad a la implicación emocional, corporal, ética y de conocimiento. Es ir a una dimensión intelectual-emocional (Kvale, 1996). En este sentido, nos permitan aminorar o subsanar algunos obstáculos y sus implicaciones con los que nos podríamos enfrentar. Uno, los participantes del equipo de salud se conocen, lo cual puede impedir la libre expresión de sus significados y de sus propias experiencias subjetivas, por mayor ambiente confiable y ético que se planea. Dos, el peso de la confidencialidad puede representar un dilema ético más allá de plantearlo como estatuto.² Segundo obstáculo, la vigilancia, control y poder, que se encuentran en toda institución, nos advierten del dispositivo implícito que existe al trabajar con un grupo de salud institucionalizado, incluyendo al propio investigador.

² Véase el Glosario.

5.7.1 Recolección: formas de registro y organización del material

Las entrevistas fueron audiograbadas, con previa autorización de los participantes, para ser transcritas. Las transcripciones se hicieron al final de cada sesión. Una vez recabado el material, se le dio nuevamente lectura para la identificación de los ejes de análisis y la interpretación del discurso de los participantes, siempre apuntando hacia la respuesta a las preguntas de investigación, sobre todo de los supuestos y objetivos.

Lo primero fue condensar la información dividiendo el texto en dos columnas, por un lado la entrevista y por otro condensar e identificar lo expresado por el sujeto como argumento dentro del discurso mismo (Kvale, 1996).

Después se ordenó el material con base en la condensación, en ejes temáticos obtenidos a partir de una base teórica, pero sobre todo del discurso del participante. Estos ejes tienen sus propias definiciones generales.

Por último, se hicieron interpretaciones de los discursos, es decir, recontextualizar lo dicho en un contexto teórico específico. La información de la entrevista fue de tipo discursivo, fundamentando su análisis comprensivo-interpretativo; asimismo, desde una escucha activa se procesaron las transcripciones con la información de las entrevistas para hacer un análisis de ese material.

5.7.2 Análisis: lectura del material y líneas de interpretación

Dado que la presente investigación está sustentada en la psicología social nos centramos en el discurso de sujeto, y el diálogo bioético. De esta forma, utilizamos el análisis del discurso argumentado para dar lectura al material.

El análisis se fundamenta en la argumentación. La argumentación actúa sobre un juicio y valores compartidos por toda la comunidad sociocultural, lo que permite al discurso construir y prever de elementos de conocimiento.

El discurso argumentado (Vignaux, 1983) hace referencia a objetos, acontecimientos, actitudes o comportamientos que remiten a un pasado personal, a otro sujeto o a opiniones, ya sea que se traten de aquellas comúnmente aceptadas (valores, verdades) o bien, que se trate de objetos de oposición (o debates o controversias).

Así, la argumentación se construye en el discurso en forma de una organización de juicios, de proposiciones en sentido general (se propone) o de asertos (se dice), siempre remitiendo a un otro, es decir, hace alusión a una persona o situación (Vignaux, 1983).

5.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación está fundamentada en la ética psicosocial y en la biomédica. Por ello, consideramos algunas de las recomendaciones éticas internacionales para llevar a cabo el trabajo.

Las siguientes Pautas del *Council for International Organizations of Medical Sciences* [CIOMS] (CIOMS, 1993) están relacionadas a aspectos como el consentimiento informado y el trabajo con personas vulnerables y/o con un malestar psíquico, por ello, nos basamos en ellas para respetar las consideraciones éticas. La pauta 4: Consentimiento informado individual, la pauta 13: Investigación en que participan personas vulnerables y pauta 15: Investigación en que participan individuos cuyos trastornos mentales o conductuales los incapacitan para dar adecuadamente consentimiento informado. De la misma forma, incluimos la pauta 18: Protección de la confidencialidad.

Por otro lado, retomamos de la Declaración de Helsinki (*World Medical Association*, 2000), dos de sus principios. El principio 10 sobre el deber médico de proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano; y el principio 22, acerca del proceso del consentimiento informado.

Asimismo, contemplamos algunas de las consideraciones éticas de la investigación psicosocial que plantean que la participación de los sujetos suicidas y del equipo médico sea voluntaria y se les garantice absoluta confidencialidad y privacidad.³ También se solicitó permiso para grabar las sesiones, ofreciendo las transcripciones como una manera de devolución y retribución por su trabajo y participación.

En el consentimiento informado del participante, se planteó que la entrevista podría abordar momentos y recuerdos que pueden ser dolorosos, para ello el participante podía declinar o seguir adelante en cuanto lo deseara. Un aspecto importante fue explicitar que su participación o abstención no afectaba en nada su atención o tratamiento en el hospital, ya que era totalmente independiente de ello. Mientras que en el consentimiento informado para el equipo de salud, se enunció que su participación o declinación en el estudio no tenía ninguna repercusión en su trabajo o ejercicio profesional (véanse los Apéndices A y B).

³ Véase el Glosario.

CAPITULO VI. RESULTADOS

A quien por no sufrir deja la vida

Vida para sufrir le da la muerte

Immanuel Kant

El presente apartado contiene una descripción detallada del resultado del trabajo de campo, la cual se sustenta desde la experiencia de los sujetos, narradas por ellos mismos y con la interacción de la experiencia de la investigadora, procurando más que evaluar o reducir, sólo explicar.

6.1 MATERIAL DE CAMPO

El trabajo de campo se llevó a cabo en dos instituciones que atienden a personas con intentos de suicidio. Por cuestiones éticas, fueron denominadas como institución 1 e institución 2. En la institución 1 se contactó a una autoridad del hospital, quien amablemente solicitó el protocolo de investigación y una carta de solicitud para realizar la investigación en su centro (firmada por la directora de tesis), y así poder iniciar el trabajo de campo. El requerimiento ético fue cubierto presentando el consentimiento informado.

En enero de 2007, se inició el trabajo de campo en la institución 1. Un médico psiquiatra de alta jerarquía nos presentó a otra psiquiatra quien sería la responsable de brindarnos el apoyo logístico, pero sobre todo de presentarnos con los psiquiatras que cubrían los requisitos de los criterios de inclusión del estudio.

Después de la presentación con los psiquiatras, se les dio una explicación sobre la investigación y el consentimiento informado, por ejemplo, la garantía de la confidencialidad, el permiso para grabar las sesiones, y el ofrecimiento de las transcripciones como una manera de devolución y retribución por su trabajo y participación. Un punto importante fue explicitar que su participación debía ser voluntaria en esta investigación (véase el Apéndice B).

Una vez que los médicos aceptaban participar, se les solicitaba una cita para la entrevista. El día de la cita, se les explicaba detalladamente el formato del consentimiento informado, después se iniciaba la entrevista. Ésta se realizaba en un consultorio desocupado del servicio de consulta externa de la clínica.

Una de las psiquiatras entrevistadas, solicitó una cita para poder invitar a una paciente suya, quien cumplía con los criterios de inclusión de la investigación. Esto representó un dilema ético para la investigadora, pero no para el médico. El rompimiento de la confidencialidad para la selección de los sujetos con intento de suicidio implicó uno de los conflictos éticos más frecuentes. Sin embargo, tanto la psiquiatra como la investigadora, enfrentaron el dilema proporcionando mayor información sobre el estudio a la paciente. Se explicó que también los médicos tratantes serían entrevistados a fin de comprender de manera más amplia el fenómeno bioético en cuestión.

La entrevista al sujeto con intento de suicidio se realizó después de su consulta. Se le invitó a participar en la investigación y se le dio información sobre ésta como parte del proceso de obtención del consentimiento informado. Una vez que la persona aceptó participar en la entrevista, se le explicó el contenido del consentimiento informado, después de éste, se dio por iniciada la entrevista; ésta se llevó a cabo en un consultorio desocupado de la clínica.

En la institución 1, la fase de trabajo de campo constó de tres entrevistas individuales a los participantes de la investigación, por un lado a un sujeto con intento suicida ocurrido en los últimos 12 meses; por otro lado, a dos miembros del equipo de salud, una psiquiatra tanatóloga y otra a una residente de psiquiatría, ambas tratan o habían tratado a pacientes suicidas. Es importante mencionar que en la institución 1, existe una muy baja prevalencia de pacientes con intento de suicidio en consulta externa; si los pacientes presentan un riesgo suicida son internados de inmediato. Por esta razón, optamos por finalizar el trabajo de campo en la institución 2, en donde se estaba trabajando simultáneamente.

En la segunda institución participante en el estudio, la institución 2, se solicita cubrir una serie de requisitos para realizar investigación con los pacientes y personal de tal hospital. Los trámites¹ consistieron en someter el proyecto de investigación a tres evaluaciones: con expertos en el tema, ante la comisión de investigación y el comité de ética de la investigación de la institución.

¹ Los trámites consistieron en: primero, en noviembre de 2006, se elaboró un protocolo de investigación, el cual pasó a evaluación por tres evaluadores externos a la institución 2 y expertos en el tema; en diciembre de 2006 se recibieron los dictámenes. Segundo, con base en los comentarios y sugerencias de los expertos, se hicieron las modificaciones pertinentes a dicho protocolo, en enero de 2007. Tercero, una vez corregido el trabajo, se llenaron dos formatos, uno para la comisión de investigación del hospital 2, y otro para el comité de ética de la investigación, ambos se enviaron a evaluar en enero de 2007. Durante febrero y marzo se mantuvo un diálogo constante con los miembros del comité de ética para puntualizar algunos aspectos metodológicos de la investigación. El dictamen de aprobación del proyecto por parte del comité de ética está fechado en el mes de abril. Cuarto, se realizó una presentación oral del proyecto ante la comisión de investigación el 24 de abril de 2007, en donde se aprobó la investigación, con lo cual se podía dar inicio el trabajo de campo en la institución 2.

Una vez aprobado el protocolo de tesis, se inició el trabajo de campo. La primera actividad de esta fase fue contactar a un alto mando a cargo del servicio de consulta externa. El médico encargado del este servicio fue quien consultó en todo momento los expedientes médicos computarizados y quien me presentó a los psiquiatras que cumplían con los criterios de inclusión.

A los psiquiatras les daba una amplia explicación de diez a quince minutos aproximadamente, sobre la investigación y el consentimiento informado. Una vez que los médicos aceptaban participar, se concertaba una cita para la entrevista. El día de la cita, se les exponía, primeramente, el formato del consentimiento informado, después se iniciaba la entrevista. Las entrevistas se realizaron en el consultorio de los propios médicos.

Posteriormente, los miembros de equipo de salud entrevistados, indicaban una nueva cita para poder invitar a sus pacientes, cuyas características cumplieran con los criterios de inclusión de la investigación. Esto podría representar nuevamente un dilema ético; sin embargo, el rompimiento de la confidencialidad en realidad no fue interpretado como un conflicto ético, en primer lugar porque entre los estatutos de la institución, se estipula que los pacientes que acuden a los servicios de ésta, deben saber que pueden participar, siempre de manera libre y voluntaria, en los protocolos de investigación que se llevan a cabo ahí. Por otro lado, la selección de sujetos siempre se hizo en forma de diadas, es decir, se elegía al médico que tuviera en tratamiento a un paciente con intento de suicidio y a su vez al paciente bajo tratamiento. Aunque en los criterios de inclusión de la investigación también se explicita que el miembro del equipo salud que participe tenga experiencia en el trato con pacientes con intento suicida, y no necesariamente esté en la actualidad atendiendo a éstos. Sin embargo, las autoridades contactadas durante el trabajo de campo asumieron que la relación a explorar era médico-paciente, únicamente.

La resolución del dilema ético consistió en que a los sujetos con conducta suicida, se les proporcionó amplia información sobre el proyecto de investigación, incluyendo que los médicos o equipo de salud también serían entrevistados, para de esta forma, aproximarnos a las cuestiones bioéticas de ambos actores.

La información que se les proveyó a los sujetos que intentaron suicidarse fue parte de la invitación para participar en la investigación y del proceso de obtención de consentimiento informado, esto se hizo después de su consulta con su psiquiatra, quien únicamente me presentó con ellos, como la psicóloga que estaba realizando una investigación en la institución.

Una vez que las personas aceptaban participar en la entrevista, se les explicaba el contenido del consentimiento informado, después de éste, se daba por iniciada la entrevista; éstas se llevaron a cabo en un consultorio disponible.

El trabajo de campo del proyecto en la institución 2, comenzó en el mes de abril. Esta fase constó de tres entrevistas individuales a los participantes de la investigación, por un lado, a dos sujetos con intento de suicidio en los últimos 12 meses, por otro lado, a un miembro del equipo de salud, en este caso un residente de psiquiatría, que trataba a uno de estos pacientes suicidas. La última entrevista está fechada el 17 de mayo.

En resumen, el trabajo de campo del proyecto constó de seis entrevistas individuales a los participantes de la investigación, por un lado a tres sujetos que habían intentado suicidarse en los últimos 12 meses; por otro lado, a tres miembros del equipo de salud (psiquiatras) que tratan a este tipo de pacientes. Todos pertenecían a dos instituciones que atienden a pacientes con intento de suicidio, la institución 1 y la institución 2.

La muestra obtenida cumple con los requerimientos metodológicos propuestos en la investigación, entre ellos, el criterio de saturación de la información, es decir, se suspendió el proceso de obtención de información al momento en que ya no se obtuvo información adicional “relevante”.

6.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES

Sujetos con intento de suicidio diádico

Dos de los participantes son mujeres, mayores de 50 años, ambas se dedican a las labores del hogar. Una de ellas es profesionista, médico general. Sobre el estado civil, una está casada y otra está divorciada. Las dos tienen hijos. El tercer participante es un hombre de 21 años, estudiante universitario, soltero, dependiente económico de su madre.

En cuanto a los intentos de suicidio, una de las dos mujeres había atentado contra su vida en dos ocasiones, la última ocasión en diciembre de 2006; la otra tenía siete lesiones autoinfligidas, el último intento lo hizo en febrero de 2007. El hombre lo había intentado cuatro veces, la última vez en febrero de 2007. Los motivos² fueron diversos; entre ellas, el más frecuente fue la depresión y en una de ellas la causa fue la decepción amorosa; en el hombre, el motivo fue

² Los motivos del intento de suicidio serán retomados en el análisis de discurso argumentado, debido a su alto contenido moral que conlleva a una forma particular de terapéutica.

la depresión y la causa fue el diagnóstico de VIH-SIDA. El método más utilizado fueron las pastillas, y la intoxicación de líquidos tóxicos (ácido muriático).

Equipo de salud

Todos los miembros del equipo fueron psiquiatras. Al igual que los sujetos con intento de suicidio, dos son mujeres y uno hombre. Dos de ellos eran residentes de psiquiatría, la otra además de ser psiquiatra, es tanatóloga. Los tres tienen experiencia en el trato con pacientes suicidas.

6.3 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Como en toda investigación de tipo comprensivo-interpretativo se privilegió en el análisis de la información la construcción de la experiencia de los participantes sobre la atención al intento suicida en el encuentro mismo en donde fue narrada, a través de un proceso interpretativo, en su sentido epistémico e intersubjetivo.

Por el tipo de investigación, se tomaron en cuenta dos consideraciones. Primero, considerar que al transcribir las entrevistas, se pierde información importante como son los gestos, expresiones corporales, esto reduce en cierta forma la grabación a un texto que a su vez es el registro grabado de una interacción oral. Segundo, lo anterior nos hace concluir que es el texto el objeto del análisis que se hace y no propiamente el discurso oral de esa interacción. De esta forma, se favorece el proceso interpretativo de la experiencia intersubjetiva.

Con base en lo anterior, se trabajó con el texto de las entrevistas. El primer paso, fue dar lectura, según el análisis de discurso. El segundo paso fue ubicar los temas generales de cada texto, se identificaron los “momentos” que consideramos clave con contenido discursivo, para el propio sujeto. El tercer paso fue agrupar los argumentos en ejes temáticos, estos ejes son específicos y estaban en función del marco teórico, pero constituidos a partir del discurso del sujeto, no al revés; se trata de explicaciones consistentes entre lo dicho y la teoría.

Después de identificar en los textos los ejes temáticos, se desarrollaron para el análisis. Del análisis de las entrevistas se tomaron algunos segmentos de discurso, éstos fueron seleccionados con base en la pregunta de investigación, los objetivos, los supuestos y los ejes teóricos. Asimismo, se fragmentaron los textos obteniendo diálogos manejables para el análisis. Los criterios para el corte en segmentos fueron 1) que el sujeto cambiara de tema, o que no continuara la idea principal del tema, 2) cuando existía una pausa o silencio prolongado.

Se realizaron varias selecciones de los segmentos con la finalidad de aislar aquéllos que ilustraran las categorías o ejes de análisis, y según el significado del intento de suicidio.

Inferimos que algunas categorías presentaban más fragmentos que otras. Incluso, en algunas categorías existían segmentos que se repetían, porque los argumentos y significados no son aislados, no se excluyen unos a otros.

Para el manejo de estos segmentos, respetamos el discurso inicial dado por los participantes, aunque se hicieron pequeñas modificaciones al texto, sin alterar el significado. A continuación se presentan estas variaciones que fueron necesarias para el análisis del texto:

Los nombres reales han sido cambiados, por cuestiones éticas, el criterio fue arbitrario, pues nunca se les pidió un seudónimo a los participantes.

Las partes del texto que al momento de la transcripción no eran claras se sustituyeron por (?)

Las partes del texto que no “eran relevantes” a los significados se sustituyeron por [...]

Algunas palabras conocidas como “muletillas” por ejemplo: o sea, pues, ¿no?, ¿sí?, entonces, etc., y algunas expresiones como hmmm, uff, etc., se quitaron, cuando no afectaban el discurso o el significado.

Entre corchetes “[]” aparecen los comentarios que la investigadora hizo para completar la frase que los participantes quisieron expresar y los comentarios que contextualizan el segmento del discurso.

Análisis de discurso argumentado

Como se mencionó en el capítulo del método, la técnica propuesta para el análisis de los textos fue el análisis del discurso argumentado (Vignaux, 1983). El discurso argumentado hace referencia a objetos, acontecimientos, actitudes o comportamientos que remiten a un pasado personal, a otro sujeto o a opiniones, ya sea que se trate de aquéllas comúnmente aceptadas (valores, verdades) o bien, que se trate de objetos de oposición (debates o controversias).

Consideraciones para el Análisis de Discurso Argumentado:

El análisis lógico de un texto argumentativo plantea la hipótesis de que la argumentación se construye en el discurso en forma de una organización de juicios, de proposiciones (se propone) o de aserciones (se dice). El analista deberá hacer una lectura directa de las significaciones propuestas por el orador, constituidas en sistemas. Al construir este último, se elabora sobre la materia del discurso original otro discurso con intención lógica.

Vignaux (1983) califica como argumentación a una clase de discurso que posee al menos dos características:

- 1) estar estructurado en proposiciones o tesis que constituyen un razonamiento y traducen indirecta o directamente una o la posición del hablante (aserciones, juicios, críticas),
- 2) remite siempre a otro, ya sea ese otro individualizado o no individualizado (un hombre, un grupo, un estado determinado de la sociedad, de la opinión general, de la ciencia) ya sea explícitamente señalado o no en el discurso (citas, alusión a la persona, proposiciones generales acerca de un situación).

Vignaux (1983) define:

el discurso argumentativo como el que, a partir de una ubicación determinada del hablante en el seno de una formación social, señala una posición de ese hablante acerca de un tema o de un conjunto de temas, posición que refleja de manera directa, no directa, o incluso disfrazada, la ubicación del hablante en una formación social considerada. Esta posición está siempre determinada por otro, al que el orador puede apelar o no, pero que interviene como referencial delimitativo. Es ese otro quien determina las proposiciones del discurso pues a él apuntan las aserciones o los juicios vinculados por el hablante en un sistema delimitado por los usos de composición oratoria, sistema señalado a la vez por la dinámica discursiva (reglas propias de la institución del discurso) y por la estructuración de un pensamiento que el hablante quiere transmitir. El discurso argumentativo “dice algo y quiere decir algo”: esto no es indiferente a la convicción del hablante acerca de lo bien fundado de su exposición. El discurso argumentativo apunta, si no siempre a convencer, al menos a establecer la justeza de una actitud, de un razonamiento, de una conclusión (p.66).

El discurso argumentado habla de objetos y de acciones:

Objetos: pueden ser físicos referidos a un mundo real concreto, acontecimientos que se han producido, actitudes, comportamientos, opiniones, las comúnmente admitidas (valores, verdades) como las que son objeto de oposición (debates, controversias).

Estos objetos pueden ser elegidos de acuerdo con el tipo de relación que el hablante tiene con ellos, es decir, son presentados al auditorio en situaciones, que serán las del discurso. Un existente en el discurso está postulado:

- como proveniente de un existente de referencia (es esto lo que existe, les transmito lo que es),
- como una traducción de ese existente (he allí lo que esto quiere decir),
- como un juicio acerca de ese existente (he aquí lo que pienso de ello, lo que debemos pensar de ello).

En el discurso un existente tiene varios niveles, según se trate de objetos o de opiniones, o acontecimientos marcados temporalmente (esas cosas que existen y a las cuales se hace alusión). Un existente es estructurado en el lenguaje, como una representación.

El existente de referencia exterior al discurso está constituido por:

- a) Objetos a los cuales atribuyen un cierto número de características y de restricciones físicas de las cuales se pueden marcar las relaciones que las componen en situaciones por medio de indicadores de tipo físico y espacio-temporal.
- b) Actitudes u opiniones que pueden corresponder ya sea a la presencia de normas establecida por la institución social bajo la forma de sistema de valores, que se expresan en ocasión de ciertos tipos de situaciones sociales (elecciones, conflictos, etc) y que pueden representar una intervención de la norma estabilizadora o deslizamientos de esta norma en circunstancias socialmente precisas (juicios, debates).
- c) Comportamientos generales “ya ligados a situaciones precisas, es decir, localizados espacio-temporalmente, comportamientos que expresan la relación de los individuos o de los grupos con las normas sociales precedentes, bajo la forma de expresiones directas (comportamientos tipo) o bajo la forma de distancias (desviaciones, innovaciones, rupturas)” (Vignaux, 1983, p.67)

Acciones: los objetos, actitudes, comportamientos o acontecimientos, son presentados por el discurso, el cual va a construir desde el comienzo una cierta representación, la personal del hablante o la que él presenta asumida por una colectividad de testigos o de adeptos.

Las acciones del discurso, corresponderán primeramente a las operaciones fundamentales de tipo cognitivo, los espacio-temporales, que señalan la tipología y la cronología, las otras expresan procesos-acciones propiamente dichos, lo cual implica, por lo tanto, agentes, pacientes y formas de acción, de existencia, o de posesión.

El discurso argumentativo habla a través de:

Los elementos léxicos: el sentido de las palabras empleadas por el hablante puede ayudar a comprender de qué habla el discurso, tanto precisar el campo de actividad disciplinaria en el cual éste se sitúa, como las categorías semánticas a las cuales pueden remitir sus propiedades formales y sus ubicaciones en el orden estructural de la oración.

Las fuentes del discurso: el hablante puede asumir completamente su ubicación en el discurso. La enunciación puede hacerse de un modo directo o indirecto. Habrá presencia o no de las citas y esto dependerá de que se dé o no la palabra a otro, en cuyo caso este último ocupará entonces el

lugar de la autoridad exterior de referencia. Estas fuentes van a determinar o a coincidir con los temas de información; se trata de delimitar quién habla de qué. Los temas elegidos por el hablante son una característica del discurso ya que determinan sus estrategias de construcción, según se trate de hechos, de hipótesis o de juicios.

Las formas de enunciación: las formas de predicación definen modos de construcción de los objetos del discurso (calificativos, procesos, agente, paciente). La presentación por parte del hablante de las relaciones entre los elementos pueden variar: afirmación, interrogación, exhortación. Entre estas últimas, podremos distinguir las que presentan los objetos o las situaciones como verdaderos, como hipótesis. Así no es indiferente determinar lo que es verdaderamente afirmado (eso existe) o probable o posible. Las formas de interrogación pueden modular los niveles de certidumbre y las descripciones de la argumentación en elementos fraccionados.

Los tipos de operadores: los primeros operadores a considerar son los de la identidad (aserción o afirmación) y de la negación: establecen o rechazan la información (hipótesis o hechos). Los operadores de modalidad permitirán que el hablante matice los valores de verdad o modifique las relaciones entre los elementos. Estas operaciones pueden ser realizadas por verbos modales; se distinguirán las modalidades siguientes: posible, probable, necesario, autorizado, capacidad, deber.

Procesos: distinguir los modos de las diferentes formas de enunciación: indicativo subjuntivo, condicional, etc. La voz (activa-pasiva) permite determinar las ubicaciones del agente y del paciente. Es importante también la distinción entre los verbos de estado y de proceso propiamente dichos.

Los tiempos de los verbos son importantes en la medida en que permiten reconocer un primer nivel de los aspectos. Distinguiendo la forma del perfecto e imperfecto, de lo concluido y lo no concluido (compuesto, simple). Las modalizaciones intervendrán para definir en qué medida se hace cargo el sujeto del proceso o del objeto de ese proceso, si lo hace en forma completa, parcial o negativa. Se distinguirán así: para el verbo, modalidades de la acción; para el sujeto, modalidades de agente o del origen de la acción, para el objeto del verbo, modalidades de los alcances de la acción.

Si el verbo, es considerado como predicado y le serán vinculados cierto número de lugares correspondientes a los argumentos, que determinarán el tipo de relación que tiene el verbo con ellos. Como ejemplo de estas relaciones: 1) la función de introducir informaciones (hechos, acontecimientos), 2) de atribuir una propiedad (ser, parecer), 3) de situar un elemento

(circulantes), 4) de definir un elemento por medio de otro, o 5) aún la de señalar la pertenencia de un elemento o de varios elementos de una clase. En el nivel semántico se reconocerán las funciones agente (determinado o impersonal), objeto (activo o pasivo) y circunstancia (lugar, causa, tiempo, modo).

Encadenamientos: estas relaciones van a introducir modos de composición de las acciones. Distinguiremos relaciones de tipo exclusión, acompañamiento, complementación, coordinación, subordinación, cantidad, calidad, también relaciones de simultaneidad, de anterioridad, de posterioridad, en otros términos de cronología, y por fin las relaciones de causa, consecuencia, finalidad y oposición.

Otro aspecto importante es la teatralidad del discurso argumentativo: El discurso argumentativo debe ser considerado como puesta en escena para otros. El texto no es sólo conceptual, sino además tiene un efecto de una voluntad de representación ofrecida por el autor a su público.

El texto no es únicamente reflejo o máscara de los pensamientos del autor sino también producto de circunstancias exteriores como las de lugar que suscita el énfasis y la selección de las ideas a partir de la interacción orador-auditorio, aún las del texto mismo, cuyo funcionamiento propio tiene objetivos de redundancia, elegancia y musicalidad.

La función teatral del discurso introduce lo posible al mismo tiempo que relativiza lo existente. El sujeto enuncia a partir de una ubicación y que esta ubicación es circunstancial pero también ideológica. En un espacio de tres dimensiones, después de las relaciones del sujeto con su discurso, está la ligazón del sujeto con el auditorio y de éste con el discurso. Pero la función teatral es más que relacionar estos espacios: al hacerlo se vuelve productora de sentido.

Teatralidad: emitir un discurso frente alguien, hacerlo para intervenir sobre su juicio y sobre sus actitudes, es decir, para persuadirlo o al menos para convencerlo, implica, en efecto, proponerle una representación. Está destinada a él, lo que significa que debe conmoverlo. Como el oyente está siempre situado, en su persona, en el mundo y en las relaciones con el que habla, los elementos universales no serán aquellos que actuarán mejor y los argumentos demostrativos frecuentemente pasarán a un segundo plano. Por eso la argumentación se aproxima más al teatro que a la geometría (Vignaux, 1983, p.10).

Cómo analizar un discurso argumentado

Todo discurso es una práctica de un sujeto, de sus concepciones y posiciones, y del lugar que él ocupa. Porque el discurso es representación y huella de operaciones de representar. Por ello, hay

que estudiar “las operaciones discursivas que engranan la esquematización tal como el sujeto desea verla recibida por el lector y el oyente” (Vignaux, 1983, p. 240).

Para el analista de dichas operaciones, el uso de la lógica consistirá en remontarse a las actividades logificantes tales como aparecen implicadas en el texto y especificarlas de otra manera. Es decir, admitir el postulado según el cual el texto realiza cierto número de operaciones sobre los objetos, con miras a determinarlas, y justificar estas determinaciones articulándolas.

En cuanto al tema que nos ocupa, la labor fue analizar el texto (la transcripción de la entrevista) de los participantes a la luz de los existentes del discurso, en este caso, de lo que para ellos significa o conciben (piensan, son o deberían ser -postulando al existente-) los principios bioéticos de beneficencia y autonomía en la experiencia de la atención psiquiátrica a los pacientes que han intentado suicidarse. Los objetos y acciones del discurso estaban relacionados al intento de suicidio, desde su concepción hasta la forma de su atención, mediada esta última por los principios.

En suma, se trató de analizar el discurso de los participantes sobre el tema de la terapéutica del intento de suicidio entorno a los elementos de la beneficencia (relación médico-paciente, los bienes y los males, las virtudes, los deberes, etc.) y la autonomía (respeto, valores, coerción, información, etc.) a través de operaciones discursivas, en sí de los componentes del discurso, en los cuales se incluye el destinatario, o bien el interlocutor.

Es importante integrar al análisis del discurso propiamente dicho la presencia de un sujeto enunciator, el proyecto de este sujeto y la situación de producción de los destinatarios, todo esto existe en el discurso, pero para el análisis hay que asegurar una representación.

Operadores discursivos e intervenciones del sujeto:

1.- Objetos del discurso: coincide frecuentemente con la “proposición” del discurso: el resumen breve, generalmente en una frase, de lo que busca demostrar el orador; está situado casi siempre en la primera parte o incluso a la cabeza del discurso.

Más que un tema y subtemas, se trata de un conjunto de objetos que la predicación construye progresivamente. Los subobjetos serán los elementos de composición de un objeto (situación de los actores o de los objetos, nociones compuestas).

2.- Relaciones entre objetos: del tipo de aproximación, yuxtaposición, proximidad, composición. Se dan al menos entre dos objetos. Utilizan operaciones tales como la analogía, la oposición, la complementación, así como la inclusión.

3.- Determinaciones: conjunto de procesos inmediatos para la construcción de los objetos (relaciones de calificación). Asignan propiedades a los objetos (adjetivos, adverbios, determinantes).

4.- Modalidades: recorrido de existencia: temporales, certeza, probabilidad, posibilidad y sus negaciones. El sujeto se referirá a cosas y señalará lo que se puede decir de ellos y cómo decirlo. Una existencia referencial funda y motiva el discurso (aquello de lo que el sujeto habla) pero es pretexto y el sujeto no trata de modificarla a ella sino a las representaciones que se refieren o pueden referirse a ella.

Para el análisis, el conocimiento de esta realidad externa y de las leyes que la constituyen, de la cual el discurso aparenta ser la traducción en términos de leyes discursivas razonadas, será importante para quien desea precisar la frontera entre lo explícito y lo no explícito.

5.- Operaciones lógicas: hay dos tipos, a) constitutivas formuladas implícitamente (sin los conectores clásicos) a través de los procesos de calificación o de determinación asociados a los objetos discursivos, b) sobre los modos de existencia de los objetos, comparándolos, oponiéndolos y asociándolos bajo la forma de operaciones del tipo de implicación, inclusión o consecuencia. El análisis de las composiciones de estas relaciones y de su orden es fundamental para el enfoque del sentido del discurso.

6.- Procedimientos de orden: hacen posible componer la relación entre muchos objetos diferentes. La función del orden del discurso es la de constituir las operaciones lógicas globales relativas a /y alrededor de un objeto (individuo, noción, situación) en el modo de la predicación (X es...).

Permiten al sujeto especificar el peso respectivo de las nociones o actores principales del discurso por un juego progresivo que compone las certezas, los posibles y los necesarios, construyendo también las determinaciones principales.

Vignaux distingue así cuatro universos de juegos posibles según las estrategias que el sujeto se dará con miras a constituir tal tipo de representación. Es preciso agregar que la perspectiva del analista es análoga a la de quien oye el discurso o lo lee y que, por tanto, el problema consiste en preguntarse cómo es o podrá ser recibida tal estrategia del sujeto. Pues toda estrategia estará compuesta por la inferencia de los juegos precedentes. Su determinación pasa por el análisis de las operaciones reveladas en el discurso, anteriormente descritas.

- 1) Los juegos sobre los lugares
- 2) Los juegos sobre las relaciones con otros
- 3) Los juegos sobre los objetos

4) Los juegos sobre los universos.

Tomando lo anterior en cuenta, a continuación se presenta un ejemplo del análisis de discurso argumentado.

Ernesto es miembro del equipo de salud, él es residente de psiquiatría y trabaja en un hospital público. En este segmento habla del intento de suicidio que el paciente realiza estando en tratamiento (véase página 172).

Ernesto: En parte sí,.... no te puedo decir “que eso sí... la razón principal por la cual llegan a otro intento de suicidio. Pero sí, la relación médico-paciente afecta mucho.... en el pronóstico. Hay pacientes que desde un principio no llevan una buena relación médico-paciente y.... termina en suicidio porque no se sintieron comprendidos, adaptados, o simple y sencillamente te querían realizar un.... un acto de agresión.... hacia el médico y pus se mataron para o sea que era malo. O bien, hay relaciones que son demasiado buenas.... que tienen muy buenos resultados. Pero sí, también varían mucho.

Aquí se presenta un segmento del discurso de Ernesto, el cual podríamos calificar un argumento de respuesta a una pregunta, puesto que la escritura y disertación hablan de un tema. Se trata del discurso de un psiquiatra que argumenta desde el conocimiento médico- como una institución (**rol y ubicación**).

Manifiesta las finalidades del autor y su orden gramatical, pero poca claridad en la expresión del pensamiento, en cuanto orden lógico, se ve la yuxtaposición del contenido. Las estrategias discursivas se articulan en sí la relación médico-paciente es un motivo de intento de suicidio y el por qué. El vocabulario va dirigido a reagrupar estos conceptos, bajo predicaciones y calificaciones. La hipótesis es que el sujeto utiliza estrategias de tipo semántico (aserción-se dice; juicio).

<i>ENUNCIACIÓN</i>	<i>ESTRATEGÍA DISCURSIVA</i>	<i>INTERPRETACIÓN</i>
<i>En parte sí,</i>	<i>Oposición-contradicción</i>	No se atreve a afirmarlo abiertamente “en parte”
<i>....no te puedo decir “que eso sí</i>	<i>Construcción predicativa (poder decir)</i>	
<i>la razón principal por la cual llegan a otro intento de suicidio</i>	<i>Enunciación: agente Otro son los pacientes.</i>	Otorga gran importancia “razón principal” por la cual un paciente realiza otro intento de suicidio.

<p><i>Pero sí, la relación médico paciente afecta mucho.... en el pronóstico.</i></p>	<p><i>Conceptual</i> <i>Predicativo (afecta)</i> <i>Enunciación:</i> <i>calificativos.</i></p>	<p>Porque influye mucho en la evolución del caso (tratamiento).</p>
<p><i>Hay pacientes que desde un principio no llevan una buena relación médico paciente y.... termina en suicidio</i></p> <p><i>porque no se sintieron comprendidos, adaptados, o simple y sencillamente te querían realizar un.... un acto de agresión.... hacia el médico y pus se mataron para o sea que era malo.</i></p>	<p><i>Fáctico</i></p> <p><i>Construcción predicativa (llevar, termina, sintieron, querían realizar, se mataron, era)</i></p> <p><i>Proposición general de una situación</i></p> <p><i>Enunciación:</i> <i>calificativos.</i></p>	<p>Los pacientes que no se sienten comprendidos, adaptados y se matan para agredir a su médico, es porque llevaron una relación médico-paciente mala.</p> <p>Como una forma posible de relación (“no hay culpables”)</p> <p>Ernesto, responsabiliza así, a los pacientes, tanto de la relación con sus médicos, como del acto suicida.</p>
<p><i>O bien hay relaciones que son demasiado buenas.... que tienen muy buenos resultados.</i></p>	<p><i>Fáctico</i></p> <p><i>Construcción predicativa (son, tienen).</i></p> <p><i>Enunciación:</i> <i>calificativos.</i></p>	<p>Al final, dice que la relación es variable.</p> <p>Hace una causalidad “no sostenible” al mencionar “relaciones demasiado buenas” (¿para quién?) tienen buenos resultados, es decir, ¿no se suicidan?</p>
<p><i>Pero sí, también varían mucho</i></p>	<p><i>Fáctico</i></p> <p><i>Predicativa (varían)</i> <i>Enunciación:</i> <i>calificativos.</i></p>	<p>Reintroduce la incertidumbre, la duda original.</p>

El empleo de la noción de sujeto *psico-lógico* que hace Vignaux, traduce la voluntad de explicar las operaciones intelectuales que supone la construcción de un discurso, y cuya especificidad se

pueda resumir diciendo que son el conjunto de las condiciones necesarias para que el discurso de un sujeto sea comprendido y que son suficientes para que el proyecto de ese sujeto sea recibido por otro. Así, el sujeto del discurso es el mismo que, por sus operaciones sobre el significante, fundará una representación lógicamente lograda al mismo tiempo como proyecto de sentido.

Finalmente, cabe mencionar que la interpretación que se hizo de los resultados en este proyecto es una de muchas otras que se pueden hacer al respecto. Esta deriva del ejercicio interpretativo de la autora. Por ello, al final de este capítulo se habla de su implicación.

6.3.1 Análisis de discurso argumentado de los sujetos con intento de suicidio diádico

Se presentan las interpretaciones de los argumentos de los sujetos que atentaron contra su propia vida. Se seleccionaron los segmentos del discurso para ilustrar cada tema, basándose en la argumentación centrada en el enunciado y su significado dentro del intento de suicidio (I.S), con base en los ejes teóricos. La estructura y orden de la presentación es la siguiente: 1) se hace una breve descripción de la situación, entendiéndola como una puesta en escena; 2) se contextualiza el caso del intento de suicidio; 3) se ilustran los ejes temáticos: beneficencia y autonomía; 4) se da la interpretación siguiendo los ejes temáticos y teóricos.

Presentación de los participantes

GLORIA

Gloria es una mujer de profesión médica que actualmente está jubilada. Tiene 52 años, está casada y tiene dos hijos adolescentes. Considera que tiene depresión. En diciembre de 2006, intentó suicidarse con antidepresivos, debido a constantes discusiones irreconciliables y humillantes con su esposo, del cual se separó (aún no están divorciados) por una infidelidad. Esta separación es el motivo por el cual ella está en tratamiento desde hace cuatro años. Gloria asiste a consulta psiquiátrica en un hospital privado, y por otro lado acude, con una psicoanalista.

El contexto discursivo de la entrevista con Gloria gira alrededor de la humillación que siente por la infidelidad de su esposo y el dolor de la separación, de la mala relación con sus hijos y del poco avance que ella ha notado con sus tratamientos.

Intento de suicidio

El tema del intento de suicidio, Gloria lo abordó primeramente mencionando que lleva dos intentos en estos últimos cuatro años. Menciona que los motivos son varios, el rechazo sexual del esposo, los insultos y humillación que éste le provoca, principalmente al compararla con su amante. El último intento de suicidio sucedió el 14 de diciembre de 2006.

***Gloria:** Pero el catorce de diciembre del 2006 después de una discusión, después de que yo me le quise ir a meter a la cama a mi esposo [...] [pero su esposo la rechaza] yo me quede tan.... tan humillada,.... que sin decirle nada a nadie, mi hijo ese día se había ido a una fiesta.... Y cuando va a casa de ese amigo normalmente se queda a dormir, o llega de las fiestas a las cuatro o cinco de la mañana. Y eran como las dos de la mañana.... o una y media y entonces sin decirle a nadie, saqué toda la medicina que tenía y el día que fui a comprar mi medicina al Hospital X, me agarré la oferta que la señora me ofreció, porque a ella le habían [dado] el medicamento. Entonces tenía tres cajas de Liptosil que tenía Rivotril con Diazepan.... También tenía pues no sé eran como cuatro tiritas, si, veinte pastillas, no sé. Entonces las saqué todas.... no dije nada a nadie.... me bajé un cobertor y una almohada a la sala.... me acerqué un cigarro, me acerqué un.... vaso de refresco, me acosté con las pastillas en la mano y me las empecé a tomar, no sé cuántas de cada una.... ni sé.... cuántas en total fueron. Pero resulta que mi hijo llegó antes.... y me vio.... Entonces me invitó a que nos subiéramos a la recámara a dormir, cuando íbamos subiendo yo me iba a caer y me dijo “¿mamá qué te pasó?”, le dije “nada, pues me.... me resbalé”. Entonces ya llegamos a mi recámara.... me acosté y ya me iba voltear para dormirme, porque ya me sentía muy soñolienta. Y él se quedó con la intención de platicar conmigo....y entonces cuando ya no le pude contestar, se dio cuenta de que algo había hecho. Entonces prendió la luz y vio que en mi mesita de noche estaban todos los empaques de las medicinas y empezó a gritarme “qué que había hecho” y yo lo único que le decía “déjame ir, déjame ir.... me quiero morir”. Entonces fue y le habló a su papá, vino mi esposo y dijo “¡ay! háblale al cero cinco, a la Cruz Roja”, ya vino la Cruz Roja.... Ya estaba midriática, ya no podía hablar, ya no podía caminar,.... me llevaron en la ambulancia al hospital del Seguro Social y allí me.... me.... rescataron. Porque realmente.... yo digo que no fue un intento.... yo digo que fue un rescate del suicidio....*

Principio de beneficencia

Gloria expuso con detalle el procedimiento terapéutico al que fue sometida después del intento de suicidio, al que ella denomina como “rescate del suicidio”. Cabe destacar que dicho discurso está situado en otro servicio de salud: urgencias, lugar en donde en su mayoría se atienden los casos de emergencias de este tipo.

[El método del intento fue intoxicación medicamentosa, con antidepresivos]

Gloria: me dicen “que me preguntaron muchas cosas y que yo contesté y” pero yo no me acuerdo de nada o sea yo.... lo último que recuerdo es cuando me subieron a la ambulancia y me canalizaron porque me dolió mucho, (ríe) con la canalización porque me la pusieron en el pliegue del codo.

Al preguntarle por cómo fue el trato que le dieron durante el “rescate”, Gloria argumenta posicionándose más como médico que como paciente, y contestó.

Gloria: Pues bueno, porque yo trabajé en el Seguro Social y yo sé que las condiciones pues son muy.... deficientes y muy malas ¿no? Que no hay mucho personal. Sin embargo, no me puedo quejar del trato y le repito yo creo que si no hubiera estado esa urgencióloga, que sabía lo que tenía que hacer, me hubiera muerto.

Después reflexionó sobre la pregunta y, desde su lugar de paciente contestó que el trato que recibió de los médicos y enfermeras en el Seguro, fue malo, la regañaron.

Gloria: Bueno.... sí me trataron mal, me trataron muy profesionalmente, hicieron lo que tenían que quehacer. [...] Pero sí, [...] cada médico que iba, me regañaba. “¡Ah! ¿eres médico?”, “sí” “¡ah, bueno! ¿pues ya sabes lo que sigue ¿verdad?”, “¡ah, eres médico!, pues ya sabes que no se trata de medicinas, sino de echarle ganas”, “¡ah, eres médico!” o sea todo el tiempo fue de estarme regañando.

Ante los regaños de los médicos durante la atención inmediata al intento, Gloria pensó que lo que menos necesita el paciente es que lo regañen. Aunque no dice qué es lo que sí necesita el paciente en esos momentos.

Gloria: y... yo creo que a un paciente en ese estado, lo menos que necesita en esos momentos es que lo estén regañando.

El mal trato por parte de los médicos llegó al extremo del “castigo”. Cabe hacer notar que esto evidencia el paternalismo médico. La frase de “ahora se aguanta” es como un castigo, desde sus propios valores morales, según la misma Gloria.

Gloria: “Señorita, me molesta mucho la sonda, me está lastimando mucho, y si ya no me va a pasar nada por la sonda, ¡quítemela!”, “no madre, la tiene indicada y ahora se aguanta” O sea un trato muy.... muy de castigo ¿no? O sea.... desde sus propios valores morales... [...] Y todo el tiempo fue estarme regañando,.... todo el tiempo fue estarme diciendo “¡ah! ¿eres médico? pues vas a ver.... lo que te toca”.

Gloria está bajo tratamiento psiquiátrico, con antidepresivos y en terapia psicoanalítica. Ambas profesionistas, no le dieron importancia al evento de I.S., la respuesta de la psiquiatra fue elevarle la dosis. El antidepresivo ya no hizo efecto, por tanto Gloria se intentó suicidar.

***Gloria:** las dos así como que...[no] le dieron mayor importancia, bueno.... la psicoanalista sí, como que no ... no le dio mucha relevancia,... y a la doctora X si le dije hasta que [...] regresó ella de vacaciones [...] y me elevó la dosis y me cambió el antidepresivo. Como que le dio más importancia la doctora X.... que la psicoanalista....*

Ante el cuestionamiento de si estaba de acuerdo en que lo que en esos momentos necesitaba era mayor dosis y cambio del medicamento para su bienestar, Gloria respondió primero desde su posición médica, pero después lo hizo nuevamente como paciente y entonces se percibe que el beneficio para ella hubiera sido otro.

***Gloria:** Pues.... sí, porque.... yo sentía que el antidepresivo que estaba tomando no estaba haciendo....el efectivo ¿no? [...] necesitaba un cambio, entonces sí me pareció que.... sí.... yo.... yo soy médico y yo sentí que.... que sí necesitaba más dosis.... que si necesitaba un cambio de antidepresivo porque no sentía que me estuviera haciendo gran cosa.... Aunque me hubiera gustado también como que.... el psicoanálisis en ese momento hubiera sido más intenso.*

Sobre la relación médico-paciente, Gloria dijo que aunque sí se siente acompañada y apoyada, y considera que sí tiene una buena relación, parece que Gloria quisiera sentirse más acompañada. Además, sus recurrentes afirmaciones, parecen ser suficientes para sentirse mejor y tener más afecto.

***Gloria:** Pues sí me siento acompañada, sí siento que ellas me responden en el momento en que las necesito. Porque les he hablado no muchas veces, pero les he hablado.... Cuando.... me he sentido muy mal.... Siempre [me] han apoyado. Entonces.... pues sí siento que hay una buena relación, sí me siento acompañada.... A veces quisiera más...más compañía, porque aparte estos cuatro años han sido cuatro años prácticamente de vivir sola [...] Y entonces pues a veces sí quisiera a veces más compañía, a veces quisiera.... (solloza) que las sesiones durarán más, quisiera más afecto de su parte.*

Gloria comentó que el profesionalismo de las terapeutas hace que tenga buena relación como paciente.

Gloria: *No, yo las siento a las dos muy preparadas,.... las siento a las dos muy profesionales,.... las siento a las dos que hay una muy buena relación médico-paciente con las dos.*

Gloria describió a sus terapeutas como una forma de cómo ella quisiera que fueran y de cómo debe ser un médico.

Gloria: *[...] la doctora E es muy cálida, [la psicoanalista] es un poco más reservada, quisiera que fuera un poco más.... cálida pero también digo, si fueran.... voy a caer en una (sonríe) dependencia.... emocional también después con ella, y.... y.... va a ser peor. Entonces.... me doy cuenta de que.... de que así debe de ser....*

Gloria mencionó que le tiene confianza a sus “doctoras”, ellas le representan la autoridad y el profesionalismo. A la psicoanalista “no le oculta nada” pero ella no le responde nada, sólo la deja hablar y hablar. En cambio la psiquiatra es más directa.

Gloria: *[...] la doctora X [...] la verdad como que me merece más.... autoridad.... la opinión de la psiquiatra, pero siempre me dejo llevar más por la opinión de la psicoanalista....[¿Por qué más autoridad?](Suspira) Porque.... a veces cuando hablo con la psicoanalista.... como que no me dice nada o sea solamente me deja hablar y hablar y hablar y hablar.... y no me.... no me dice nada.... Y con la doctora X con dos o tres cosas que le diga.... ¡zas! y suelta.... eeh, la frase o la.... la recomendación, o la opinión.*

El concepto de autoridad, Gloria lo relacionó con la devolución o respuesta a sus comentarios sobre su problemática. La psicoanalista la deja hablar y la psiquiatra “suelta la frase, la recomendación, la opinión” y eso hace que la vea con mayor autoridad. Por otro lado, Gloria ha sido sincera con las dos, pero eso provoca que la psiquiatra “la ponga en su lugar”. La paciencia es una virtud que espera encontrar en sus médicos, porque siente que su proceso es largo y aún no se siente lista, para el duelo, como ella lo menciona, pues aún sigue en el enojo provocado por la humillación de la infidelidad.

Gloria: *Las dos me merecen la misma confianza. A las dos les cuento todo, [...] Sí he sido sincera con las dos....A veces no quisiera ser tan sincera con la doctora X porque le digo.... ella rápidamente me.... con dos o tres palabra me.... me pone en mi lugar y a veces no quisiera [ser] tan sincera con ella y sin embargo... lo soy.*

Gloria en este recorrido terapéutico se ha encontrado dos tipos de beneficencia, que llegan a contraponerse. Sin embargo, parece que ella busca más un paternalismo, al argumentar lo siguiente:

[Se le pregunta sobre cómo tratan sus terapeutas una misma circunstancia. Ella habla del dolor que siente por el duelo de la separación con su esposo]

***Gloria:** Dos.... maneras de verlas color diferentes. Cuando me lo dice E [la psicoanalista] pues ya no me queda más que.... decirte “pues tienes razón.... y no me queda más que tener paciencia, esperar que pase.... con todo el dolor y poder tener la fortaleza de.... de tolerarlo, y de salir adelante.... Y cuando me lo dice la doctora X digo “si, es que esto es lo que debo hacer, esto es lo que tiene que ser”. Pero me falta esa fuerza.*

Como quien dice en un lado espero.... que me tenga la paciencia,....Y que me lleven casi de la mano....para ir yo superando, y en la otra es como la nalgada.... “de esto es lo que tienes que hacer”.

Principio de autonomía

Gloria asegura que la decisión de intentar suicidarse fue consciente y con seguridad de saber lo que hacía, es decir, estos aspectos son parte de la autonomía de Gloria.

***Gloria:** Porque fue una decisión bien pensada y bien tomada, sin miedo,.... sin.... vacilar, sin.... llamar la atención de nadie. No fui a tocarle a mi esposo a la puerta y decirle “mira me voy a suicidar por tu culpa”, no, fue.... en la privacidad de mi recámara.... Y luego en la privacidad de mi casa,.... como lo hice y ya.*

Gloria calificó el rescate de su hijo como mala suerte, pues dijo que no quería salvarse. También menciona que tuvo miedo de quedar con una secuela o consecuencia del I.S., aunque no se sintió arrepentida. Aspectos que pertenecen a la contemplación de un posible rescate.

***Gloria:** qué mala suerte que mi hijo hubiera llegado.... Y qué mala suerte que me hubieran llevado a tiempo porque.... una vez estando allí ya no me habría muerto y ya me iban a hacer todo.... todo lo posible por salvarme... y yo no me quería salvar, yo me quería morir.... y me daba miedo, pensar en que me quedará alguna.... lesión...grave,.... pero...en ningún momento me arrepentí de ello,.... en ningún momento dije “¡ah! bendito sea Dios que me salvaron”.... No, yo siempre pensé “qué mala suerte.... que llegó mi hijo y qué mala suerte.... que me trajeron a tiempo”.*

Gloria argumentó sobre las decisiones que sus terapeutas tomaron después del intento de suicidio, y de como ella las aceptó en conformidad a su bienestar, haciendo una estrategia de cómo trabajar lo de intento en conjunción con sus doctoras.

***Gloria:** Como que.... me hubiera dado.... más apoyo. Pero.... pues como sé que no se puede.... por la agresión de las lesiones pues consideré que lo.... lo correcto era.... era eso el medicamento.... Y que eso después me iba a ayudar a trabajar lo en el psicoanálisis....y a estar más tranquila.*

Gloria argumentó que ella sí les comenta a sus terapeutas cuando no está de acuerdo con su tratamiento. Ejemplificó diciendo, en repetidas ocasiones, que siente que da vueltas con el psicoanálisis y esto se lo ha dicho a su doctora, pero ella le responde que sí “han” avanzado, si “han” superado cosas”. Finalmente, Gloria, termina aceptando lo que dice la psicoanalista y repensando su reclamo. Pero al hablarle de “usted” a su analista, Gloria la coloca en el lugar del “médico virtuoso” que “puede controlarla”.

***Gloria:** [...] Y sí, yo le comenté ya una vez a la psicoanalista que.... que sentía como que estaba dando vueltas alrededor de lo mismo, que no sentía yo que yo hubiera.... avanzado en nada”, ella dice “que sí,.... que sí hemos avanzado, que sí hemos superado cosas”,.... Pero yo no lo percibo.*

***Gloria:** Este a veces.... por ejemplo yo decía “es que siento que tú no entiendes,.... O que usted no entiende, le hablo de usted es que siento que usted no entiende, es que siento que todos.... creen que yo tengo la culpa, o creen que yo debería de estar haciendo otra cosa cuando todavía no empieza a elaborar bien el duelo y ya quieren que esté haciendo otra cosa. Esperan de mí demasiado, no me dejan, no me dan mi tiempo”.... y esa fue esta vez y en otra ocasión también le decía.... no me acuerdo, fui muy.... ese día fui muy rebelde.... con ella y la estuve.... cuestionando mucho. Ella me daba explicaciones y me decía.... y finalmente.... logró controlarme.*

Las indicaciones sobre su tratamiento que le dan ambas profesionistas las considera contradictorias, la ponen entre la “espada y la pared” esto le dificulta tomar decisiones, y piensa que ha tomado las decisiones equivocadas. Específicamente, los señalamientos de su psicoanalista, ella los pone en acción con sus hijos, quienes no comprenden o malinterpretan el significado de la acción. Ella considera que el psicoanálisis es “algo privado”. Aunque les explicara la razón de sus acciones, sus hijos no lo entenderían, dado que han mal interpretado éstas. Por ello, siente que el psicoanálisis ha fallado.

Gloria: Con la doctora X.... ella.... yo siento que ella es más directa.... ella es la que lleva el tratamiento médico... pero a veces las.... opiniones son contradictorias.... Yo me siento entre la espada y la pared y.... (sorbe) pues.... a veces me cuesta mucho trabajo tomar las decisiones.... y creo que la mayoría de las veces en estos cuatro años he tomado las decisiones equivocadas.

Para los argumentos de Gloria, el bienestar inmediato o casi inmediato que da una terapia farmacológica, no podría ser comparado con una terapia psicoanalítica, cuyos efectos benéficos dan la impresión de no tener un avance o un alivio próximo. A pesar de esto, reconoció la ayuda, pero también el deseo de abandonarlo, pues lo que se busca es la mejoría inmediata.

[Ante la pregunta de si tuviera que abandonar un tratamiento ¿cuál escogería?]

*Gloria: Y a mí me ha ayudado [la terapia psicoanalítica] porque yo creo que.... si no fuera a la terapia de psicoanálisis.... yo me habría suicidado hace mucho. [...]
Pero si tuviéramos que prescindir de uno.... pues.... sería el.... psicoanálisis.*

ENRIQUE

Enrique es un joven de 21 años, estudiaba diseño hasta hace unos meses atrás. Vive con su madre, una hermana y el hijo de ésta. El motivo de consulta fue la depresión. Fue remitido a la institución 2 cuando intentó suicidarse. Después del intento fue hospitalizado, entre los estudios que le realizaron estando internado están la prueba de ELISA³ y la WESTERN BLOT,⁴ el resultado de estas pruebas fue positivo, es decir, presentó un diagnóstico de VIH-SIDA.

La entrevista inició con el tema del intento del suicidio. Hace dos meses intentó suicidarse con un “cocktail” de medicamentos, pastillas de antidepresivos. Aunque no narró exactamente cómo fue el contexto del intento, mencionó el nombre de todas las pastillas de ingirió. Al parecer fue rescatado por la madre, quien decidió internarlo en un hospital psiquiátrico.

El contexto de la entrevista se centró en su preocupación por su tratamiento de VIH-SIDA, ante esta interrogación argumentó el sentido de su vida, e hizo la distinción entre el deseo de morir mediante suicidio y la muerte por el VIH. También mencionó en repetidas ocasiones las problemáticas que le ha ocasionado su orientación homosexual.

³ La prueba ELISA es una prueba sanguínea simple y rápida que detecta la presencia de anticuerpos a las proteínas del VIH.

⁴ La prueba WESTERN BLOT es más específica que la prueba ELISA y sólo confirma los resultados que da ésta.

Intento de suicidio

El tema del intento de suicidio, Enrique argumentó que “toda la vida” se la ha pasado intentando suicidarse, el quinto y último intento lo hizo en marzo de 2007. Nunca explicitó abiertamente los motivos; sin embargo, en su discurso parece que fueron varios, la mala relación que tiene con su madre, el rechazo de su familia por su orientación homosexual y la depresión.

***Enrique:** Bueno.... hace aproximadamente como dos meses, tuve un intento de suicidio, este.... tomé... un cocktail de pastillas, tomé bastantes pastillasTafil, Floxetina, Dexique, Clorazepan, bastantes. Yo ya había tenido intentos desde.... los.... siete años. Este vendría siendo.... de mis intentos el y.... frustrado digamos de éste es el.... quinto. [...] o sea es de toda mi vida que.... (tose) que he tenido intentos de suicidio.... Y ahora lo que pienso “toda la vida me le he pasado intentando suicidarme, tomando pastillas, generalmente, una vez me aventé de un cuarto piso, pero no caí (ríe)... me agarró una persona del pantalón.*

Principio de beneficencia

Enrique narró el procedimiento médico que recibía después de los intentos de suicidio, que al parecer conocía muy bien; sin embargo, en el último intento recibió otro tipo de atención médica. También apareció el aspecto monetario, del cual casi nadie habla y que no está separado del tratamiento. Posteriormente expuso la búsqueda de ayuda por esta causa y del conocimiento que tiene de las instituciones psiquiátricas.

[El método del intento fue intoxicación medicamentosa, con antidepresivos]

***Enrique:** [...] este, ahora que estuve en la clínica.... yo he tenido intentos de suicidio por.... sobredosis.... y lo que me habían hecho era que.... bueno me lavaron el...estómago con carbonato (?) con tres días ya estaba bien. Pero aquí pues.... no, (ríe) como que por puro negocio y por mantenerme más tiempo en el hospital, en la clínica,.... sólo me pusieron suero, y estuve.... más de una semana en cama.... pues como asimilando los.... ¡eh! los medicamentos, todo lo que me había tomado.*

***Enrique:** Después me hospitalizan. Y mi mamá quiso internarme.... en el Hospital X. Porque yo de niño estuve internado en varias ocasiones en el Hospital psiquiátrico infantil. Y este.... entonces mi mamá ya no más o menos sabía un poco de Instituciones Psiquiátricas. Y.... me llevaron allá al Hospital X pero no había.... cama disponible, porque ella quería dejarme internado.... Porque ya sabía de los primero resultados [de ser seropositivo del VIH-SIDA].... este.... y pues de allí nos mandaron aquí, la verdad no sabía, yo no sabía de esta institución*

2.

Los intentos de suicidio recurrentes que ha tenido Enrique a lo largo de su vida, indican que ni él ni su familia, son ajenos a los tratamientos por dicha causa, en su discurso dejó notar su conocimiento por los requisitos de cada institución psiquiátrica.

***Enrique:** Yo desde niño desde.... los diez años pues.... tomaba terapia con psiquiatra. Mi psiquiatra que tenía.... lo seguía viendo y lo seguía yo viendo en el Hospital psiquiátrico infantil (tose.) Eso se suponía que no se permitía ¿no? Porque después de los dieciocho años yo ya no podía entrar allí según.... como paciente. Pero este.... pues bueno lo hacía, lo veía y el doctor me seguía dando.... consulta....*

El discurso de Enrique se centró en la relación con su madre, su problemática y el motivo de sus intentos están vinculados a la mala relación que tienen. Sin embargo, la madre aparece como un personaje principal en su terapéutica del intento.

***Enrique:** Pero mi mamá.... le llamó [se refiere al psiquiatra que trataba a Enrique desde pequeño] el día de.... del.... intento, cuando estaba en el hospital esperando que él fuera a verme al hospital. Pero el doctor solamente me dio cita digamos para el otro día, a las ocho de la mañana algo así (ríe)... ¡ay! siendo que.... ni siquiera [...] me iban a dar de alta para ese día; entonces mi mamá se molestó porque notó que no tenía interés. Y ya no le quiso, ya no quiso que me tratara ese médico.*

La relación médico-paciente que Enrique estableció con su psiquiatra de su niñez, se basó en valores como la confianza y la amistad, lo cual dificultó que el sujeto pudiera encontrar esto en otra persona como médico virtuoso. Es decir, el médico es más considerado como amigo que como médico.

***Enrique:** Sí, porque yo tenía confianza, mucha confianza con él y él me conocía desde... él sabía cómo era la historia de mi vida. Entonces para mí era muy fácil y para mí era muy difícil iniciar un tratamiento con un nuevo médico. Y este.... yo quería, yo no quería venir aquí [institución 2], yo quería ir con mi psiquiatra, porque a mi psiquiatra yo lo veía como un.... amigo.*

El argumento anterior, Enrique ahora lo refirió con su nuevo psiquiatra, en él buscó establecer una relación médico-paciente como la que tenía con su otro psiquiatra, basada en la confianza. También Enrique mencionó que esta confianza se debe a la identificación con su psiquiatra por la juventud de éste, “lo va a entender mejor”, fue su argumento.

Finalmente, el psiquiatra, dijo Enrique, lo sabe todo, pues sin decirlo iba a saber que Enrique era gay.

***Enrique:** Bueno en cierta forma me siento.... en confianza con él,.... porque mi psiquiatra de antes tenía.... ¡ay! como.... cincuenta años (ríe) Y éste y pues él es más joven, entonces siento que si le cuento de algo a él lo va a entender mejor. Por ejemplo,.... mi psiquiatra siempre lo supo pero yo hasta hace como seis meses le dije “que era gay”. Pero siempre así de no (ríe) me daba miedo decírselo. Y me dice “¡ay ¡siempre lo supe” (ríe) y yo así de.... bueno pues es psiquiatra ¿verdad? (ríe) es obvio que lo iba saber.*

Los valores asociados a la terapéutica que Enrique exaltó de su psiquiatra actual en sus discursos fueron los de “buena persona”.

***Enrique:** pues creo que (ruido) se ha portado muy bien y ha sido muy buena persona conmigo.*

Principio de autonomía

Enrique argumentó que dejó los tratamientos por sus intentos de suicidio anteriores, porque dice “llevaba una vida normal”, es decir, ya se sentía mejor y toma la decisión de dejarlos, pero después se siente deprimido, se siente mal y entonces fue cuando tomó otra decisión, intenta suicidarse.

***Enrique:** pero yo ya no había tenido eh.... tratamientos suicidas desde hace cuatro años. Entonces ya llevaba por así decirlo una vida como.... normal (ríe). Este.... y bueno hace.... antes de los dos meses,.... me empecé a deprimir, me empecé a sentirme muy solo, a sentir mucha presión, hace.... pues un semestre más o menos dejé la escuela. Y estuve sin hacer nada, entonces.... me empecé a llenar de ansiedad, no tenía ninguna ocupación y.... no aguanté... exploté e intenté suicidarme.*

Enrique explicó que cuando sintió que necesitaba ayuda recurrió a su psiquiatra. También, aparece el personaje de su madre como el tercer actor de la relación médico-paciente, y como ese otro del intento de suicidio diádico, quien fue la que decidió sobre los mejores intereses de Enrique.

***Enrique:** [...] antes de mi intento yo fui con él [con su psiquiatra], hablé y le dije cómo me sentía y todo, que estaba yo muy desesperado, que tenía mucha ansiedad.... que ya no me controlaba.... le dije.... “que ya estaba mal otra vez y.... él ya no podía seguir atendiéndome allí en el hospital” y entonces.... me dio su dirección y me recomendó que le dijera a mi mamá “que iniciáramos un*

tratamiento... externo con él, en su consultorio particular, “que porque sí lo necesitaba”. Y yo hablé con mi mamá y le dije, pero mi mamá no me hace caso, ... mi mamá.... pues no, no me tomó importancia.... ¡Y pues bueno.... tuve el intento!

El deseo de morir no es parte del intento de suicidio, la verdadera muerte está en el diagnóstico del VIH, no en el I. S.

Enrique: *Porque.... yo la verdad no me quería morir.... y tanto busqué y tanto intenté en suicidarme.... ahora lo tengo.... tengo como.... el pase de abordar [por ser positivo al VIH].*

Enrique argumentó y contra-argumentó. La muerte por suicidio ahora la ve como una gran tontería, pero también como una posibilidad. La ambivalencia característica de la conducta suicida no ha cesado, se manifiesta en su ideación suicida. Lo único que ha cambiado es el motivo, el VIH. Pero sabe que ambas decisiones llevan a su muerte. Lo importante de estos segmentos es que deja en claro que él es que va a tomar una decisión.

Enrique: *¡Ah!,.... bueno.... pues.... mi experiencia.... con los intentos del suicidio.... Nada de lo que creía.... tener importancia... lo tiene ahora, todo ahora es muy banal y si me hubiera muerto antes.... en alguno de esos intentos, hubiera sido.... una gran tontería.... Hoy.... pienso totalmente distinto, ... siento que.... que yo solo acabé con mi vida... con esta enfermedad.... Pero quién sabe.... [...] la mente es muy poderosa,.... quizás mañana...esté tomando un tratamiento. No sé qué pueda pasar,.... pero.... todo puede pasar.... tanto como.... que logre suicidarme... a que no lo haga y tome sus consejos. Así es,.... creo que ahora valoro.... un poco más la vida en cierta forma....*

Enrique: *Ahora, mi razón de suicidarme.... ya era real a partir de que me dijeron que.... que era positivo...deje de pensar optimista... como en venir a tratarme. Eh.... entonces empecé a pensar que realmente quería suicidarme [...] Ahora tengo idea... pensamiento suicidas,.... Cada que.... que me enfermo [...] tengo.... ganas de.... de salir, de no [...] mirar hacia donde voy.... de cruzar y no detenerme.... De.... no sé.... de.... de subir a la azotea y saltar.... de hacer cosas aquí.... porque.... ya no le veo sentido,.... ya no le veo sentido a eso.*

Enrique argumentó que lo han coaccionado para entrar a tratamiento, pero entra “en razón” y entonces él continúa éste por su propia voluntad, como una decisión autónoma.

Enrique: Bueno después de mis intentos siempre me han llevado a la fuerza, casi (sonríe) casi con el psiquiatra. Ya después yo como que entro en razón y continúo con el tratamiento...

La gradualidad de la autonomía la argumentó Enrique mencionando que es muy cambiante en su forma de pensar.

Enrique: creo que también por eso el doctor X me dejó la cita abierta. Porque sabe que soy.... como ¡eh!....pienso de una forma un día y en otro distinto.

Aunque el discurso del sujeto argumente de alguna forma el compromiso que como paciente debe responder a su tratamiento y a su médico, Enrique sustenta que él decide tener disposición y voluntad como valores para él mismo, para un bien de sí mismo.

Enrique: Y pues.... en cierta forma así el venir a la cita es.... hay cierta disposición de mí Y.... y digo debería de ser porque ustedes son los que me tratan de ayudar ¿verdad?

Enrique: Es depende de uno [el tratamiento] y es la voluntad de uno, también lo que cuenta, porque.... pues no sé ahorita yo por ejemplo vengo con voluntad de venir aquí.... y.... pues el hecho de haber venido, por ejemplo, hoy a esta cita, de que el doctor X llamó a mi casa para (ríe) darme la cita.

En este segmento Enrique narró una experiencia de su autonomía y un intento de suicidio anterior, que también lo asoció a su diagnóstico de VIH y el tratamiento de éste. Sin embargo, ejemplifica la toma de decisiones.

Enrique: Siento que todos me tratan de convencer que.... entre al tratamiento de que.... busque alternativas... [por el VIH]. Pero finalmente.... es mi vida, es mi persona.... y creo que yo.... eh.... yo.... debo de.... decidir que va a ser de mi vida.... En una ocasión estuve en coma tres meses, después de un intento.... Y después de eso.... después de salir del coma, ya casi no podía yo hablar.... Sentía que tenía como cuando pasa que tienes la palabra en la lengua y no la recuerdas, pero en muchas cosas, y fue así como aprender a hablar (ríe) ¡que extraño! Después me quedaron así, algunas secuelas dicen por ahí “¡ay!” pero.... Luego pienso y digo “¿y si hubiera despertado del coma.... y.... y hubiera estado realmente mal, digamos en estado vegetal.... O no sé como un montón de lagunas mentales,.... pero mal, y yo no me hubiera querido ver a mí mismo en una situación así.... Mi familia tomó la decisión de esperar a ver si despertaba “¡ay, bueno! ¿Desperté, no?” A veces yo les digo.... “no me hubiera gustado.... despertar o que me mantuvieran digamos.... en vida”, porque no sabía cómo iba a ser después. Y

ahora yo lo veo de esa forma,.... que yo puedo decidir.... qué tipo de vida quiero llevar y.... lo que pensé es no quiero llevar una vida dependiente de medicamentos.

Enrique piensa en los argumentos que tiene para no tomar un tratamiento para el VIH, una buena vida es lo que se cuestiona y en función de eso trata de tomar una decisión. Aunque el segmento trate del VIH, sus argumentos son sobre su vida.

***Enrique:** [...] ¿por qué pretender llevar una vida.... ejemplar o mejor? Si hasta el momento la vida que he llevado.... no ha sido la que yo he querido, no ha sido muy feliz.... No me puedo quejar de muchas cosas, pero lo que si es que no he sido muy feliz.... ¿Por qué continuar pretendiendo ser.... feliz?,.... ¿Por qué iniciar un tratamiento.... para continuar una vida que me ha hecho.... hasta el momento infeliz?.... He tratado de verlo por muchos lados y digo “bueno tengo que valorar lo que otras personas no tienen, que bueno, tengo dos piernas, tengo dos brazos.... razonar (ríe) más o menos.*

AÍDA

Aída es una mujer ama de casa. Tiene 56 años, está casada y tiene cuatro hijos. De acuerdo con ella, desde hace 10 años padece depresión. Ha intentado quitarse la vida en siete ocasiones. En diciembre de 2006, intentó suicidarse tomando ácido muriático. Los motivos fueron diversos, especialmente por la ansiedad, desesperación y pocas ganas de vivir. Aunque también lo atribuye a su familia, a su madre, a su esposo infiel y a sus hijos. Aída está en tratamiento psiquiátrico por la depresión en un hospital público, pero también acude a un grupo de neuróticos anónimos por recomendación de sus hijos.

El contexto discursivo de la entrevista con Aída, se situó entorno a sus pocas ganas de vivir, su desesperanza y por no saber qué tiene, qué la tiene así. También habló implícitamente de un malestar que tiene hacia su madre y su esposo.

Intento de suicidio

El tema del intento de suicidio, Aída argumentó que en su vida ha intentado suicidarse siete veces, los métodos fueron pastillas y “líquidos tóxicos” como el clarasol. Su último intento fue en diciembre de 2006, tomó ácido muriático, lo cual le provocó que se quemara el esófago, padecimiento que según Aída se agravó más por las secuelas de los otros intentos. Los argumentos de Aída en cuanto a los motivos del intento no fueron explícitos, pero en su discurso se dejó ver

que es la mala relación con su madre, por un hijo que tuvo durante su juventud y que su madre se lo quitó, las infidelidades de su esposo y la depresión.

Aída: [estuvo en tratamiento por depresión] Pues más o menos como.... hace como.... ocho años.... pero como me sentí mejor, ya no vine a que me dieran de alta.... Entonces.... de diciembre acá.... volví a recaer....Entonces.... yo me quería suicidar, entonces me tome ácido muriático.... Y me llevaron al.... al hospital "Rubén Leñero" [hospital público, perteneciente a la Secretaria de Salud del Distrito Federal] y este.... pues sí, pues me atendieron y que era de riesgo y todo eso, porque me quemé el estómago. [...] he tenido siete veces intento de suicidio.... con pastillas, con más pastillas, por ejemplo, con clarasol también lo hice.... todo eso. Entonces yo creo que también no fue tanto lo que tomé últimamente como lo que haya tomado atrás,.... más atrás. [...] Estuve internada allí en el.... Rubén Leñero casi.... veinte días, veinte o casi el mes.... del diez de enero a.... casi al diez de febrero salí. Me estuvieron dando.... Oxígeno, suero y una cosa que suplía al alimento.

Principio de beneficencia

Aída narró cómo fue el tratamiento que recibió por las lesiones que le dejó su intento de suicidio, parece que en esto poco piensan los que intentan suicidarse. También mencionó el aspecto económico; dicho tratamiento fue gratuito.

[El método del intento fue con ácido muriático][después del intento quedó internada, dado la gravedad de la lesión]

Aída: Y me inyectan cada veinticuatro horas para que pueda yo dormir porque tuve noches que no dormía, gritaba y todo y no dormía por mis nervios. Y ya me inyectaban ya dormía yo más o menos bien, ya me tranquilizaba durante el día. También me desesperaba yo porque decía "ya en un hospital no, se oyen gritos, se oyen lloridos, se oye.... que se quejan y todo eso" y yo les decía a mis hijos "Ay ya me quiero ir", dicen "pero.... nomás recuérdate lo que hiciste.... y tú no te puedes dar de alta hasta que...". Porque estaban esperando unos días para que me pudieran hacer una endoscopia para ver cómo estaba yo. Y no pues estoy toda quemada del estómago, entonces como dicen "se hizo así chiquito", se encogió".... Y.... eso es lo que tengo que.... en el hospital me empezaron a dar líquidos, líquidos, líquidos, líquidos.... y luego papilla.... Y este.... y lo que me estaban poniendo, aquí me pusieron catéter, todavía tengo mis....cicatrices así. Este me pusieron catéter para.... que me estuvieran pasando suero y uno como alimento. Allí no pagué nada, porque ya tenía yo antes mi.... hoja de....gratuidad.... Y este.... y luego no me cobraron más que.... dar sangre...[su hija y su yerno fueron los donadores].

Después del tratamiento por las secuelas del intento de suicidio, Aída fue referida a otro hospital para ser internada por su constante riesgo de quitarse la vida. En este segmento de la entrevista es clara la relación médico-paciente-familia, en el sentido de las decisiones que tomaron los hijos de Aída.

Aída: [...] me dijo el doctor “no pues así como se pone que ya ha tenido tantos intentos de suicidio dice es para internarla”....pero a mí me dijeron que en el Hospital psiquiátrico que es.... muy feo porque la meten allí con todos los que están muy mal y todo eso no. Entonces si no está uno loco, de allí sale uno loco. [Entonces sus hijos le dijeron] me dijeron “¿sabes qué? te vamos a meter a un.... manicomio dice allí que te encierren, ya no te queremos ver dice porque ya nos estás acabando, no es que ya nos está acabando la paciencia”. Y me llevaron al Hospital X [hospital psiquiátrico público].

En el tratamiento médico que recibió Aída por secuelas del intento, existe un mal trato, debido a que el médico y enfermera que la atienden por el esófago quemado, sabían que esto fue a raíz del intento de suicidio.

Aída: El [médico] que me hace las dilataciones sí, sí sabe, luego hasta la enfermera como que se burla y dice “¡ay! dice no sé.... para qué hizo eso, si la vida es bonita”, bueno ella la ve bonita, yo no lo veo bonito.... Yo no veo la vida bonita ni nada. [...] [A la enfermera] No, no le digo nada es que de por sí se ve que tiene un carácter muy fuerte y aparte de decir esas cosas, pues yo creo que a ella se le hace fácil porque está sana ¿no? y yo no lo diría a lo mejor.... Pero.... al momento de la desesperación....cuando tenía yo la desesperación ya ni acostada, ni durmiendo, ni nada me sentía yo bien.

Aída estaba bajo tratamiento psiquiátrico, con antidepresivos. El tratamiento farmacológico, fue considerado por Aída como un beneficio terapéutico, como un paliativo a los síntomas de mayor malestar.

Aída: Entonces... ahorita eh, me hace el medicamento... el... medicamento que pus me relaja, me duermo y ya me tranquilizo un poquito.

Sin embargo, el malestar continúa, el medicamento como tratamiento no es suficiente, ni la cura para el sujeto con intento de suicidio.

Aída: yo era una mujer movida y mi casa bien limpia y mi ropa, planchaba, lavaba y todo eso le digo entonces ¿por qué esto?, ¡estoy tomando medicina! Y aún así me siento mal”. Él [hacer referencia a su marido] me da media pastilla de

Diazepan.... cuando me siento muy ansiosa, le digo [a su esposo] “dame la pastilla, dame la mitad” porque la doctora me dijo “solamente cuando se sienta muy ansiosa, va a tomar Diazepan” Y.... pues sí me la tomo. [...] La medicina me la tomo pero no,.... no veo.... mejora no, no, no, así que diga ¡ay no! ya voy a llegar con la doctora y le voy a decir “ya estoy bien, fíjese que ya no siento nada”, pero no, y este ha sido el proceso más largo....de toda mi enfermedad.... de depresiones más largo, porque esto viene desde diciembre.... Diciembre, enero, febrero, marzo, abril y mayo, seis meses ¡ya! Entonces me desespera digo “bueno.... creo que cada [vez es] más.... más tiempo”.

Cuando Aída le comentó a su psiquiatra que “no le hace” el medicamento, en un sentido de cura psicológica, entonces la respuesta médica fue el cambio de medicamento o de dosis.

Aída: sí, me ha cambiado, me ha subido la dosis y todo eso me lo ha aumentado a veces, pero ni con eso tengo.

Aída sabía que el medicamento no le hacía el efecto que ella esperaba, entonces decidió consumir alcohol como una alternativa para su bienestar, poder “dormir y perderse”.

Aída: No, pues me siento mal [...] Tuve un una semana.... que se dieron cuenta después ellos [su familia] de que tomaba yo vino.... un día.... tomaba vino hasta donde podía yo.... me dormía y yo me perdía.... Ya tenía yo el vino en la recámara y hasta que él [su esposo] se dio cuenta dice “¿tú estas tomando verdad?”, “no, no”, “sí, tú estás tomando, porque solamente así sabes que te puedes dormir”.

Aída le dijo a su psiquiatra que consumió alcohol para poder dormir, ya que argumentó que a ella debe contarle todo lo que le pasa, con la idea de que el médico “debe saber” todo.

Aída: [...] “yo le dije a mi esposo que quería hablar con usted [con la doctora] porque a lo mejor [su esposo pensaba que Aída no le iba a decir nada a la doctora] yo no se lo decía a usted le dije [a la doctora] pero.... pues sí, le tengo que decir todo porque no le digo, sí, sí estuve tomando”. Porque (bostezo) así me dormía yo, me perdía yo,.... así tomada [...] Y le dije a la doctora y dice “no, nada de eso porque.... se echa a perder el tratamiento”.

Aída argumentó que sus hijos, en forma paternalista son quienes deciden los tratamientos a los que ella debe someterse, grupos de neuróticos anónimos, hacer ejercicio, todo con la finalidad de sentirse bien; sin embargo, ella los hace sin sentirse bien.

Aída: y más o menos me sentí bien y me dicen “y ahora te vas a Neuróticos”.... [también] Quieren que me vaya a.... hacer ejercicio, quieren que, pero no tengo ganas, ya lo hice y no.

Principio de autonomía

Aída argumentó sobre las decisiones que ha tomado, sobre su internamiento y sobre la decisión del intento de suicidio, además de dejar claro que aún se siente muy mal.

Aída: Le digo “no le digo yo no quiero estar aquí” [En el Hospital psiquiátrico], pero entonces hablaron aquí [Institución 2] y me dijeron “que sí.... había lugar aquí para que me internara”. Y ya ese día me trajo mi hijo y ya hasta como a la una salimos, porque el doctor se tardó mucho en atendernos, y me dijo “¿pero está consciente de lo que hace?”, le digo “sí, sí estoy consciente....le digo yo me siento mal.... me siento mal y ya no quiero ir a, ya quiero desaparecer este mundo no.

Ante los regaños que recibió Aída durante su tratamiento por el intento suicida, ella expresó su desesperanza.

[Si el médico la regaña, cómo se siente]

Aída: No, pues me siento mal, luego le digo “pues por eso ya no quiero que hagan nada, le digo no, ¡ya! Que se olviden de mí ya.... a ver qué pasa”. Pero no, no quiero comer no, no me den nada de comer”.

Aída argumentó sobre la decisión de quitarse la vida y de cómo esperaba morir, y no quedar lesionada. También discutió que sobrevivir al intento fue debido a Dios.

Aída: [...] en el momento de estar uno con la desesperación, no piensa uno.... no lo piensa uno. Yo estoy sufriendo a causa.... de lo que yo me tomé.... ése es el problema digo pero.... si yo me hubiera muerto en ese entonces.... yo ya no estaría aquí... Pero como dicen “Dios todavía no te quiere”.

Aída narró cómo es el procedimiento de la endoscopia. Dicho tratamiento duele, y es motivo de que ella quiera morir, pero se cuestiona su deseo ante la voluntad de Dios, por tanto reconoce que ella tiene la ayuda de sus benéficos.

[Habla sobre el procedimiento médico, endoscopia, para abrirle el esófago quemado por el ácido muriático que tomó para quitarse la vida]

Aída: Luego me meten otra [sonda], un poquito más gordita, como.... la punta como el lápiz pero está gordita y ya después me la sacan y me meten otra más gruesa y es una de flema que echo y dolor de estómago porque me meten aire.... Me duele, me duele y luego le digo “¡ay! Dios mío mejor recógeme, llévame,

contigo” como dicen “que es malo, pedir morirse, menos Dios nos.... nos llama” pero.... no sé, ya no he pensado en tomarme nada, nada más les he dicho que me dejen, no como, no como y ya me voy consumiendo, yo solita. Yo sé que tengo la ayuda de la psiquiatra, tengo la ayuda de.... o sea ya no quiero quejarme con los hijos, porque lo primero que me dicen “es que no le echas ganas, es que”. Y estaba yendo a grupos de.... Neuróticos.

El discurso religioso de Aída le permite alejarse de sus deseos de muerte, la coacciona para no intentar quitarse la vida bajo el argumento de “qué cuentas va a entregar”.

Aída: ¡Ay! pues yo quisiera que.... que esto se me quitara de verdad, digo “si voy a seguir viviendo pos...bien. Pero si voy a seguir viviendo con esta cosa de la ansiedad y todo eso, pues no ya, de veras que ya, no es bueno pedir la muerte [...] porque venimos y nos vamos a morir cuando nos toque, como dicen los que son... los que somos católicos “Dios... te va a llevar cuando él quiera no cuando tú quieras”... pero varias personas... se han matado y todo eso. Pero como digo “¿qué cuentas vamos a entregar allá? pero le digo bueno Dios perdóname pero pues ya.... ¡quítame de sufrir!

Con el análisis del discurso argumentado de los sujetos que intentaron suicidarse, podemos observar disertaciones, en cada uno de ellos, que nos conducen desde ya a responder los cuestionamientos centrales de esta investigación. Sin embargo, antes de esto retomo algunos aspectos que nos permiten hacer una interpretación de sus discursos.

6.3.1.1 La diadicidad del intento de suicidio.

La autodestrucción que se observa en estos tres sujetos es recurrente; la que menos intentos tuvo, fue Gloria, quien ha intentado quitarse la vida en dos ocasiones. Aún cuando en algunos de ellos, haya primado más la intención que el propio intento de realmente llevar en acto una autolesión, parece claro que la agresión volcada hacia ellos mismos queda manifiesta, incluso en la ideación suicida que todavía mantienen.

El malestar psicológico caracteriza los intentos de suicidio de estos sujetos. Si bien para Aída este malestar psicológico se ve acompañado de un daño físico, como secuela de su último intento, en su discurso, como en los demás, existe el dolor subjetivo denominado por ellos como duelo, en Gloria; pocas ganas de vivir, en Aída; y el miedo a la eminente enfermedad mortal en Enrique.

Este malestar psicológico está relacionado a los motivos de los intentos de suicidio en los tres sujetos. Motivos como las infidelidades de los esposos de Gloria y Aída, de la mala relación con la madre, en Aída y Enrique, de la aceptación de la orientación sexual en Enrique, presentan alto contenido moral, que estigmatiza y victimiza al sujeto, posicionándolo frente a los otros en una relación de desventaja.

Dicha desventaja puede ser traducida más en términos de agresión hacia otro, como causante de esta victimización. Sin embargo, lo que se desea inconscientemente no es la muerte del otro, sino provocarle un daño que sufrirá toda la vida, así esta agresión se vuelca sobre el sujeto mismo de manera inconscientemente o no, pero va dirigida al otro con el objetivo de “vivenciar a priori” las secuelas negativas para quien se “dedica” el acto autoinfligido.

De esta forma, Gloria esperaría que su esposo se culpe de su suicidio, y deje a su amante. Enrique, desearía que su madre y toda su familia se arrepientan de no haber aceptado la homosexualidad de él, y Aída le gustaría hacer sentir mal con su muerte a su madre y su familia por no haberla entendido y valorarla por todas las cosas ella hizo por ellos. Quizá planteamos estos argumentos como juicios de valor, bajo un contenido moral que ha particularizado estos intentos de suicidio diádicos.

6.3.1.2 Principio de beneficencia

El principio de beneficencia en el discurso de los sujetos con intento de suicidio fue enunciado a través de la relación médico-paciente, centrándose especialmente en el tratamiento. Los argumentos de los pacientes hicieron referencia a dos tipos de tratamiento. Primero, la atención que reciben inmediatamente después de las lesiones autoinfligidas, contextualizados en el servicio de urgencias y, dos, el tratamiento psiquiátrico que actualmente tienen en el escenario clínico de consulta externa.

En el primer tratamiento, los sujetos narran los procedimientos médicos a los que fueron sometidos; sueros, lavativas de estómago con carbonato, cuando el método utilizado en el intento fue la intoxicación medicamentosa, o en el caso de Aída que le hicieron estudios, como la endoscopía para saber la gravedad de su lesión (esófago quemado). En el caso de Enrique, él narra que en sus intentos anteriores, le habían realizado un procedimiento común: “lavar el estómago con carbonato”, sin embargo, en el último intento, los médicos esperaron que él asimilara los medicamentos y sólo le pusieron suero. Enrique explica que este “nuevo tratamiento” lo hicieron por “puro negocio” de la clínica que lo atendió.

Un aspecto importante es el costo económico del tratamiento. Gloria y Aída son llevadas por su familia a hospitales públicos, en donde ellas son derechohabientes, es decir, no existe en sí un gasto monetario. En este sentido, tal parece que el tratamiento inmediato del intento suicida no tiene ningún costo para el sujeto que llevó a cabo el intento o bien para su familia; sólo una donación de sangre, como en la historia de Aída; quizá esto pueda explicar la reincidencia del acto suicida en los pacientes. Es decir, el tratamiento del intento de suicidio es gratuito. En sí, el aspecto económico sí preocupa a los pacientes, pues como en pocas ocasiones, fue un argumento que los sujetos explicitaron en sus discurso. Habría que plantear el tema del costo para el Estado, en el sector salud, ante estas circunstancias, idea que se desarrollará en la discusión.

La relación médico-paciente que se establece en la atención inmediata al acto suicida en el servicio de urgencias, corresponde a un modelo paternalista. Del personal de salud, médicos y enfermeras, los pacientes reciben regaños durante su atención, pero también burlas, amenazas y castigos “desde sus propios valores morales” según refiere una de las pacientes. En el caso de Gloria, este maltrato aumentó cuando los médicos sabían que ella también era médica, por ello las frases de “*ahora se aguanta*” y “*vas a ver...lo que te toca*”. Particularmente, Gloria que es una médica jubilada, justifica el maltrato argumentando que es debido a las condiciones deficientes y malas del sector salud, y que no hay mucho personal, pero dice que son profesionales y que de no ser por ellos se hubiera muerto; argumento que es sostenido por el paternalismo médico y los juicios de valor hacia el paciente.

Para los médicos y enfermeras que atienden a los pacientes que se autolesionan, lo que sigue después del intento “no se trata de medicinas, sino de echarle ganas”, quizá bajo esta idea, la remisión o canalización al servicio especializado de salud mental o psiquiatría no tenga ningún sentido. En este caso, el paternalismo se muestra, pues son los médicos quienes deciden lo que es mejor para el paciente, sin consultarlo, son quienes pueden o no optar por otro tratamiento especializado para el sujeto, sin su aprobación.

En esta relación paternalista médico-paciente, se expone la presencia del tercer actor, la familia. La familia es la que primeramente, “rescata del suicidio” como lo denominó la misma Gloria; es quien solicita el auxilio médico de urgencia, es quien acompaña al paciente en este momento de “vida o muerte”, es con quienes el médico establece una relación benéfica aunque no paternalista.

La familia toma decisiones por el sujeto de acuerdo con lo que considera mejor para él, a través de las recomendaciones del médico. En el caso de Aída, el médico recomienda a la familia

que ella debe ser internada, sus hijos bajo amenazas, le comunican que “*la van a encerrar en un manicomio*”. Así, al ser considerado el sujeto como un enfermo o paciente, la familia toma el control de bienestar de su familiar, estableciendo en conjunto con el médico una relación paternalista hacia el sujeto. Ahora bien, los elementos del principio de beneficencia, se muestran distintos cuando en el discurso de los sujetos que intentaron suicidarse apuntan a los momentos de sus tratamientos psiquiátricos actuales, en el escenario de consulta externa.

El tratamiento actual que recibieron estos pacientes fue psiquiátrico, debido a la depresión, diagnóstico en que fueron clasificados, de acuerdo con su sintomatología. La base del tratamiento fue farmacológica, con antidepresivos; mismos que utilizaron para atentar contra su vida. El medicamento fue visto como el tratamiento que puede paliar el malestar emocional, ansiedad, falta de sueño, angustia, pero no les quitó su mal, su dolor psicológico provocado por la infidelidad, la separación del ser amado, o la aceptación de haber contraído una enfermedad mortal.

De esta forma, en los discursos de los pacientes existe la demanda de “quitar el mal subjetivo”⁵ de manera rápida. Si está demanda no es cumplida, entonces se recurre a otros métodos. En el caso de Aída, ella recurre al consumo de alcohol, vino, para tratar de dormir y “perdersé” pues el diazepam, le quita la ansiedad, pero no la deja dormir. En Gloria, ella incurre en el intento de suicidio porque dice: “el antidepresivo que estaba tomando no estaba haciendo...efecto”.

Es importante aclarar que Gloria intenta suicidarse estando en tratamiento psiquiátrico y psicoanalítico. Desde ella, se exponen las siguientes ideas. Las terapeutas no le dieron importancia al evento suicida; sin embargo, la respuesta ante ello fue que la psiquiatra le elevó la dosis y le cambió el antidepresivo, que como anteriormente se comentó, según Gloria, éste ya no estaba haciendo el efecto que debía, es decir, contener su depresión. Ella pensó que eso es lo que ella necesitaba en ese momento, y aceptó el beneficio que ante tal evento su psiquiatra le ofreció.

Bajo este discurso, parece que en este tipo de tratamiento existen más elementos del principio de beneficencia, que del modelo paternalista que aparece más durante la atención inmediata al intento de suicidio. Según Gloria, se siente “acompañada” y “apoyada” por sus terapeutas, el argumento expone que es porque responden en el momento en que ella las necesita. Aunque quisiera más compañía, es decir, que las sesiones duraran más tiempo, también dice que quisiera que sus terapeutas fueran más afectivas, cálidas, pero como médico sabe que si fueran

⁵ Esta es una expresión mía.

más cálidas, ella, Gloria caería en una dependencia emocional y paternalista. Entonces argumenta “así debe ser”, el médico y la relación.

Para que se tenga una buena relación médico-paciente, el médico debe estar “preparado”, es decir, ser un profesional, quizá esto signifique ser superior en “conocimientos”, tener pericia y experiencia (Beauchamp y McCullough, 1983), ser virtuoso. Por ejemplo, Enrique supone que su psiquiatra por ser psiquiatra, “sabría” que él era gay, sin que se lo dijera. También cuenta la edad, según Enrique, si el médico es joven podrá “entender mejor” a sus pacientes jóvenes. En sí, el médico -dice Enrique- es una “buena persona” porque se porta bien con su paciente. Es una persona con autoridad porque “responde” a lo que el paciente pregunta, da la “recomendación, la opinión”. Además se espera que el médico sea una persona paciente ante el proceso de la problemática del enfermo.

En la relación médico-paciente, debe existir confianza. Al médico “no se le oculta nada”, “se le tiene que decir todo”, porque él conoce la historia de la vida de su paciente, por lo que también se le considera amigo. Asimismo, esta confianza a veces dificulta poder iniciar o seguir el tratamiento con otro médico. Por otro lado, el paciente debe ser sincero, aunque eso signifique, como lo argumenta Gloria, que “me pone en mi lugar”. Pero ¿cuál lugar?, ¿el de incapaz?, ¿en qué jerarquía?

Finalmente, en el caso de Gloria se ejemplifica los tipos de beneficencia que el paciente percibe con dos tratamientos distintos, el psicoanálisis y el tratamiento psiquiátrico-farmacológico. En su discurso, Gloria argumenta que para ella el psicoanálisis, que desde hace cuatro años tiene, ha fallado, es decir, no ha habido beneficio directo ni inmediato, percibe lo contrario; Gloria comenta que pudiera prescindir de psicoanálisis y quedarse con el tratamiento farmacológico, aunque contra argumenta que si no fuera por el psicoanálisis, ella ya se hubiera suicidado. También comenta que no avanza en el análisis porque su terapeuta sólo deja que hable y hable, como no le responde lo que Gloria quisiera, la considera menos cálida y con menos autoridad, aunque reconoce que se “deja llevar más por la opinión de la psicoanalista”.

Gloría, Aída y Enrique, esperan que los “lleven casi de la mano...para ir superando” o bien, que les digan “esto es lo que tienes que hacer”, lo cual podría significar que estos pacientes esperan una relación paternalista más que beneficente...

Este paternalismo, también es mostrado con el papel de la familia. En muchas ocasiones la familia es la que decide qué tratamiento debe tomar el paciente, como en el caso de Enrique y de Aída. En ellos, la familia decidió lo que es mejor para todos, sujeto y familia, ya sea por costos o

por la misma atención, como ser internados. No obstante, los pacientes también opinan sobre su tratamiento, buscan y asumen una postura de “paciente” y permiten esta relación paternalista.

6.3.1.3 Principio de autonomía

El principio de autonomía cobró varios matices en sus elementos. Es claro que en los tres sujetos que intentaron suicidarse, existe una autonomía disminuida, la cual se encuadra en la autonomía como valor no absoluto sino relativo, entendiendo que la autonomía es gradual.

Desde los propios discursos de los sujetos, la autonomía fue abordada en el momento del intento de suicidio. Para estos pacientes, la autonomía del acto significa que fue una decisión “bien pensada” “consciente” de “querer desaparecer del mundo”, de querer morir, es una decisión que se toma “sin vacilar” “sin llamar la atención” “sin miedo” “sin arrepentimiento”. No obstante, también se está consciente, como Enrique argumenta, de que “no se quiere morir” de que el intento es para “llamar la atención de la familia” y que como dice Aída “en el momento de estar uno con la desesperación, no piensa uno...no lo piensa uno”. En estos argumentos se ejemplifica muy bien la gradualidad de la autonomía, es decir, por momentos estos sujetos saben están intentando quitarse la vida, pero saben y no quieren que el resultado de este acto sea la muerte, sólo quizá un gesto para que acudan en su auxilio. Esto es la característica distintiva del intento de suicidio diádico.

En este sentido el concepto de muerte es distinto al concepto de morir. Con el caso de Enrique queda claro que ve la muerte como inminente con su diagnóstico de VIH, pero nunca pensó que con sus cinco intentos de suicidio pudiera tener este mismo resultado; él sólo deseaba morir para dejar de sufrir. Así, califica la muerte por suicidio como una gran tontería; sin embargo dice: “realmente quería suicidarme” por su diagnóstico de VIH, es decir, ahora sí buscar como resultado la muerte.

Tal vez lo anterior nos permita entender el contexto en que se llevan a cabo los intentos de suicidio. La privacidad durante el acto del intento a la que hace alusión Gloria, en realidad no es así, desde el momento que hay más miembros de la familia en la casa existe la probabilidad de un rescate. En este sentido, Gloria calificó el rescate de su hijo como “mala suerte”, porque ella “no quería salvarse”. Aída también quería morirse, pero dice “Dios todavía no [me] quiere”, es decir, Dios la salvó de morir. Bajo estos argumentos la autonomía de los pacientes se ve disminuida, con una incapacidad transitoria, otro tiene que decidir “salvarle o no” de su propia decisión.

La idea de la posibilidad del rescate tiene como contra argumento el miedo a pensar que quede alguna secuela, consecuencia o lesión grave por el intento, como el caso de Aída. Pero quizá

la letalidad del método soporte el argumento del rescate, es decir, los pacientes saben qué métodos pueden ser letales y cuáles no. Por ejemplo, en el caso de Gloria, quien siendo médico, sabía que con un cocktail de pastillas sólo podría intoxicarse pero no morir. Ahora bien, en este sentido, la posibilidad de muerte es menor y de rescate mayor, a veces no saben que pueden tener secuelas, en el caso de Aída, ella ya había tomado clarasol y éste no había dejado ninguna lesión. Más allá de tener un juicio de valor al respecto, lo que justifica este supuesto es que los pacientes tienen la suficiente información para tomar la decisión de atacar contra su vida con un método de baja letalidad, que se espera que no pueda provocarle alguna secuela. Por otro lado, se expone la autonomía disminuida, al esperar que otro sea quien le salve y decida sobre su propia vida.

Queda claro que ese “otro” tiene que ver con el significado mismo del intento de suicidio diádico, como anteriormente se señalaba, en este caso planteamos que más que autonomía disminuida, puede ser heteronomía. Dicha idea la desarrollaremos en la discusión.

Por otra parte, en los discursos de estos sujetos que intentaron suicidarse permanece la ideación suicida. La ideación, según la literatura sobre el tema, puede ser predictiva al intento de suicidio. El contenido de la ideación en Enrique, por ejemplo, está caracterizada por argumentos como: “tengo.... ganas de.... de salir, de no [...] mirar hacía donde voy.... de cruzar y no detenerme.... De.... no sé.... de.... de subir a la azotea y saltar.... de hacer cosas aquí.... porque.... ya no le veo sentido,.... ya no le veo sentido a eso”. Esta ideación se presenta al igual que en Gloria y Aída cuando están bajo tratamiento.

La ideación suicida, en conjunto con la amenaza de muerte que impregna los discursos de estos pacientes, tiene un vínculo con los motivos. Los pacientes intentan suicidarse por distintos motivos, una vez en atención psiquiátrica, encuentran por diversas razones otros motivos para querer quitarse la vida. En Enrique y en Aída, los motivos de querer quitarse la vida ya no son los problemas con sus familias, sino la aceptación de haber contraído una enfermedad mortal como el VIH, en Enrique, y en Aída, el dolor que le provoca el procedimiento médico que cada tercer día sufre debido a la lesión que se ocasionó con su intento suicida. En resumen, el deseo de morir manifiesto en la ideación suicida y las amenazas de muerte permanecen durante el tratamiento, pero van cambiando o sumando, los motivos de querer morirse, quizá llevar a cabo el acto del intento bajo tratamiento depende de la gradualidad de la autonomía y de la ambivalencia típica de los casos suicidas.

El conocimiento de sí mismo que tienen los pacientes, es lo que permite que ellos se den cuenta de la gradualidad de su autonomía; Enrique argumentó que “ya no se controlaba”, que “ya

estaba mal otra vez”, “ya estaba muy desesperado” por ello pidió ayuda, buscó al psiquiatra que lo atendió de niño. Esta mezcla es la presencia de la autonomía disminuida y la beneficencia en conjunción: Es decir, el reconocimiento de sí mismo es significado como una reducción de la autonomía, en tanto que, buscar la ayuda o el beneficio de un especialista es concebido por lo pacientes y médicos como un cumplimiento de ciertas expectativas de la beneficencia.

Esta conjunción de ambos principios la exponen Enrique y Aída. Antes de sus últimos intentos, ellos ya habían estado bajo tratamiento por sus intentos anteriores, pero al “sentirse mejor” y al “llevar una vida como normal”, es decir, al obtener los beneficios de un tratamiento, deciden dejar éste, una decisión totalmente autónoma.

En sí, parece que el volver a sentirse con ansiedad, sin control, con ganas de querer suicidarse, lo perciban como una disminución de su autonomía y entonces buscar nuevamente someterse a tratamiento, como en Enrique, quien a partir de la negativa de su madre para apoyarlo económicamente para su tratamiento que ya había encontrado, lo llevó a intentar suicidarse.

Después del intento de suicidio, los pacientes quedan al cuidado de la familia. El paternalismo que establece la familia con el paciente evita que éste “recupere” su autonomía disminuida, al coaccionarlos para ir a tratamiento. Ejemplo de esto es el argumento de Enrique: “Bueno, después de mis intentos siempre me han llevado a la fuerza, casi (sonríe) casi con el psiquiatra. Ya después yo como que entro en razón y continuó con el tratamiento [...]”. Este entrar en razón puede ser interpretado como la autonomía, por su propia voluntad.

Sin embargo, cuando el cuidado familiar no es paternalista, el paciente todavía puede tomar decisiones, aún con su autonomía disminuida, en el caso de Aída, ella toma la decisión de internarse en otro lugar distinto del que sus hijos habían elegido para ella.

La toma de decisiones acerca de su propio tratamiento y bienestar, nuevamente colocan al discurso del paciente en una autonomía disminuida. En el caso de Gloria, ella argumenta que siente que da vueltas con el psicoanálisis y esto se lo ha dicho a su doctora, pero ella le responde que sí “han” avanzado, si “han” superado cosas. Ésta es la interpretación de la analista, muy benéfica por el acompañamiento; pero cuestiona nuevamente a su terapeuta, a quien por cierto le habla de usted como significándole una postura de respeto, Gloria argumenta [la psicoanalista] “finalmente...logró controlarme”, es decir, manipularla, inferir o coaccionar su decisión de expresar que ella no está sintiendo ningún bienestar por su tratamiento, pero aún así la decisión de permanecer en dicho tratamiento es de Gloria, pero interpretándolo como autonomía disminuida.

Ante las indicaciones de sus dos tratamientos, Gloria argumenta que a veces se siente “entre la espada y la pared” dice que son “colores diferentes”, porque le dificultan tomar decisiones, por ello piensa que ha tomado las decisiones “equivocadas”, sobre todo porque ha seguido los señalamientos de su psicoanalista, misma razón por la cual preferiría prescindir de dicho tratamiento. En este discurso de Gloria, deja en claro no sólo la autonomía disminuida de la paciente, sino la búsqueda de un paternalismo, que le indique qué es lo que “debe hacer”.

En este sentido, después del intento de suicidio, los pacientes explican que están de acuerdo con las medidas tomadas por sus médicos, para tratar este evento, aunque su verdadera necesidad es otra que no se atreven a argumentar. En Gloria, ella sabe que sí necesitaba una mayor dosis de su medicamento y un cambio de antidepresivo, pero dice que le hubiera gustado que el psicoanálisis hubiera sido más intenso y de mayor apoyo; es decir, no está de acuerdo con el tratamiento y entonces quien toma la decisión sobre los intereses de Gloria es su médico y no ella.

Los argumentos que plantean los pacientes y que pueden interpretarse como tomas de decisión autónoma, pertenecen a elementos de su autonomía disminuida, vale decir, es parte de la información, conocimiento sobre el tema, alternativas, derechos, procedimientos para llevar a cabo, etc., estos son elementos para poder tomar una decisión, pero no es precisamente poner en acto la elección. En otras palabras, los pacientes saben que son ellos quienes deben decidir lo que va a ser de su vida, es su vida, entre otras cosas, como lo argumentó Enrique, sin embargo, aún sabiendo esto no toman una decisión, esperan que otro lo haga por ellos.

El aspecto de la autonomía que sí ponen en acto, y que se sustenta como autonomía disminuida y no como ausencia de autonomía, es la voluntad. La voluntad es la disposición de acudir al tratamiento, como una forma de compromiso con el médico, es algo que “también cuenta en el tratamiento”.

Finalmente, el respeto a la autonomía, a los valores y a la persona. Los pacientes que intentaron quitarse la vida argumentan que “lo menos que necesita un paciente en ese estado es que lo regañen” de acuerdo con el discurso de Gloria. Los regaños de los médicos de urgencias que atendieron a Aída hicieron que ella se “sintiera mal”, es una trasgresión a la dignidad del paciente, que nuevamente lo posiciona en una autonomía disminuida, sobre todo en un malestar psicológico, traducido en desesperanza, pero principalmente, esta actitud y acción médica es un incumplimiento de la beneficencia.

A partir de lo antes expuesto, podemos considerar que en estas interpretaciones está plasmado el discurso del sujeto que intentó suicidarse, sus experiencias, sus sentimientos, sus

sensaciones, sus preocupaciones, sus tristezas, sus enojos, sus corajes, sus pensamientos, su vida y sus actos para intentar morir. Lo presentado nos ha permitido mirar la postura bioética en el intento de suicidio a través del lenguaje, palabra, significado e interpretación. Asimismo, se observa en este recorrido que el discurso está sometido a un orden de tiempo y espacio, en donde no cualquiera puede hablar o decir cosas, como señala Foucault (1999b). Cabe recordar también que Lévinas (1993) atinadamente apunta “que en lo dicho salga a la luz, lo no dicho” (p. 14).

Podríamos llegar a una o varias conclusiones, pero eso sería ya nuestro propio discurso. Lo importante de este apartado fue tener la oportunidad de introducirnos a la subjetividad, en la palabra y el discurso del sujeto en un diálogo bioético. Fue posible escuchar al sujeto suicida y compartir su experiencia de su tratamiento por el intento.

6.3.2 Análisis de discurso argumentado del equipo de salud (psiquiatras)

Se presentan las interpretaciones de los argumentos de los psiquiatras entrevistados. Se seleccionaron algunos segmentos del discurso para ilustrar cada tema, basándose en la argumentación centrada en el enunciado y su significado dentro del tratamiento de los casos con intento de suicidio (I.S), con base en los ejes teóricos. La estructura y orden de la presentación es la siguiente: 1) se hace una breve descripción de la situación, entendida como una puesta en escena; 2) se contextualiza el significado que le otorgaron los psiquiatras al intento de suicidio; 3) se ilustran los ejes temáticos: beneficencia y autonomía; 4) se da la interpretación de acuerdo con los ejes temáticos y teóricos.

ROSA

Rosa es residente de psiquiatría, está por terminar su especialidad. Tiene 28 años y trabaja en consulta externa de un hospital psiquiátrico privado. La entrevista se realizó en un consultorio del hospital. Rosa respondía de manera extensa en todas las preguntas que se le hacían. En su discurso incluyó a sus profesores, compañeros y a la institución médica psiquiátrica. Habló de los deberes que le enseñan en su formación. A lo largo de la entrevista, Rosa exaltó la experiencia que tiene en el trato con pacientes que han intentado suicidarse, y continuamente mencionó la importancia del sentido común en la atención a estos pacientes, comentó que el basarse en esto es algo que “nunca falla”, y que se va aprendiendo en la práctica.

Intento de suicidio

Para Rosa el intento de suicidio es una enfermedad, un sufrimiento y algo más que no es ni económico, ni físico, ni emocional, si se quita o disminuye este dolor, la gente ya no tiene intentos de suicidio.

Rosa: Es que una persona que se quiere morir, o sea no conozco un solo caso, una sola persona que se quiera morir porque no tenga nada mejor que hacer. Generalmente es porque están enfermos de algo más.... Y si les quitas ese sufrimiento de algo más, ya no se quiere morir.... O si puedes disminuir porque no todo se puede quitar, si puedes palear ese sufrimiento y algo más y que generalmente no es ni económico, ni físico, sino emocional.... la gente...cambia.

El intento de suicidio no es un acto psicótico, es un brote de ideación suicida y de manipulación para llamar la atención, porque la gente se siente muy mal.

Rosa: No, no,.... bueno no, no creo [...] pienso o me parece.... que una persona.... que se siente tan mal como para querer morirse.... O sea no creo que esté psicótico en el sentido de que esté eh.... fuera de la realidad o de que esté.... alucinando o de que esté con ideas delirantes para que sea esquizofrénico, pero sí creo que sí hay momentos, unos brotes muy especiales en donde alguien tenga ideación suicida. Incluso que sean así como manipuladores y dicen “¡ay! es que está llamando la atención”, pues sí te llaman la atención porque se siente muy mal.

Los argumentos de Rosa para explicar si el intento de suicidio diádico es un síntoma psiquiátrico, van desde el discurso médico, al cual alude irónicamente, hasta el enunciado en donde mencionó que hay que ver por qué el paciente es como es, y hacer que “piense” diferente. Sin embargo, sí, los intentos de suicidio diádicos son insanos.

[Los suicidios diádicos estarían diagnosticados o clasificados dentro de alguna nosología].

Rosa: Pues mira, según el DSM-IV que, se supone que te tendría que hablar con ese lenguaje como psiquiatra, este pues estaría en el eje cuatro los problemas de pareja ¿no? Pero.... digamos que ese es el principal o no sé, adaptativo o dependiente de la personalidad, pero sí ayuda mucho ver la otra parte que no es de ejes no, “que por qué la persona es así, por qué creció así, y qué podemos hacer para que empiece a pensar diferente.... con una vida más sana”.

Principio de beneficencia

El intento de suicidio según Rosa debe tratarse con calma y sin asustarse, para poder hablarlo directamente y explorarse como cualquier otra cosa, preguntando detalles que sirvan, sin ser esto algo morboso, aunque le resulte traumático al paciente. Rosa dijo que ella trata al intento de suicidio de manera “frontal” y “sin pena”. No obstante, el argumento final parece plantear que el intento de suicidio sí es algo morboso.

[¿Cómo se trata un paciente con intento de suicidio?]

Rosa: [...] Lo primero es no asustarse, porque los primeros pacientes llegan con muchísima ansiedad cuando te dicen “es que me quise matar”, o cuando vienen cortados o que vienen en condiciones de mucha ansiedad al tratarlo. Bueno.... lo primero es tomarlo con calma.... Después pues ya lo hablan directamente, bueno porque allí como [que] a veces uno piensa que no es muy bueno [...] también porque el paciente no.... o le resulte traumático recordarlo, pero pues ni modo, se tiene que explorar como cualquier otra cosa ¿no? y no es como morboso preguntar los detalles, sino.... detalles que sirvan.... Como ¿cuántas veces lo has pensado? ¿qué tal... la idea? [...] ¿qué tanto tiempo lleva?... ese tipo de cosas.... Yo soy de afrontarlo de manera frontal y así me ha funcionado muy bien, porque cuando preguntas como sin pena, te contestan sin pena. Y es una sorpresa que nos llevamos que.... la gente no lo oculta cuando le pregunto, sino que realmente te dice “sí, sí me quiero morir”, o “sí, sí me quiero matar”, “en la primera ocasión que tenga....lo voy a poder hacer”. Ahora hay como diferentes ideaciones suicidas, entonces dependiendo cómo que.... “¿por qué se quiere matar?” “¿O cuál es su razón para llegar a pensar en eso?” pues es depende de las acciones que se deban de tomar.

Asusta tratar a los pacientes con intento de suicidio porque no se sabe qué hacer, si vive o muere. Para Rosa este susto es una fantasía, que se va haciendo cuando se empieza la formación o cuando los médicos no han estado en un proceso terapéutico o psicoanalítico.

Rosa: Sí, por supuesto que sí, porque “¡híjoles! ¿Qué hago? lo tengo, no lo tengo o cualquier cosa. Son como las fantasías que uno se va haciendo y que muchas son inconscientes, o no son voluntarias por lo menos ¿no? Y mucho más cuando son nuevos o cuando los estamos tratando personas que estamos en formación.... O gente que no ha estado en un proceso.... pues ya en lo psicoanalítico aunque sea el psicoterapéutico.

Pero el intento de suicidio no sólo asusta, sino que también angustia por la culpa que deja en el médico. El argumento de Rosa es que el paciente se mata por una equivocación del médico, por

tanto es su culpa, aunque ella dice que esa es una fantasía. Así la vida del paciente parece que depende de las decisiones del médico, parece un sentimiento de omnipotencia del galeno.

***Rosa:** Qué es lo que te angustia, la culpa que te puede dar si te equivocas, [...] que si uno se equivoca al tomar una decisión el paciente se mata por tu culpa, esa es como la fantasía que se tiene, eso es como lo que da temor. La fantasía de que si se mató, es tu culpa.*

Para Rosa el intento de suicidio es un acto únicamente del paciente, el médico no lo puede inducir, pensando de otra manera es otra fantasía; por este argumento, ella dijo que no se corren riesgos tratando el intento suicida de manera frontal.

***Rosa:** ¡No, para nada! esa es otra mala fantasía que tenemos médicos generales, médicos de otras especialidades de...que si uno le pregunta ¿oye será que te quieres matar? [...] la fantasía equivocada [es] “le voy a dar la idea” y si le pregunto “¿oye y cómo?” total que lo pongo a pensar o activo alguna ideación, la verdad es que no, si tiene la idea; puede ser que la diga o no la diga. Pero el hecho de que uno no lo mencione que se pueda dar la idea.*

Rosa mencionó que el médico es quien “construye” la “buena” relación médico-paciente, debido a que él es el “único” enlace, puerto o mar a donde puede (él) llevar al paciente. Si no hay “buena” relación, depende del médico, no del paciente, por eso en estos casos hay que remitir al paciente, independientemente del riesgo suicida que tenga.

[¿Qué pasa en la relación médico-paciente con intento de suicidio diádico?]

***Rosa:** Allí, allí es importante.... si uno va a ver a una paciente [...] que tiene un.... riesgo suicida dependiendo si tiene o no la idea activa o no, saber que tienes una buena relación terapéutica, si no la tienes, entonces a lo mejor remitir, es preferible referirlo a alguien que sí pueda construir.... una buena relación terapéutica, porque a partir de eso puede uno trabajar. Muchas veces uno es como el único enlace o el único puerto o el único mar a donde puede (ruido) llevar al paciente.*

Los argumentos de Rosa para explicar el tratamiento de un intento de suicidio van desde lo más científico, pasando por las enseñanzas de su formación hasta llegar a su experiencia. Así, a pesar de saber cómo se debe atender un intento de suicidio, con un abordaje biopsicosocial, hablando con el paciente y avisando a la familia, Rosa argumenta que la experiencia enseña que la forma de tratar a los intentos de suicidio es a través de algo que se “siente”, es comunicación por los sentidos.

Rosa: [...] con este modelo biopsicosocial habría que verlo, uno entre lo biológico, primero, saber si está tomando medicamento, si es alguien que no amerite, si no tiene poco control de impulsos. Si no, por más terapia contención o relación médico-paciente que ver sus impulsos [...] no los puedes contener y segundo, tener esta confianza. Yo.... personalmente.... se supone que todos los intentos suicidas se tienen que hablar, eso es lo que de inicio de formación es lo que tenemos que hacer o lo que se nos dice, o avisarle a alguien más. Allí conforme va pasando el tiempo o vas viendo pacientes la verdad es que te das cuenta que a lo mejor no todos y todos lo tienen. Que a lo mejor si abres esto en un adolescente y lo quieres ah, que se quiere matar porque.... tronó con la novia. Pero la exploración no lo ves así tan.... tan grave.... o como.... tan convencida, a lo mejor no es tan bueno abrirlo porque se causan más problemas. Allí si se habría de proteger como.... como la relación. Si lo ves claro de que lo van a volver a intentar, pues ni modo ¿no? Pero eso es lo que se siente.... Hay personas que sin que te lo digan, es algo de comunicación por los sentidos que se siente que.... te entra una urgencia así de (?) por.... que te de por internarlo, sabes que algo le va a pasar.... eso es algo muy interesante.

Rosa enunció los tres pilares que considera hacen una buena relación terapéutica, los cuales pone en práctica: la confianza, la comunicación y la paciencia. Dijo que esto no incluye que se les crea todo al paciente, o el médico sea incondicional o le dé por su lado al paciente, es decir, los tres pilares tienen sus restricciones. Finalmente, Rosa argumentó que una buena relación es debida a la buena disposición y buena fe del médico para ayudar al paciente.

Rosa: Como yo lo abordo con los pacientes o como yo lo que les pido a los pacientes son básicamente tres cosas: confianza.... porque si no hay confianza de mí hacia el paciente que está siguiendo el acuerdo en el cual [...] quedamos, con el paciente hacía mí, pues no tiene caso. Comunicación, porque no hay muchos canales de comunicación, que yo asumo que el paciente piensa algo o que el paciente asume que yo ya sé algo. Y paciencia, porque los cambios no suelen darse muy rápido, no es como que le quite la fiebre o cosas así más sencillas. Entonces de esos tres pilares.... que es de las primeras consultas lo que abordo con ellos lo que les digo a ellos.... Eh.... a partir de estos tres pilares es donde se va construyendo una buena relación.... terapéutica. No quiere decir que hace todo lo que [...] le creas todo lo que dice el paciente.... O que se hace incondicional el paciente.... O que le des el avión ¿no? o que incluso le digas “ay sí, no sé, se murió su mamá y le digo: si yo sé lo que estás sufriendo” la verdad que no lo sabes, si no lo has pasado no lo sabes y digo en ese momento no lo sé. Es como la buena disposición.... para ayudar a asumir lo que de buena fe, la intención por el paciente.

Sobre los beneficios de la relación médico-paciente, Rosa expresó que es el paciente quien tiene muchos beneficios en la relación. Saber cómo tratar el caso es algo que Rosa llama “influencia” y no lo considera un beneficio, parece todo lo contrario, porque por eso no se pueden disfrutar las vacaciones, ni el descanso fuera del trabajo, en cambio un beneficio para el paciente es la empatía del médico.

Rosa: *No, (?) estaría padre que no te influenciara tanto [...] digo todos y yo creo que todos hasta el más irresponsable se me puede ocurrir, cuando tiene un caso complicado estás de vacaciones o estás en la noche pensando antes de dormirte o estás en otra cosa y estás pensando “ahora y cómo le voy a hacer y cómo le puedo hacer para o cómo lo voy a abordar , o por dónde le vamos a buscar” Y pues el paciente lo siente, del lado del paciente sí, es mucho beneficio para él, y lo siente en....la mera relación empática ya es tratado.*

Algo que no se enseña en la formación médica es el sentido común. Rosa arguyó que hay que confiar en el sentido común y en la intuición para tratar el intento de suicidio, aunque dijo que esto no es mágico, ni suerte, sino que tiene que ver con los sentidos, con la percepción, con lo que se capta.

[Una cosa es lo que te enseñan y otra lo que ya vas aprendiendo como en la práctica, se complementan o se contraponen].

Rosa: *Humjúm, sí pero el sentido común y o sea la intuición, yo no sé si haga bien o mal, pero sí tienes que confiar mucho en eso. Porque no es mágico el sentido común no, no es magia, la intención viene de cosas que caen en el inconsciente y que de repente por algo te acuerdas en algún momento preciso, no es suerte, tiene que ver con cosas que también captas como con la vista, como con el oído.*

La supuesta distancia que debe haber entre médico y paciente, es por el terror que da que el paciente se “coma” al médico o lo “inunde” de emociones. Según Rosa, involucrase con un paciente es algo confiable porque es un deber, no porque se quiera. Es decir, no es algo voluntario, ni emocional.

Rosa: *Sí creo que muchos lo podrán lograr en algún momento al inicio, por el terror de que el paciente este.... te coma o.... te sobre inunde de emociones o de cosas con las que después no sepas manejar. Pero no hay un.... bueno a mí no me gusta no involucrarte con un paciente, no creo que sea poco confiable, sino te estás involucrando porque quieres.*

Rosa argumentó que más que estigma hacia los pacientes con intento de suicidio, es un recelo que tienen los médicos, porque estos pacientes les mueven cosas internas. Tratar con intento de suicidio es tratar con la muerte, ése es el estigma, por eso tampoco les gusta a los médicos, como a toda la gente, tratar a estos pacientes.

[Habla sobre el estigma hacia los pacientes con intento de suicidio]

Rosa: [...] A nadie nos gusta tratar con la muerte, al médico tampoco, aunque esté todos los días en los hospitales generales [...] Entonces sí, creo que traiga como.... no la estigma pero sí.... sí cierto recelo por la gente que los rodea del personal médico.... a que se muevan cosas internas.... del médico, no del paciente.

Rosa expresó que lo que provoca el intento de suicidio depende de la personalidad del médico; a ella no le gusta, pero tampoco le asusta, porque no agrede a los pacientes, los ayuda y se compromete, quizá porque lo asocia con “amigos”.

Rosa: Es que a mí.... no es que no me mueva, porque sí entiendo la gravedad, pero [...] depende [...] de las personalidades que cada quien pueda tener. Mi personalidad hummm, con los pacientes suicidas, no hace chispas.... O sea no me asustan,.... No me gusta como tal, no es lo que más me guste pero no me asusta ni me da problema tratar a estos pacientes. En mi caso específico, los que sí me cuestan muchísimo trabajo, son los pacientes con adicciones, que generalmente tienen rasgos de sociópatas, ahí sí.... Pero de entrada veo y ¡órale! referido y con el que sigue y con quien le sale muy bien, porque ya sé que no voy a funcionar con ellos porque voy a tener ganas de agredirlos en toda la consulta. Con los pacientes suicidas no me pasa, y no me dan ganas de agredirlos, me dan ganas de.... de ayudarlos.... y me dan ganas de.... bueno dentro de lo razonable ayudarlos y comprometerme, hasta donde se puede. Y yo creo que eso tiene que ver con un suicida cercano que tuve de una amiga cuando era chiquita, bueno cuando era chiquita.

Rosa dio argumentos de lo que considera el mejor tratamiento para el intento de suicidio. Con lenguaje sarcástico hacia el aspecto biológico, mencionó que la psicoterapia “intensa” es el mejor tratamiento, en donde la relación diádica con el médico debe ser más sana que la que tiene el sujeto (afuera), la diferencia es que ésta será terapéutica. Es decir, la relación médico-paciente tendrá que ser una relación diferente sin tanto involucramiento, tratando de mostrarle al paciente que quien está mal es él, y no el otro (el médico), esa sería una buena relación.

Rosa: Pues yo creo que allí bueno quitando que tuviera algo orgánico o quitando que fuera algo impulsivo o quitando los antidepresivos quitando o agregando más bien esa parte.... psicoterapia intensa (ríe.) y pues psicoterapia intensa además

bueno la ventaja que yo le veo allí, es uno el vínculo con el terapeuta que tenga muy buen vínculo y que de alguna manera la misma relación terapéutica.... como esperamos que sea más sana que la relación diádica (ríe) que tiene por allá, que luego no pasa pero intentamos que sea más sana, la misma relación es terapéutica. Bueno hay otras maneras de relacionarse con nada más.... cortándome las venas por esta otra persona y a partir de allí empezar a enseñar que puede uno relacionarse con las demás personas sin involucrarse tanto que finalmente el problema está dentro de mí, no en la otra persona.... Y este.... y sin ser tan despectivo no, (?) si creo que es importante los medicamentos pero en este ejemplo específico en las relaciones diádicas, sí la psicoterapia tiene que ser intensa con una muy buena relación médico-paciente.

Para Rosa, la empatía es buscar una mejor manera de llegar a la misma solución entre el médico y el paciente, lo cual implica que el médico tendría que ser empático y el paciente también. Rosa mencionó que si el médico le dice al paciente lo que necesita, se va hacer dependiente y no empático. De esta forma, Rosa expresa que lo contrario de la empatía es la dependencia.

Rosa: *La empatía no es yo te voy a dar lo que tú necesitas, la empatía es vamos los dos juntos a buscar cómo te podemos ayudar.... Porque si [...] “yo te voy a dar lo que tú careces”. Entonces allí seguro va a ser dependiente, y yo voy a ser así como en lugar de volverme empático ¿no?, así como yo [...] te digo qué necesitas.... Si, seguramente.... este.... vas a hacer dependiente. Pero.... si la idea es tuya vamos a trabajar, tú y yo vamos hacer acuerdos, y vamos a buscar una mejor manera de.... llegar a la misma solución, eso es la empatía. Esa es una buena empatía.*

Rosa argumentó que la falta de escucha de la problemática del intento de suicidio de los pacientes por parte de los médicos, se debe a que si el paciente dice que se quiere matar, se complica el caso, y que si se mata sería una equivocación del médico, quien se echaría la culpa. Entonces, el paciente con intento de suicidio da muchos problemas que los médicos no saben cómo manejarlos y por eso es que no se les escucha.

Rosa: *¡Claro! cuando no queremos oírlo.... no queremos oír que se quiere matar porque el caso está complicado, que si se mata está en peligro de que digan “que yo me equivoqué, que yo solito me eché la culpa, no queremos oír problemas muchas veces”. Lo cual hace pensar que tengo tantos problemas que no puedo manejar más, habría que regresar a terapia ¿no?*

Rosa enunció que los acuerdos sobre el tratamiento del paciente con intento de suicidio se hacen con la familia, porque es tan culpable como lo es el sujeto. A la familia hay que contarle todo, no

como chisme, es decir, con detalle, sino con una explicación que baje la ansiedad, que dé confianza y que sea empática. Rosa aquí definió a la empatía como confianza y comunicación, pero no con el paciente, sino con la familia, así los acuerdos se hacen con la familia y no con el paciente.

[Los acuerdos sobre el tratamiento se hacen con el paciente o con la familia]

Rosa: *Es que tú tienes que trabajar muchísimo con las familias, porque nadie es como es de gratis, cualquiera que tiene una familia es por su culpa, es o no es, no por culpa, pero sí ayuda a la familia. Entonces a veces hay que trabajar mucho más con la familia. No les tienes que contar hasta el último pelo de lo que hizo [...] antes de matarse, pero pues si le explicas porque pasan las cosas, pues por qué pasa lo que pasa sin entrar en el detalle necesariamente, o sea no como chisme, sino como explicación única muchas veces baja esa ansiedad; que finalmente es comunicación ¿no? y es punto de comunicación de la confianza, y la confianza y la comunicación dan perfecto lo que es la empatía.*

El intento de suicidio dentro del tratamiento es una cuestión del tiempo de consulta, según Rosa, debido a que el médico no tiene el tiempo suficiente para “conocer” al paciente. También es responsabilidad del médico, por no “ver” o prevenir el intento. Así, el intento de suicidio siempre cae de sorpresa, más aún, cuando no se tratan los sentimientos del paciente. Entonces, los intentos de suicidio ocurren cuando no se tratan los sentimientos de los pacientes, y para esto necesitas tiempo, si tampoco se tiene éste, también el paciente puede atentar contra su vida dentro de su tratamiento.

Rosa: *.... Es que si conoces bien al paciente, si es una consulta en donde sólo tienes quince minutos para ver a cada uno, sí puede ser que de repente me sorprenda que fulanita quiso suicidarse, que diga “¡chin! cómo no la vi, soy una inútil. Pero si realmente trabajas en un ambiente en donde te puede favorecer y que tengas el tiempo suficiente para entender a un paciente o para ver a un paciente, es un caso es.... no te sorprende, seguramente ya lo sabías.... Y seguramente a lo mejor no habías hecho una acción para prevenirlo. Pero no.... siempre cae de sorpresa.... O estaba el paciente (?) y a lo mejor se deprimió o se descompensó porque.... este... se le murió su esposa, lo entiendes en ... o sea te suena lógico en el sentido de la patología del paciente. Pero si no tienes tiempo para ver a los pacientes y sólo das consultas de fármacos, entonces sí te creo que sorprenda muchísimo. Las consultas para ver nada más fármacos cuando uno se siente triste y llora, le hago su Escala de Hamilton ya tiene catorce puntos, ya está mejor, ésas.... no te protegen. Pero si tú no estás viendo esa parte del paciente, la parte de los sentimientos sino nada más que te*

muestre la parte de los puntos del Hamilton, y de repente se suicida, eso sí te cae de sorpresa.

El argumento de Rosa para prevenir el suicidio es el “sexto sentido”, es decir, tener una mala “sensación” de que el paciente va a suicidarse, aunque él no te diga nada. La prevención del suicidio no tiene que ver con la medicina, ni con lo científico, sino con lo mítico, con el sexto sentido, que según Rosa éste nunca falla. Además, dicha sensación es un criterio para proceder en la prevención, ya sea involucrando a la familia o bien con el internamiento del paciente. Este sexto sentido, también se traduce en la intranquilidad del médico y no tiene que ver con el paciente.

***Rosa:** Uno, hablando con él, eso es lo primero, con él o ella, con el paciente; dos, si vemos que él o ella no se va a poder contener solito por el impacto que es, si con una intervención de crisis no puede salir nada más o te deja esa como mala sensación, eso no es medicina basada en la evidencia (ríe) ni es método científico, pero esa sensación que te deja el paciente ese como sexto sentido, que seguramente me van a tachar de médico mítico, pero eso nunca falla, nunca falla. Entonces.... si tú vas viendo que un paciente como que las consultas te están dejando intranquila, que va mal, que va mal, lo tratas de hablar con él, te lo niega incluso, cuando sabes bien que lo está pensando y te lo niega.... Y no lo entiendes que no se va a poder contener él, entonces ya involucras a la familia, y si la familia no lo puede contener, entonces ya lo internas.*

Rosa cuestionó la falta de remisión de los pacientes con intento de suicidio de sala de urgencia a consulta psiquiátrica. El principal argumento fue la ignorancia, al ser considerado el intento como algo nervioso y no una enfermedad, porque no es un mal objetivado. Cuando el médico ya no sabe qué hacer con el paciente o la problemática, entonces sí se envía a psiquiatría. Algo relevante del argumento de Rosa es que ella se incluye en el gremio de médicos de urgencias, y no de los psiquiatras, quienes son, según ella, los que deben de tratar dichos casos.

***Rosa:** Con todo respeto pero por ignorancia, porque es así como no tiene nada son los nervios, en las radiografías no salió nada, en el laboratorio no salió nada, estás curado, tu problema echarle ganas, como los trastornos de ansiedad no se remiten como....un buen de enfermedades psiquiátricas andan por todo el hospital y al final cuando ya no saben qué hacer “bueno está bien, ya mándala al psiquiatra a ver que le den algo y que me deje tranquilo. Entonces ignorancia de nosotros. [Además de] Que no lo consideran como enfermedad.*

Rosa también argumentó que los casos de intento de suicidio son remitidos entre los mismos médicos debido al miedo que se le tiene al riesgo de suicidio de estos pacientes. La muerte de estos pacientes es un estigma para el médico, y que se traduce en un error médico, en su inculpamiento y en evidenciar la propia muerte.

***Rosa:** En el caso que me pasó básicamente por el miedo “de que se me muere a mí a que se le muera al de enfrente, mejor que se le muera al de enfrente”, en primer lugar se vive como se te mató, uno, le tengo miedo a la muerte del paciente porque me lo van achacar a mí y dos me recuerdo que yo también me puedo morir.*

Rosa expuso que es temido trabajar con los pacientes con intento de suicidio, porque evidencia la propia muerte y por la culpa que se puede sentir, además de que es algo provocado voluntariamente, es la acción de una persona que no se puede predecir, no es algo del destino o un designio.

***Rosa:** [los pacientes terminales y los pacientes suicidas] nos recuerdan a nuestra propia muerte, una.... es una muerte como.... me siento mal porque me recuerda mi muerte, que yo me voy a morir algún día y que le va a tocar el sufrimiento a mi familia (?) muriendo de cáncer y ni modo, por ejemplo, dices “bueno se hizo todo lo que se pudo.... llamamos el destino, el karma, y él no quiso y pues ni modo, se hizo lo que se pudo y.... se murió. Y en cambio en el otro es, “me recuerda mi muerte y además si no estoy fuerte, si no estoy bien en mi Yo, en mi preparación igual hasta fue mi culpa”.*

Rosa dijo que no ha notado cambio en la atención de tipo paternalista con los pacientes que han intento suicidarse. Mencionó que hay mucho paternalismo, no sabe si ha “mejorado”, porque se continúa buscando proteger al paciente y decirle qué hacer. El paternalismo no ayuda al paciente y no busca la solución que el paciente necesita.

***Rosa:** Hummm, pues no, eso [...] que tanto paternalismo había antes, no sé si ha mejorado o no, pero sí puedo decirte que ahorita sí hay muchísimo paternalismo, porque es como esta necesidad de proteger al paciente, no de ayudar, sino de protegerlo. De.... resolverle su problema, no de decirle que tiene qué hacer, no de buscar entre los dos la solución que él necesite.*

Rosa argumentó que a veces los pacientes no coinciden con los médicos en cuanto a los beneficios del tratamiento, debido a que en la relación médico-paciente no siempre hay confianza, paciencia, comunicación y empatía; el médico piensa que la “gente”, los pacientes son malos y no van a

acceder al tratamiento o a la explicación que el médico les da sobre la falta de un pronto beneficio, tampoco es algo que el médico pregunte, por el miedo a luego no saber qué hacer. Parece entonces que el hecho de que le paciente no vea un beneficio da temor al médico por ser cuestionado.

[A veces los beneficios no coinciden, hay una discordancia en ese sentido]

Rosa: Allí hay una comunicación, la confianza y la paciencia. Entonces tiene que ver mucho con la relación médico-paciente, con la empatía, con lo que sea, bueno yo sé que no te está, por ejemplo te voy a pasar un antidepresivo, “a la semana tú dices, es que no me está funcionando, y el acuerdo es oye...” pero no seas así, te empiezan a funcionar a la cuarta semana. Entonces okey dame chance, vamos a ver un mes cómo estás y mira que esto, que lo otro” y suelen acceder, pero es que la gente es mucho [...] más buena de lo que uno cree. Y algo muy bueno de estar aquí en consulta externa es que les pierdes miedo a la gente, le pierdes el miedo al preguntar oye tú este, preguntar algo (?) [...] no preguntamos si alguien ha sido abusado sexualmente, o si alguien tenía ideación suicida, que tal si te contestan que sí y luego qué haces.

Principio de Autonomía

Rosa expresa que cuando un paciente manifiesta no estar de acuerdo con su tratamiento o internamiento, hay que llegar a un acuerdo, que se traduce en condicionantes para vigilar al paciente, si no es el médico, será un cuidador, si no, la mamá. O bien, hacer una carta responsiva que otorga la responsabilidad al paciente, y libera de toda culpa y compromiso al médico. Aunque Rosa argumenta que esto no es lo más adecuado, porque no le parece que el paciente deba tener la responsabilidad de quererse matar y de sentirse mal, por eso hay que convencerlo de un arreglo.

Rosa: Depende de llegar a un acuerdo por ejemplo “okey ¿no te quieres internar, o qué? Pero entonces vas a estar en tu casa y vas a estar vigilado todo el tiempo con los medicamentos o te vas con una cuidadora, los medicamentos no sé por ejemplo te los va a dar tu mamá, vas a venir a consulta diario.... Y en cuatro días volvemos a pensar si es necesario internarte o no”. Lo más fácil, la verdad es [...] vamos a hacerte una carta responsiva de que yo te quise internar y de que tú no quisiste y de que yo no voy a tener la culpa” eso es mucho más fácil sobre todo si tienes muchos pacientes. Pero no es lo más adecuado. Entonces te tienes que estar siete horas sentado convenciéndolo para llegar a un arreglo pues ni modo, te tienes que esperar a que se le baja el coraje de que lo trajeron al loquero, con el psiquiatra, mientras haces la historia clínica con la familia y ya poco a poco. Pero.... no se puede ir alguien con una carta de uno es responsable si se mata y se siente mal.

Cuando se le cuestionó a Rosa sus argumentos anteriores, ella explicó que el acuerdo no es porque ella sienta “culpa” sino porque le parece burocrático. Dice que si alguien se quiere matar es contra la naturaleza de los seres humanos, porque se siente muy mal, tiene un sufrimiento, entonces dice que primero hay que quitarles el sufrimiento y que ya no va a seguir la idea de muerte. Estos argumentos de Rosa, hacen pensar que antes de que el paciente pueda decidir sobre su tratamiento el médico debe de actuar.

Rosa: Porque es como.... no es que yo tenga la culpa, eso me queda claro, pero es como.... burocrático ¿no?, como.... si alguien se está queriendo matar, me queda claro que se siente tan mal, que no quiere vivir.... Las amibas más primitivas les ponen una gota de (?) y nadan hacia el otro lado.... No me imagino la cantidad de sufrimiento que pueda alguien tener para ir contra natura que todos los seres vivos tendemos hacia la vida. Entonces, primero habría que ver qué es lo que está pasando y sí quitando ese sufrimiento no quiere seguir con la idea de morir, es igual, la verdad es que nadie llega a ese punto.

Rosa explicitó que el suicidio del paciente lo ve como una desgracia. Cuando esto sucede y existe una carta responsiva, es como lavarse las manos, quedando “bien” con los demás, deshumanizándose y siendo perseguido por ese suicidio como una especie de culpa o remordimiento; argumentó que es mejor lavarse las manos comprometiéndose e intentando otra opción “contra” la decisión suicida del paciente.

Rosa: [...] “si, lo va a hacer, lo va a hacer”, eso me queda muy claro y a todos en algún momento.... me gustaría pensar que no, pero a todos desgraciadamente es probable que se nos suicide un paciente, pero que donde me lave yo las manos.... no queda en un papel que diga “bueno.... pues yo ya te convencí te dije [...] tú dices que no, ahora firmale, adiós, bye”. Sino que sea como más de compromiso, que de veras lo intentaste, que de veras no hubo otra opción, que de veras se intentó hasta lo que se pudo. Si no, pues sí quedas bien en el ambiente pero lo perseguiría después ¿no? O porque te deshumanizas.

Rosa argumentó que los pacientes aunque estén bien, no toman decisiones sobre su tratamiento, también porque son muy pasivos o porque están deprimidos, por ello, dijo se hacen acuerdos para que el médico actúe y espere hasta que el paciente se sienta mejor para decidir. Aunque la decisión que espera Rosa es sobre el deseo de querer morirse, no sobre el tratamiento.

[Los pacientes no toman decisiones sobre su tratamiento]

Rosa: Pues es que eso es precisamente el punto porque los acuerdos se tienen que hacer con ellos y los pactos se tienen que hacer con ellos, porque.... muchas veces

están bien o como son tan pasivos, pueden ser algunos casos o están tan deprimidos que no tiene como que la energía para salir adelante.... Entonces se empiezan a hacer tratos pero “okey, espérame, aguántame, déjame tranzar y cuando que te sientas mejor y entonces ya decides si te quieres morir o no” y nadie dice “que sí” cuando se sienten mejor.

Aunque Rosa argumentó que los pacientes tienen el derecho o la oportunidad de buscar un médico afín a sus valores y creencias, ella expuso que eso es lo de menos pues la relación médico-paciente es para que el paciente se sienta mejor. También mencionó que ella “siente” que se pueden respetar las creencias, dijo que no tendría problema en ello, pues son leyes universales.

Rosa: *Es que generalmente los pacientes tienen la posibilidad de buscar a un médico que sea más afín a él, o sea que sea mujer de preferencia, o si es judío que mi médico sea judío. [...] Pues siento que se puede respetar, yo no tengo, bueno, no hay mucho problema.... Por ejemplo en alguien que es cristiano, en alguien que es judío o.... porque no estamos filosofando acerca de la vida del cosmos. Estamos tratando de ver como él o que ella se sienta mejor.... Lo de menos es.... Si él cree que es por Buda, yo creo que es por Jesucristo y de repente cree que es por la naturaleza, eso es lo de menos, el punto es buscar y estar de acuerdo. Y esas son como leyes universales.*

Esta es la última reflexión que hizo Rosa antes de terminar la entrevista, en donde resume su discurso.

[La última reflexión]

Rosa: *No, mira yo creo que.... son temas super delicados.... así como el resumen yo creo que...son pacientes que nos mueven mucho en nosotros como.... como proveedores de servicio y médicos, como terapeutas, como humanos muchas cosas muy graves y sí creo que si necesitamos estar supervisados en cuanto a cómo estamos nosotros. Si nosotros no estamos bien, no vamos a poder ayudar. Si alguien viene y me dice.... “es que me quiero morir”, y yo me muero de miedo o sea por supuesto que al principio se vale, pero si pasa el tiempo y yo no sé qué hacer con eso, no estoy capacitado para atender ese tipo de personas y mejor busco otra cosa que hacer, (?) o me preparo y voy a terapia y busco y hurgo y.... encuentro cosas que no me gustan.... Digo si es que lo quiero hacer y lo ayudo o mejor no (?) pero sí hay que ser muy honesto en que puede hacer y que no puede hacer y no creer que nada más que porque uno trae bata y.... (?) ya con eso tienes la espada y yo el escudo ¿no? no se trata de ir en contra del paciente.*

ALEJANDRA

Alejandra es psiquiatra y tanatóloga. Tiene 34 años y trabaja en consulta externa de un hospital psiquiátrico privado. Ella es quien atiende a Gloria. La entrevista se realizó en dos partes, tenía poco tiempo “libre”, debido a que supervisa a varios residentes. El contexto discursivo de la entrevista con Alejandra gira alrededor de la experiencia que tiene en el trato con pacientes que han intentado suicidarse. Continuamente señala que en la práctica se va aprendiendo y sorteando el trato con estos pacientes. Además, menciona repetidamente que existen varios tipos de intentos de suicidio.

Intento de suicidio

Alejandra abordó el tema del intento de suicidio en general, aún cuando se le preguntó sobre el intento de suicidio de tipo diádico, ella mencionó que todos los intentos de suicidio son distintos, debido a diversos factores. La tesis de que la desorganización del juicio es lo que permite considerar a un intento de suicidio como psicótico, es algo que no la convence y finaliza argumentando una serie de elementos que implicados en casi todos los intentos suicidas.

Alejandra: Lo que pasa...se habla de que el intento suicida es psicótico porque se desorganiza el juicio [...] pero [...] hay que ver los contenidos psiquiátricos. [...] No todos son iguales.

Uno de los elementos relacionados con la definición del intento de suicidio que argumenta Alejandra es el tradicional grado de letalidad; sin embargo, menciona que éste tiene que ver más con la dependencia de los sujetos que intentaron suicidarse con su psiquiatra o psicoterapeuta, y sobre todo, de lo que dicho paciente deposita en su médico (confianza y estabilidad).

Alejandra: [...] el grado de letalidad no está dado por “si me tomo dos Rivotril me voy a quedar dormida”, probablemente no, “a que si agarro y me corto la... aorta o la carótida, o la yugular o cosas tremendamente espectaculares con evidencias”. [...] yo creo que tienen muchos factores y creo que... hay mucho de esto de lo que te hablaba de esta dependencia que llegan hacer los pacientes, que hacen mucho o sea venir al psiquiatra o venir a la psicoterapia. En psicoterapia yo se que se manejan reglas diferentes pero.... venir al psiquiatra es depositar muchas cosas a ese psiquiatra [...] Es depositar muchas horas de confianza, es depositar muchos grados de... estabilidad, [...] es entablar otro tipo de relación con el mundo.

Principio de beneficencia

Alejandra calificó la forma en que considera cómo es la relación médico-paciente. Ella enuncia que es “difícil” sea cual sea el tipo de suicidio, debido a la valoración que se hace. Además, menciona a la familia como otro elemento que dificulta la relación.

Alejandra: Es una relación un poquito difícil porque.... tienes que valorar muchas cosas. Primero todos los intentos suicidas no son iguales, eso es algo muy importante. Entonces tienes que.... saber separar muy bien cuál es el tal, cuál está siendo el manipulador, cuál es el que puedes contener en una consulta externa o cuál tienes que mandar a internar. Entonces en base a eso es muy difícil porque, normalmente tienes que llamar a familiares por ejemplo.

Para Alejandra, la relación médico-paciente depende más del médico por la figura que representa para los pacientes. También depende mucho de si el paciente es de primera vez o no. La constancia, la negociación, los límites e involucrar a la familia es lo que debe contener dicha relación.

[¿Qué es lo que debe contener una relación o que debe primar en una relación?]

Alejandra: [...] yo creo que de ti dependen mucho. Tú tienes el intento suicida con un paciente que ya conoces con un trastorno depresivo....Entonces tu relación ya está muy hecha, y más si lo haz seguido, si eres un médico constante con él [...] Ahora si es un paciente con un intento suicida que lo recibiste de primera vez y tienes que decidir, la relación se vuelve mucho más fría, mucho más agresiva; la otra no, la otra puede ser muchísima más negociable, inclusive ellos aceptan más las cosas, que ya llames a los familiares, que involucras a tal gente, aun así te aceptan más los límites ¿no? Tú te vuelves como una figura como muy importante en sus tratamientos. Es como aquella figura que no tienen en casa, que nunca va a estar harta que siempre te va a recibir. Pero [...] el de primera instancia no, el de primer instancia pues es el que va a tener decidir si se hace o algo. Entonces, esa relación se vuelve hasta con mucha fricción, es lo que yo siento.

Aunque a Alejandra se le cuestionó sobre cómo funciona la relación médico paciente, ella menciona que ésta es flexible y tiene etapas, pero repara en decir que el funcionamiento es responsabilidad de los médicos.

Alejandra: Yo creo que eso es la flexibilidad, pero sí es muy movable esa relación, porque sí hay etapas, ¿no? Depende si tienes un paciente que lo tienes con intento suicida y al mismo tiempo lo tienes con psicoterapia pues compartes la responsabilidad [...] A veces uno es el bueno o el malo, entonces no sabemos cómo funciona.

Alejandra expresó que es el paciente el que cambia en la relación médico-paciente, él es el que tiene muchos matices, el médico no, él siempre da seguridad y tranquilidad.

Alejandra: [...] no puedes cambiar tu lado o sea el paciente viene a buscar tranquilidad y seguridad y tú probablemente se la das mucho, entonces ¿cómo vas a cambiar tu relación? [Ante la interrogante de que a veces se puede comportar más empática, lejana o neutral, ella responde] Pero todos esos matices se ven en una misma consulta, en un mismo discurso de un paciente y se dan todos en una misma.

La familia es un tema recurrente en el discurso de Alejandra. La familia minimiza los intentos suicidas de los pacientes, por eso, éstos no quieren que la familia se entere de qué sucede.

Alejandra: Muchos de estos pacientes no quieren que se les llame a los familiares. No quieren, no quieren que los demás se enteren lo que está sucediendo con ellos o cuando entran los familiares, las conductas a seguir normalmente son que minimizan mucho los intentos suicidas de los pacientes.

Alejandra argumentó que siempre se debe avisar a los familiares sobre el paciente que intenta suicidarse, es una medida médica, ética y burocrática. No hay una disyuntiva sobre el tema debido a que el médico es quien toma las decisiones paternalistas, aunque eso “rompa la confianza” en la relación médico-paciente, lo cual la hace muy desgastante.

[Ante la disyuntiva de que a veces llega el paciente y no quiere que la familia se entere]

Alejandra: [...] Bueno médicamente y éticamente debe siempre debe de avisárselo porque estás hablando de riesgo para el paciente. Entonces se le debe de avisar a la familia ¡siempre! se tiene que hacer eso aunque ellos no quieran. [por ello] Normalmente se rompe mucho la relación médico-paciente. Porque vienen y te confían y te dicen y vas a hacer otra cosa totalmente diferente. Lo que se hace.... pues es como se hace en la burocracia, ni modo hay que firmar papelitos que protejan tanto la hospitalización tanto el paciente como el médico y por supuesto avisar a los familiares. Que en muchos pacientes, por como yo veo los contenidos en la consulta externa, los anulan [...] [o] no vienen, realmente como se vuelve muy desgastante la situación.

Alejandra complementa el argumento que anteriormente había planteado de que siempre se debe avisar a los familiares sobre el paciente que intenta suicidarse, pues no sólo es una generalidad, sino que también depende de los contenidos para saber cuál será el tratamiento.

[Habla de que todo paciente que tenga ideación suicida o haya hecho un “acting” debe estar vigilado constantemente]

Alejandra: Ésa debe ser la generalidad lo que no va ser general es como.... cómo va a ser tu método de tratamiento, o si vas a medicar, no vas a medicar o sino nada más vas a dar contención, o si vas a avisar o no vas a avisar. Debes de ver todos los contenidos de todo esto.

Parece que la relación que el médico establece con la familia del paciente depende del propio médico, si ayuda él con el tratamiento del paciente, la familia va apoyar, si no, no.

[Ante la pregunta de si la relación médico-paciente también incluye a la familia]

Alejandra: Sí, si, si, si, si tú involucras a la familia, desde el tipo de tratamiento y todo, la familia (ríe) te va a ayudar mucho si tú dejas de.... o te va boicotear mucho en cuanto sienta que tú no estás allí como para.... apoyar te va a empezar a boicotear. O al contrario te va ayudar mucho, va a estar contigo,.... En fin, va a estar apoyándote, todo esto.

En el discurso de Alejandra, queda claro las decisiones las toma el médico, y si acaso la familia. El paciente no es tomado en cuenta.

[¿Y cuál es la ponderación de las decisiones que toman o el paciente o la familia?]

Alejandra: [...] lo que tienes que encontrar es un punto intermedio, yo creo que hay que tomar las dos consideraciones y hay que ser (ruido) muy franca cuando sale con los demás ¿no? Cualquier paciente que se lesiona, tiene que saberlo la familia, tiene que saberlo la familia para ver a qué se atiene ¿no? Y tú también para saber.... con qué juegas en las familias. Hay familias que salen corriendo.

Alejandra argumentó que como los pacientes tiene un juicio “nublado” por su ideación o intento de suicidio, no pueden decidir, por ello el médico debe tomar la decisión final, la cual se basará en un criterio clínico y ético, para evaluar al paciente.

[Se le cuestiona sobre las decisiones que toman los pacientes y si ella las toma en cuenta]

Alejandra: Bueno, yo creo que aquí hay un criterio clínico muy importante creo que eso es.... lo básico para todo esto y va a ver un criterio clínico y un criterio ético, pero yo no puedo actuar en base a sus decisiones. Yo tengo que plantear todo el panorama [...] y en base a eso tomar la decisión final sobre los tratamientos, porque si no, imagínate, todos los pacientes decidieran qué van hacer con sus vidas. Cuando a veces ni ellos mismos pueden decidir, cuando ya están hablando de una ideación suicida, cuando ya están hablando de un intento, cuando ya están hablando de otras cosas, lo que está sucediendo allí, es realmente que ya su juicio está

nublado, ya no pueden con él. Y tú estás sirviendo de estos juicios auxiliares, entonces ¡eh! Yo creo que hay más bien tiene que ver mucho con tus criterios éticos, con tu clínica tienes que saber muy bien [...] Para saber cómo vas a evaluar a ese tipo de pacientes.

Alejandra expresó que el paciente no puede tomar decisiones, no en el momento de su tratamiento, quizá hasta que el medicamento haga efecto, lo cual parece que es éste el que le devuelve la capacidad de tomar decisiones al sujeto. Por otro lado, Alejandra dice que cualquier ser humano puede tomar decisiones, pero los pacientes mentales no.

[Se le cuestiona sobre si el paciente con intento de suicidio “ya no puede tomar decisiones”]

Alejandra: *Yo creo que no....yo creo que hay que estabilizarlos.... Ese es un punto bien importante, darle un tiempo para que los medicamentos, pero pueden tomar tantas decisiones como decidir si se internan o no. Yo creo que como cualquier ser humano, puede tomar esas decisiones, hasta un psicótico, el problema es que a lo mejor en el momento (ruido) no lo puede hacer, y a lo mejor lo tiene que hacer después (ruido) pero en el momento.... no lo puede hacer.*

Los argumentos que da Alejandra para expresar los riesgos que implican trabajar con pacientes con intento de suicidio, son de tipo más emocional. Los riesgos son el “enganche”, la “vinculación” y la “pérdida de los límites” de manera emocional. Pero parece que el miedo está en que el propio médico pierda su autonomía, por cuestiones emocionales, por sentir lo mismo que el paciente a quien por “deber” tiene que ayudar.

[¿Cuáles son los riesgos, daños, que se involucran cuando trabajas con ese tipo de pacientes?]

Alejandra: *Yo creo que el emocional es el más importante, o sea el problema es que si te vuelves.... Yo siento que tú debes de estar muy bien emocionalmente o sea tú personalmente como médico, que es muy difícil. Estamos en una especialidad en donde te tienes que vincular emocionalmente con muchas cosas. Entonces se vuelve bastante complejo, entonces si no estás bien estructurado tú, si estás pasando por un proceso de duelo (ríe) es muy complejo que entres tú a tratar a un paciente con una ideación suicida, te enganchas muy rápido. Yo creo que es eso, lo que ves en los enganches con los pacientes [...] sientes que vas a ser así como.... “voy intentar salvarlos” cuando no. Realmente es un paciente que tiene autonomía. Es parte de un trabajo y tienes que saber cómo delimitar muy bien.... hasta dónde puedes llegar o hasta dónde no puedes llegar, hasta dónde puedes decir “hasta aquí te puedo ayudar” o (ruido) hasta aquí no te puedo ayudar”.*

El coraje que a Alejandra le provoca el intento de suicidio es porque lo concibe como “rendirse antes de luchar” como un acto de cobardía o rendición, un juicio moral que sobrepasa cualquier conocimiento y entrenamiento académico.

[Sobre la pregunta de qué es lo que le provoca el intento de suicidio]

Alejandra: *A mí el intento de suicidio me produce mucho coraje. Yo [...] entiendo que los intentos suicidas se tengan los contextos, y entiendo la depresión vienen por alteraciones bioquímicas en fin. Pero.... viniendo por el otro aspecto, psicológico, el aspecto moral, el aspecto ético, será porque yo tengo.... ciertas cosas muy punitivas en mi vida y creo que el intento suicida.... es como rendirte antes de luchar. O sea ¡no se vale que te rindas!*

Alejandra analizó que el enojo que siente por el intento de suicidio proviene de su parte moral y “ética” de las que no puede desprenderse, lo que le genera mucha impotencia, aún más, cuando los familiares no le “ayudan”. Además porque argumenta que el médico no debe sentir, no puede ser moralista, ni “ético”.

Alejandra: *A mí me produce mucho enojo, o sea realmente me cuesta mucho trabajo en ese aspecto, en decir “¡a ver! tengo que ser un médico y no me puedo enojar y tengo que ver que no meta yo mi parte moral, ni mi parte ética para decir.... “te voy intentar ayudar” obviamente tengo mi parte moral y mi parte ética, normalmente cuando ves por ejemplo estos intentos suicidas que son manipuladores, cuando.... ves a una chavita de quince años que se está intentado suicidar porque tiene un trastorno depresivo espantoso... (traga saliva) eso te da mucha impotencia porque llamas a los papás o a las mamás y no te ayudan. Pero realmente te digo tiene que ver mucho contexto del intento suicida. Pero a mí en lo general me causa mucho enojo.*

Alejandra utiliza el chiste y la sátira para expresar en la entrevista su agresión o irritabilidad hacia los pacientes con intento de suicidio, aunque esto le produce un gran desgaste.

[Se le pregunta sobre qué hace cuando se sabe enojada ante estas situaciones]

Alejandra: *Bueno normalmente cuento chistes.... es algo que sí me gusta hacer, bromeo mucho con los pacientes. Entonces creo que entre lo que puede pasar, lo serio que puede ser este asunto, es agarrar algo de sátira (ríe) nos empezamos a reír un poquito. Creo que eso rompe mucho la dificultad de la entrevista. Y eso ayuda mucho a que la entrevista no se vuelva tan.... tan agresiva, o tan.... tan irritable. [...] Creo que hago eso, me muevo un poco con el chiste y trato de evitarlo porque las situaciones sí son solamente hablar de las ideas suicidas y de pensar que alguien se va a quitar la vida es muy desgastante.*

Alejandra argumentó que estar en psicoterapia le ha permitido reconocer el enojo hacia los pacientes con intento de suicidio, y que este proceso terapéutico es al final un beneficio para el paciente, también.

[Se le cuestiona sobre cómo saber que tiene este enojo en contra de los pacientes con intento suicida]

Alejandra: Sí, sí lo sé, llevo psicoterapia entonces este.... sí he aprendido a conocer algunas cosas (ríe) de mi carácter y de mi vida y sí sé esto. Entonces.... sé cuándo las cosas me están molestando, entonces normalmente trato de cambiarlos, porque al final es el beneficio del paciente no el mío. Yo voy a seguir con mi vida no, y ellos a lo mejor pueden salir y aventarse al metro ¿no? Entonces.... al final es.... una ventaja para ellos, no para mí.

Alejandra mencionó que los pacientes no ven el beneficio, la beneficencia, sólo el paternalismo.

[Ante la pregunta de si los pacientes obtienen un beneficio de su tratamiento]

Alejandra: Bueno normalmente no la ven, les cuesta mucho verla, ellos se protegen mucho, yo siento que muchos vienen para decirles “que no esta tan mal su vida”. El problema es que tú a veces, tienes que ser muy duro y decirle las cosas funcionan de otra manera.

Alejandra arguyó que la figura del médico está dada por lo que la “gente” le deposita a él, y como elemento central es la bata blanca.

Alejandra: Yo no sé si el médico pueda ser omnipotente u omnisapiente u omnipudiente, yo sé que no puede, pero sé que la gente deposita mucho en eso. O sea, la gente viene al médico no solamente a una especialidad, la gente viene al médico cualquiera que se cuelgue una bata blanca.... tiene un gran peso para la gente, porque te depositan eso y más....

Sobre la figura del médico, Alejandra continuó argumentando que la confianza ciega que se le deposita al médico, es un compromiso que debe estar claro para saber qué hacer, más allá de otra cosa, como los conocimientos.

Alejandra: Es más, te llaman (ríe) para cualquier cosa, [...] no puede resolver todo.... pero [...] confían en ti ciegamente. Entonces.... esta parte a lo mejor sí es un compromiso para ti, es un compromiso que debes de puntualizar o debes de tener claro, para saber qué vas hacer.

Alejandra expresó que desvincularse de los pacientes es cuestión de crecimiento, de experiencia, a través de crear una coraza, que permita cosificar al paciente y dejar de lado las emociones, que

parece además ser un deber, que quizá Alejandra no lo cumpla, al llevarse “lo mejor” de la gente...

Alejandra: Sí,.... al principio cuando uno es residente.... se te presentan mucho, te cuesta mucho trabajo manejarlos. Conforme uno va....creciendo, no sé si te va haciendo una (ríe) coraza, pero vas aprendiendo, no puedes vincularte. Te va a doler hay cosas que.... que no estás de acuerdo y te enojas.... te molesta y.... pero realmente aprendes como a tener una separación y aprendes a ver así como el cardiólogo ve que el corazón (?) se enferma, crece, le da hipertrofia, le da un infarto (ruido) y se va a su casa a dormir tranquilamente. Yo creo que muchos de los psiquiatras hacemos lo mismo, o tenemos que hacerlo. Porque si no.... nos llevamos lo mejor de la gente a nuestras casas.

Alejandra argumentó que la empatía es un elemento importante dentro de la relación médico-paciente, pero tal parece que no en el caso de los intentos de suicidio, debido a que también depende de la personalidad de cada médico, y de lo que les provoca en ellos cada trastorno; en el caso de Alejandra un gran enojo, pues ella “nunca pensaría en quitarse la vida”, es decir, no es empática con estos pacientes.

[Ante la pregunta que elementos debe contener una buena relación médico-paciente]

Alejandra: Yo creo que son muchos factores, no yo creo que juega hasta tu propio carácter.... o tus propias características de personalidad juegan mucho. No todos los médicos pueden ver pacientes psicóticos, no todos podemos ver intentos suicidas, nos mueven muchas cosas, no todos podemos ver adictos. Depende de cada uno de ellos. Entonces sí, la empatía juega bastante,... [...] yo no sé si el haber pensado en quitarte la vida, pero por ejemplo el que tú hayas tenido un problema depresivo, te conectas más con los depresivos, porque entiendes lo que les está pasando.

Alejandra infirió que el tratamiento farmacológico, el trabajo de la impulsividad, afectividad y la contención son lo más recomendable para tratar a pacientes con intento suicida; otro elemento importante es el trabajo psiquiátrico y psicológico, pero sobre todo que el médico “se haga presente”.

[Se le preguntó cuál es el mejor tratamiento para tratar un intento de suicidio]

Alejandra: Ojalá y hubiera un estándar de oro, pero no lo hay, pero yo creo que además del tratamiento farmacológico que creo que es muy importante trabajar impulsividad y mejorar la afectividad, en fin, creo que una buena contención [...] el que tú te hagas presente con ellos, creo que eso ayuda mucho. Digo no solamente la parte psiquiátrica, muchos de ellos.... por lo menos de consulta.... manejan

procesos de psicoterapia. [...] Pero yo siento que allí le pueden romper un poquito para que... puedan ayudar, porque ayuda mucho esta contención.

Alejandra expresó que la atención del médico, “el que se haga presente”, el contacto con el paciente, la escucha, brindarle un tiempo y espacio, es decir, mostrar los afectos permitidos en el orden de la relación médico-paciente, dejando a un lado la rigidez de los elementos médicos, como la bata blanca, son los que ayudan al paciente, es el mejor tratamiento para el intento de suicidio.

Alejandra: *[...] [Pero] el que tú te hagas presente, el que tú estés presente, el que.... “qué problemas tenían”, “bueno si me citó la doctora y me puso un espacio y voy a verla” y eso ayuda mucho al paciente. Aunque al día siguiente venga y te platique de Hugo Sánchez, eso no importa.... realmente el que tú te hagas como más presente o el que a veces le puedas tomar la mano, el que a veces no sé, que demuestre que esta relación médico-paciente, el que se pone la bata no es.... tan rígida, como tenía que serlo, que todos sabemos que en psiquiatría debe de haber mucho esta rigidez, para otro tipo de tratamientos aunado al psiquiátrico, pero creo que eso ayuda bastante.*

Alejandra mencionó que cuando los pacientes se sienten muy mal buscan ayuda de su médico, es decir, ellos mismo previenen su intento de suicidio.

[Ante la pregunta de si los pacientes solicitan ayuda de su médico antes de un intento de suicidio]

Alejandra: *Sí, porque normalmente te llaman y te dicen “me siento mal, tengo ideación suicida, recíbame”, sí lo hacen, se sienten muy mal, sí lo hacen.*

Alejandra manifestó que el médico tiene que ser paternalista y muy distante dependiendo de lo que se necesite para trabajar con el paciente y del tipo de paciente, parece ser que lo que cambia es la gradualidad del paternalismo y no su presencia o ausencia.

Alejandra: *[...] si puedes sortearla [habla del paternalismo] y dependiendo lo que necesite el paciente, es que esto no es para el intento de suicidio es lo que necesita el paciente. Entonces uno tiene que ser muy paternalista y [...] muy distante, depende de lo que necesites, te digo hay intentos suicidas que dices “¡ay, por favor vete de aquí!”... porque sabes que tienen mucho contenido manipulador, pero hay otros que no, hay otros que realmente sientes que sí tienes que estar un poquito más ahí. Que tal que si te prestan un poquito más de atención. Entonces eso.... yo creo que es importante también.*

Alejandra mencionó que los recursos económicos son importantes en el momento de decidir si se interna a un paciente con intento de suicidio. Además de la valoración psiquiátrica, valorar el costo económico que genera un internamiento, no sólo para el paciente sino para la propia institución hospitalaria, es un criterio relevante que expresó Alejandra.

Alejandra: [...] no todos los intentos se hospitalizan, valoras los grados del internamiento, los grados de disfunción, valoras muchas cosas, no todas, digo hay gente... que manejamos además no toda la gente tiene recursos, no todos los hospitales de este país internan suicidas.

Alejandra explicitó que cierta “sensibilidad” que se aprende con la experiencia es lo que le permite saber qué paciente está más en riesgo suicida y poder darle más contención.

Alejandra: [...] aprendes a desarrollar un feeling no sé cómo, como que sientes cuál te va a ser peligroso y cuál no. Tú aprendes con los años y con la experiencia cuál te va se te va a matar, y cuál no. [...] Sí la desarrollas o sea hay algún es como el que te dice “me voy a matar” y no te lo vuelve a decir nunca más. Tú sabes que ese paciente tiene mucho más riesgo, que a lo mejor que el paciente que te dice “me voy a matar, me voy a matar”, pero te lo está avisando. El otro a lo mejor te lo dijo en un momento y ya no ni te vuelve a tocar el tema, ¿no? Entonces, a lo mejor a ése es al que tienes que contener antes. Sí, sí y te hace desarrollar cierta sensibilidad.

Sobre la “sensibilidad” o “feeling” como lo nombra Alejandra, ella dice que la aprendió a desarrollar y la ha sentido certeramente con tres pacientes. Dicha sensación es angustiante pero a su vez permite diferenciar a los pacientes, saber cuáles sí se deben de internar.

Alejandra: Porque el suicida verdadero es que yo haya sentido que un paciente “se me vaya a matar” lo he sentido con tres pacientes.... Y los sentí y los interné o sea me quité de angustias [...] Pero que tienes como este feeling dices “no, éste sí va hacer algo, internalo, dale contención dentro del hospital”, pero han sido tres, de que creo que he visto una buena cantidad de pacientes ya suicidas. Entonces sí.... sí aprendes a desarrollar esto.... y a diferenciar.

Alejandra expresó la falta de escucha hacia los pacientes con intento de suicidio se debe a la falta de tiempo, al corto tiempo de la consulta ya sea a nivel de atención privada como pública, pero sobre todo, a la falta de escucha tiene que ver con lo demandante que son estos pacientes y la ansiedad del médico por “resolver el problema” en treinta minutos.

[Habla del reclamo de la falta de escucha que muchos pacientes con intento de suicidio hacen a sus médicos]

Alejandra: tienen mucha razón, [...] es que a veces se te va. [...] Ellos hablan de muchas cosas, pero son muchas, ¡eh! Y tú a veces en la consulta tienes treinta minutos para solucionar el problema, o para escuchar y a veces el paciente no necesita treinta minutos, a lo mejor necesita dos horas y media.... Yo puedo dar dos horas y media en mi consultorio particular y a ver.... ¿Pero cómo doy dos horas y media en un hospital institucional?... se vuelve compleja la situación, y los pacientes pues son pacientes demandantes de atención.

Alejandra argumentó que los pacientes son niños que deben aprender a respetar los límites que el médico les marca, con base en el conocimiento que éste tiene de sus pacientes.

Alejandra: [...] son niños, parece que succionan y succionan y succionan. Entonces.... también tienes que aprender a saber a marcarles los límites a los pacientes, [...] [ante la pregunta de cómo] yo creo que allí tienes que valorar el riesgo que tienes [...] entonces aprendes a conocer mucho a tus pacientes, yo creo que eso es.... lo formidable de trabajar en una consulta externa.... Es que tú puedes seguir mucho a tu paciente. Tú sabes cómo se va a mover, qué es lo que va hacer, casi a qué hora te va a llamar de la noche. [...] No sé si aprendes a detectar ciertas cosas, y ellos aprenden a respetar ciertos límites.

Alejandra habló de que no remite pacientes de intento de suicidio, aún cuando le causan enojo y ansiedad, porque según ella contiene estas emociones.

Alejandra: Hasta ahorita no, he remitido adictos pero.... suicidas no, [Aún cuando tú dices que te causan enojo]. Si pero normalmente, fíjate que lo contengo, digo que esto me ocasiona, normalmente lo cito seguido para verlos, a lo mejor es mi propia ansiedad.

Alejandra mencionó que el estigma hacia los pacientes con intento de suicidio es una cuestión de educación y por no ser considerado un problema médico (fisiológico).

[Habla sobre el estigma que prevalece en los pacientes que intentaron suicidarse]
Alejandra: No lo sé,.... tiene que ver con la educación, la psiquiatría en general (ruido) es una especialidad que ha estado muy hummm separada de las otras; por estas áreas y por todos los conceptos psicodinámicos y freudianos y frommianos, y todas esas cosas que conocemos, para a las demás especialidades la verdad que la medicina... la diarrea se trata con medicamentos y se acabó.

Alejandra argumentó que los pacientes no tienen un juicio de sí mismos, porque tienen baja autoestima, por eso el médico tiene que “formarles” un juicio propio y los pacientes tienen que creérselo, hasta que nuevamente un “juez”, que puede ser la sociedad u otro médico, le digan lo contrario, incluso hasta perder su calidad de ser humano.

***Alejandra:** Es que yo creo que es muy importante, a ver.... “es qué van a decir de mí si me lesiono, toda la sociedad piensa que soy un cobarde”. Es como un juicio social muy importante. Uno piensa que vas a tener tu propio juicio de ti misma, porque estamos hablando de pacientes suicidas.... por obvias y circunstancias razones importantes tiene uno muy pobre autoestima. Entonces lo que tienes que formar su propio juicio de lo que ellos vayan creando y después.... Que la sociedad diga lo que se le dé la gana. Al final tú vas a ser un ser humano nunca dejas de perder tu calidad de ser humano.... O por lo menos no, mientras un juez diga otra cosa y yo no sé si ese juez diga otra cosa y yo no sé si ese juez pueda hacerlo.*

Alejandra expresó la existencia del estigma que prevalece en los pacientes con padecimientos mentales a diferencia de los pacientes con daño fisiológico, porque argumenta que es la sociedad la que no entiende y hace esta distinción.

***Alejandra:** Lo que más nos mandan a los hospitales psiquiátricos muchas veces es el qué dirán, no es posible que yo diga “que yo estoy en un hospital psiquiátrico, que tuve una depresión”, “pues sí, si es posible porque estás deprimida y te vas a matar, ¡sí!”, pero la sociedad no entiende. En cambio si te dijera “bueno estás diabética y se te hizo un coma diabético (ríe) y necesitas hospital”, ah, pues no pasa nada, al contrario.*

Los deberes médicos según Alejandra tienen que ver primero con la evaluación al paciente, tener un plan de tratamiento, involucrar a un tercero, en este caso la familia, después comprometerse con el problema y finalmente informarle al paciente lo que tiene que hacer.

[Ante la pregunta de cuáles son los deberes del médico]

***Alejandra:** Tener una evaluación....muy buena y muy concienzuda creo, segundo este un buen plan de tratamiento,.... buscar.... tienes que buscar ayuda familiar, ayuda de alguien afuera, si es internable. Entonces.... creo que es eso, una evaluación exhaustiva, realmente comprometerte con el problema para ver qué puedes hacer, y evaluar, porque te digo es como la diabetes, si no controlas el azúcar, se te va a disparar [...] que si le controlas lo que está pasando, se te va a matar.... o se va a lastimar en serio. Entonces sí tienes que como tú dices buscar como todas estas medidas para intentar ayudar al paciente ¿no? [Además] es un paciente.... tienes que informarle lo que vas hacer, no puedes decir “¡ay! Sí fíjate sí*

te intentaste suicidar, no te avisó”, “a ver (ruido) te vas a tomar esto, esto y esto y esto, nada más que no te lo van a dar por esto, esto, esto y esto y esto”, son los riesgos, y esto pero se tiene que informar al paciente ¡claro que sí!

Alejandra planteó que la responsabilidad se maneja firmando papeles.

Alejandra: [...] No nos gusta pero a firmar papelitos.

Alejandra refuta mencionando que la responsabilidad debe repartirse entre los involucrados, médico y familia, hasta que el paciente pueda estabilizarse y asumir toda la responsabilidad.

Alejandra: Es muy difícil pero.... te digo yo creo que es.... saber mantenerlos, tú no (hablan) puedes estar con ellos todos los días, ni puedes lidiar con ellos todos los días, no puedes vivir con ellos. Es tratar de mantenerte lo más al margen que puedas. Pero obviamente va a ver un momento en que digas “bueno aquí estoy conectado, ¿qué hago, no?” y a lo mejor es el caso en que llames a los familiares y lo tratas de hacer de otra manera. Como que involucras a un tercero, a un tercero que este más directo con ellos. [...] Es como repartir la responsabilidad, “a ver todos tenemos responsabilidad en esto, vamos a repartirla entre todos, por lo menos mientras se estabiliza el paciente, luego ya que el paciente la asuma, y que asuma toda su responsabilidad, de todo lo que hace o cómo lo hace”.

Principio de autonomía

Para Alejandra, los pacientes con intento de suicidio tienen voluntad, pero no juicio, esto es algo que el médico se los “pone”, se los “deja claro”. Entonces voluntad y juicio son distintos.

Alejandra: [...] como te dije, para mí tienen voluntad, una cosa es que el juicio no esté... claro que hay que ponerles el juicio ya, que hay que dejárselo bien claro.

Alejandra argumenta que los pacientes con intento de suicidio no tienen “consciencia”, tardan mucho los pacientes en “hacerse conscientes” porque “coquetean con la muerte”, es decir, pierden el juicio, entonces no tienen conciencia.

[Se le pregunta si se restablece el juicio en algún momento de la contención]

Alejandra: Sí,.... si reconocen lo que pasa, [...] yo creo que sí se va haciendo la conciencia, lo que pasa es que tarda mucho, tarda mucho este juicio, este juicio social y este juicio personal.... Porque no lo tienen, porque al final, luego siento que se nos vuelve un juego...ellos saben cómo coquetear con la muerte.

Cuando se presenta un intento de suicidio durante el tratamiento, Alejandra argumenta que se da por la autonomía, que sólo bajo esas circunstancias se le reconoce, que tiene el paciente.

Alejandra: [...] yo creo que cada paciente tiene su propia autonomía, y puede hacerlo. Hay un parte pequeña, y una parte grande, [...] Tienen una autonomía tan grande como decir “bueno, pues lo voy a hacer, me hayas dicho lo que me hayas dicho y no firmo y no vengo y no me tomo nada”.

Alejandra, al cambiar el foco de atención del paciente al médico, agregó que el intento suicida de un paciente bajo tratamiento es algo que debe evaluar la actuación del médico. Es decir, no se debe a la autonomía del paciente, sino a alguna falta (de escucha, tiempo, etc.) o error del propio médico.

Alejandra: ellos [los pacientes] sienten que vienen contigo y te van a decir cosas tan importantes y tan fuertes.... que por eso no quieren entrar con sus familiares. Entonces yo siento que un paciente y estando en tratamiento y que te hace un intento suicida, es para valorarte realmente “¿qué te paso a ti?” o sea “¿qué no viste.... que te lo estaban gritando?” o a lo mejor acortar tus tiempos de.... de asistencia: Que a veces se vuelve muy complicado. Trabajar en una institución esta es una institución particular, pero la consulta externa funciona como una.... como una consulta de cualquier institución.

ERNESTO

Ernesto es residente del segundo año de psiquiatra. Tiene 28 años y trabaja en consulta externa de un hospital psiquiátrico público. Aunque en el contexto discursivo Ernesto se refería constantemente a su experiencia en la atención a los pacientes que han intentado suicidarse, también hacía alusión a la experiencia de sus compañeros, pero sobre todo incluía en sus argumentos a los psicólogos, como una forma de justificar las acciones de su gremio, igualándolas con el gremio de la investigadora, los psicólogos. En sus respuestas amplias, se visualiza que Ernesto también toma en cuenta a otro tipo de pacientes, como los que tienen diagnóstico psicótico o los sociópatas, los deprimidos, los que tienen trastornos de personalidad o límite, pues parece que tiene mayor experiencia en el manejo de estos pacientes que con los que han intentado suicidarse. Asimismo, durante toda la entrevista, planteó su preocupación por las emociones que le provocan los pacientes que intentaron suicidarse, dijo que el saber manejarlas es algo que debe aprender.

Intento de suicidio

Ernesto habló del intento de suicidio que se presenta en varios diagnósticos. En general, el intento de suicidio de tipo diádico; Ernesto lo asoció, durante toda la entrevista, al trastorno depresivo, como tradicionalmente se ha manejado. Por ello, cuando se le cuestionó sobre el intento como un acto psicótico, Ernesto argumentó la diferencia entre un trastorno depresivo de uno psicótico. Mencionó que en el primero existe una triada en cuanto a: la distorsión de la persona, el miedo y el futuro, que incapacita al deprimido para ver como “deben” de ser las cosas y encontrar “adecuadamente” la forma de resolver sus problemas. Tal parece que existen más juicios de valor para la depresión que para la psicosis, en donde la pérdida de la realidad parece no ser cierta.

Ernesto: No necesariamente un psicótico ya que.... el psicótico como tal en lo que se refiere a la pérdida de realidad, no es necesariamente tan cierto. Dentro de la triada del deprimido, se menciona que existe un distorsión.... de la propia imagen de bueno de la persona, distorsión del miedo, a una distorsión a futuro, y las personas deprimidas lo que tienen es una incapacidad para poder percibir las cosas como deben de ser, condicionadas por alteraciones psicológicas y alteraciones meramente orgánicas. No necesariamente digamos que es un psicótico, no, es una persona que está deprimida y que no sabe cómo encontrar adecuadamente la forma de resolver sus problemas.

Principio de beneficencia

Ernesto expresó la experiencia que tiene en el tratamiento con los pacientes con intento de suicidio, en tres escenarios, dentro de su especialidad, en el área hospitalaria y en consulta externa. Aunque titubeó al responder, Ernesto explicó que en la especialidad, se le enseña el manejo intrahospitalario de estos pacientes. Argumentó que son pacientes muy “difíciles” y complicados porque hay que cuidarlos, dependen del médico, de que éste haga una buena la relación médico-paciente, para que no tenga “sorpresas” por parte del paciente, es decir, no realice otro intento suicida.

Ernesto: ¡Eh!, bueno durante el primer año de lo que sería la especialidad,.... hummm lo hacemos dentro de la hospitalización. Entonces es muy frecuente este tipo de pacientes, sobre todo con los intentos de suicidio que requieren un.... manejo intrahospitalario. Son pacientes difíciles, son pacientes que uno debe de estarlos.... cuidando constantemente durante los primeros días, durante las primeras semanas. Muchos de ellos, tienen problemas psiquiátricos más de fondo, o sea problemas de personalidad, problemas depresivos de larga evolución que digamos que favorecen a.... la persistencia de sus intentos suicidas. Al nivel de la consulta externa...

disminuye un poco lo que es el número de este tipo de pacientes, pero los seguimos teniendo y son casos que son muy complicados, muy difíciles. [¿Por qué difíciles?] Porque vaya, depende de mucho de un.... de un buen rapport, de una buena relación de médico-paciente que se puede establecer, para evitar que este tipo de pacientes lleguen.... a realizar algún tipo de intento suicida o nos lleguen con algún otro tipo de sorpresa.

Ernesto argumentó que el médico no es amigo ni confidente, es quien ayuda a resolver problemas con fármacos, ese es su trabajo. Mencionó que los afectos en la relación médico-paciente, no deben ser de amigos o confidentes, porque éstos pueden hacer que el médico distorsione su propia imagen o sus propios afectos, lo cual provocaría que los pacientes ya no le tuvieran respeto, o bien, crearles ciertas expectativas.

***Ernesto:** Una buena relación no implica que uno se vuelva amigo del paciente, ni el confidente oficial,.... sino que nosotros somos psiquiatras, estamos.... con ellos para.... ayudar a que poco a poco ellos puedan ir resolviendo sus problemas, ayudarle en todas nuestras.... posibilidades, como por bueno, por lo que es nuestro trabajo, que esta ahorita no sé, ayudarlos en el aspecto farmacológico. Pero también hay que tener mucho cuidado en caer en ser demasiado afectivos.... volverse completamente su amigo, su confidente. Porque a veces eso tiende a.... distorsionar la imagen que tiene el médico, digo el paciente sobre el propio médico. No llega a tomar en cuenta mucho de sus opiniones, sus comentarios,.... luego llega a devaluar al médico porque no le hizo lo que pensaría que cualquier amigo podría llegar a ser; si es siempre de pincitas llevar este tipo de pacientes.*

Cuando se le cuestionó a Ernesto sobre como fijar límites en la relación médico-paciente, él mencionó que es difícil. El médico debe colocar una barrera, posicionarse en su lugar de “médico”, lo cual significa que él será quien ponga las reglas de la consulta, haciendo que el paciente le hable de “usted”. Los límites son porque los pacientes buscan ser dependientes del médico, esperan que éste les resuelva los problemas y si el médico no accede a sus demandas de ayuda o los “salva”, el paciente tratará de atentar contra su vida. Sin embargo, Ernesto agrega que si estos pacientes intentan suicidarse es porque son personas de estructura psíquica frágil. Es decir, no es por el médico, pero este debe tener mucho cuidado, por ello, Ernesto argumentó que estos pacientes deben ser citados a consulta constantemente o en su caso hospitalizarlos. En este segmento, parece que Ernesto explicitó que los límites los pone el médico en la relación médico paciente son para coartar la autonomía del paciente y puntualizar el paternalismo.

Ernesto: Es difícil, va depender de cada una de los pacientes. Por ejemplo.... con las pacientes mujeres, es muy difícil porque hay muchas.... con trastorno límite o con tendencias límite, que.... llegan siempre con una actitud de “sí, yo soy mujer y yo quiero que tú estés a disposición mía”. Entonces tenemos que colocar siempre esa barrera y decir “yo soy.... su médico”, ¿cómo? hablando de usted, colocando planes de trabajo.... pueden ser a mediano, a corto plazo. Establecer desde un principio las reglas “usted va a venir en tantos días, tantas horas”. [...] También hay muchos hombres que buscan esa dependencia hacía el médico psiquiatra, al médico psicólogo. Aunque piensan que vas a resolverle todos los problemas y si uno no los puede resolver entonces quiere decir que no es capaz de salvar los problemas. Por lo tanto que caso tiene seguir con el tratamiento si va seguir igual y me va bueno, lo mejor sería quitarse la vida. ¡Vaya! son personas a veces muy frágiles, de una estructura psíquica muy frágil que pueden llegar a.... ese tipo de actos. Por eso debemos de tener mucho cuidado. La forma en la cual procuramos que no se genere este tipo de problemas es tratar de.... citarlos lo más frecuentemente posible, sobre todo nada más aquellos pacientes que si bien tienen una idea suicida, pero no está bien estructurada, no le han dicho “ni dónde, ni como” o si realmente lo harían o no, no cuentan con un criterio tanto de hospitalización.... tenemos que estarlos viendo constantemente.

Ernesto expresó que el criterio para decidir cuál paciente presenta riesgo suicida se basa en un instrumento que mide esta conducta. Pero el criterio más simple y común es si el paciente dice abiertamente que se quiere matar, ahí directamente se hospitaliza, si el paciente no dice nada, no es candidato para hospitalizarse, pero sí para ser vigilado, quizá para esperar que exprese su deseo de hacerse daño, o bien, a menos que tenga ciertos antecedentes. Parece que la prevención de un nuevo intento de suicidio depende de si el paciente expresa o no su intención de matarse.

Ernesto: Hay una Escala de Riesgo Suicida y una que realiza el doctor X de hecho, la cual se ve.... si existe o no un riesgo franco.... parece que son ocho puntos. No recuerdo ahorita bien pero si tenemos los formatos nosotros, de acuerdo a esa Escala de Riesgo Suicida, vemos si es candidato o no a.... a hospitalizarse. Porque si es un paciente que de primera entrada dice “yo me quiero morir y ninguna cosa que me digan me va ser cambiar de opinión”, se le (?) hospitaliza inmediatamente. Si [...] es una persona que tiene nada más ideas de muerte, sentimientos con el vacío, llega a ser impulsiva, pero no le ha dicho a uno “que se quiere morir”, no es un paciente... candidato para hospitalización, pero sí hay que estarlo cuidando, sobre todo si tiene antecedentes suicidas por decir que tiene otro tipo de acto, intento.

Aunque Ernesto afirmó que la relación médico-paciente es variable, argumentó que lo ideal es que no se modifique, ya que el médico es quien moldea al paciente, dándole órdenes, siendo paternalista. Esto es para cambiar la actitud del paciente, pero no completamente, es decir, que no varíe la relación y para ello, los cambios no tienen que ser tan marcados, quizá para que el paciente no se dé cuenta. Ernesto argumentó que el médico no es un amigo, es quien busca el bien de los pacientes, tal vez por este motivo la relación médico-paciente no debe de modificarse.

***Ernesto:** Va variando, va... bueno lo ideal es que no se modifique. Pero uno si lo puede digamos que jalar un poquito hummm, amoldar a lo que nosotros buscamos con ese paciente, si un paciente que hemos visto que.... en el aspecto cognitivo, cognitivo conductual.... le funciona muy bien es como darle como que órdenes, indicaciones “no vaya a tales lugares donde sabes que se pone mal etcétera, etcétera”, vamos por esa vertiente. Si son personas que fue generado por un problema o un duelo complicado, vaya una psicoterapia enfocada a la solución de este problema es lo más indicado y (?) nosotros empezamos a cambiar, la actitud, pero no completamente, no es algo que sea tan evidente, sino que tenemos que jalar un poquito. Siempre es importante el papel de.... médico como tal, un médico que estamos para ayudarlos, no un amigo. Porque entonces, si quiere amigos pus que se vaya a conseguirlos en cualquier lugar, nosotros somos médicos, y tenemos que buscar el bien de los pacientes.*

Cuando a Ernesto se le cuestionó sobre cuál sería la diferencia de la escucha que tiene un amigo y un psiquiatra, él mencionó que la diferencia es la objetividad del médico. Con la objetividad se intenta eliminar los afectos, las emociones y los vínculos con los pacientes. La objetividad fija límites en la relación médico-paciente. Aunque Ernesto utiliza un término psicoanalítico, para definir lo que el paciente que intentó suicidarse le provoca al médico, él expresó que el médico sólo ofrece herramientas para mejorar al paciente, pero no para interactuar con él fuera del consultorio. Así, parece que el contrapeso de la contratransferencia, es la objetividad.

***Ernesto:** La objetividad que se puede demostrar en esa relación. (?) Se colocan el papel de médico y el de ser su paciente, uno como médico debe de ver las cosas objetivas, no colocarse al lado del paciente, ¡hay, pobrecito!, ni tampoco decir “no, eres un sociópata y me cae muy gordo ¿no?”, es algo muy difícil es parte de la contratransferencia. Pero siempre tenemos que mantener esa objetividad.... dentro de lo que diga el paciente o no. Y esa capacidad para que ellos poco a poco vean que nosotros nada más les ofrecemos herramientas.... y que ellos tienen que tomar esas herramientas para mejorar su estado de vida y su calidad de vida. Pero vaya, nunca interactuar más allá de la interacción debe ser nada más dentro del consultorio, dentro de una psicoterapia.... en momentos de crisis, pero nada más.*

Ernesto manifestó que los pacientes que han intentado suicidarse le “afectan” en un sentido de contratransferencia, cuando él hace la expresión “¡ay!”, sin embargo, Ernesto dijo que todavía no ha tenido que remitir a estos pacientes con otro médico. Parece que ha mantenido a todos estos pacientes porque ha mantenido también la contratransferencia.

[Habla de la contratransferencia con los pacientes con intento de suicidio]

Ernesto: *Todavía no. No me ha pasado todavía,.... si yo he tenido varios que digo “¡ay!.... pero afortunadamente hasta el día de hoy han podido salir, no he tenido que pedir algún cambio.... A todos los que se han mantenido.*

Ernesto expresó que algunos de sus compañeros han manifestado rechazo a los pacientes con intento de suicidio. Aunque se le cuestionó si este rechazo es por el estigma que tiene dicha conducta, Ernesto argumentó que el rechazo es porque se pierde la objetividad, se está fatigado, de mal humor y no hay empatía, y mencionó que son raros los casos. Parece entonces que el estigma tiene que ver con la falta de objetividad.

Ernesto: *¡Claro, claro! no con los pacientes que dicen “¡ay, ya llegó la gorda que.... que se va a...que se intentó volver matar. [¿Por qué?] porque pues cuando uno está fatigado o son pacientes que constantemente regresan, no es...uno pierde su objetividad, es cuando demuestra el.... mal humor, la falta de empatía. Pero son raros los casos, pero que se llegan a presentar.*

Ernesto argumentó que el estigma hacia los pacientes con intento suicida puede ser una causa que lleva al paciente a tomar la decisión de atentar contra su vida, eso es algo que deben de saber los médicos, pero para ello, deben ser empáticos, para saber cómo se sienten estos pacientes y poder solucionarles sus problemas. La empatía es una forma de conocer al paciente y una forma de saber cómo ayudarlo.

[Habla de la empatía con los pacientes]

Ernesto: *Por supuesto.... uno debe saber siempre este tipo de.... causas fueron los que llevaron a este paciente a tomar esta decisión, colocarse en sus zapatos tal y como es la definición de empatía, para saber qué es lo que llega a sentir en esos momentos.... y qué es lo que lo motiva.... para que no siga viviendo para que encuentre una solución a sus problemas o qué es lo que le pasa.*

Ernesto definió el bienestar bajo juicios de valor. Dijo que el médico no tiene la capacidad de decidir lo bueno o malo para un paciente, pero sí sabe qué es lo que le afecta y actuar sobre eso para evitarlo o sobre su decisión de afectarse, es decir, actuar es tomar la decisión. Ernesto

ejemplificó sus argumentos con el caso del paciente deprimido. El bienestar lo decide el médico, hasta que el paciente pueda decidir por él mismo, es decir, cuando deje de estar enfermo.

[Se le cuestiona sobre quién decide el bienestar del paciente, del que él viene hablando]

Ernesto: *El bienestar es algo que no afecte la integridad del paciente o la integridad de otras personas, siempre bueno vaya nosotros no vamos a tener la capacidad de bien de decidir qué es lo bueno, qué es lo malo para ese paciente. Pero si podemos saber qué es lo que le afecta a su integridad o qué es lo que afecta la integridad de otras personas. Bueno le afecta su integridad es cuando debemos de actuar, ver que de qué manera podemos evitar que afecte su integridad o qué es lo que lo conlleva para que él decida hacerlo. Una persona que está en un.... trastorno depresivo, es una persona que a veces no llega a pensar de manera muy clara, debe tener problemas para concentrarse, pensamientos constantes de muerte, pensamientos suicidas. Y sabemos que por sus mismas condiciones patológicas, no llega a pensar de manera clara. Y de todos modos nosotros decidimos atenderle su problema para que en el momento que él piense de manera clara, tome la decisión que él quiera tomar, pero que sea dentro de lo que sería una salud mental lo más posible.*

Ernesto argumentó que el hecho que el médico decida el tratamiento y que el paciente se intente suicidar durante éste, no sabe si es algo bueno o malo, aunque él parece considerarlo como malo, pues menciona que el trabajo psiquiátrico o psicológico es para llevar a los pacientes a una calidad mental, no hacer que el paciente se sienta sin defensas ante el médico, y que nuevamente intente suicidarse. Ernesto dice que a él no le ha pasado y que para contestar la pregunta debería haber estado en esa experiencia. Parece que cuando mencionó que es algo “idealizado” se refería a que es una fantasía.

[Se le cuestiona sobre algunos casos en donde el paciente está en tratamiento...e intenta suicidarse]

Ernesto: *[...] es algo como (?) idealizado, sobre todo alguien que no ha estado.... sobre esa experiencia, en esa experiencia. Yo no he tenido pacientes que.... sean.... constantemente.... o bueno recurran constantemente a los intentos suicidas muchos de ellos han salido bien. Pero sí tengo algunos compañeros que en el momento en el cual dan un tratamiento médico.... se sienten como que.... extraños, desprotegidos, los pacientes.... se sienten ya sin defensas ante el médico y es cuando llegan a cometer actos suicidas. Es algo muy complicado, muy difícil.... pero sí, realmente no sabría bien cómo contestarte esta pregunta si sé realmente que sea bueno o malo, lo único que sé es de que debemos de llevarlos a una calidad mental para que ellos tomen sus propias decisiones. Creo que hasta ahí es en donde.... termina el trabajo del psiquiatra o del psicólogo.*

Ernesto expresó con juicios de valor que una mala dinámica familiar define el pronóstico de riesgo suicida. También mencionó que la familia es importante para el tratamiento del paciente y parece que el médico trabaja los problemas que la dinámica familiar provoca.

[Habla sobre el papel que juega la familia durante el tratamiento]

Ernesto: *No, no, no, eso lo podemos ver hay muchos pacientes que llegan y llegan con muchos problemas. Pero ya cuando uno empieza a conocer la mamá, el hermano y él se va.... Por supuesto. Y aquí vienen los problemas o es cuando se llegan a generar.... mala dinámica familiar.... Cuando un paciente lamentablemente tiene una mala dinámica familiar, no recibe el apoyo de sus padres, de sus hermanos llega a su casa y va estar solito, tiene peor pronóstico, se considera como un pronóstico de riesgo suicida, el que tenga una mala relación de red de apoyo, familiar. A diferencia, por ejemplo, de una persona que tiene a sus padres que siempre lo han apoyado, a sus hermanos que están constantemente viéndolo, están al pendiente de que no esté solo, está al pendiente que vaya a la consulta. Va, siempre va afectar de manera.... importante la relación que tenga con su familia, el paciente.*

Ernesto habló sobre cómo, en primera instancia no acepta la amenaza de muerte que es característica de estos pacientes con intento de suicidio, es decir, bromea diciendo que le diría al paciente “que hasta aquí”, pero después argumenta que él maneja dicha amenaza con la actitud más correcta que es la neutral, colocar las cosas de manera directa y frontal, “como deben ser”, quizá con otra amenaza, la del encierro, hospitalizando al paciente. Esto es algo que sí está permitido, lo que no es manipular al paciente, tal vez persuadirlo de su amenaza o su demanda.

[Se le cuestiona sobre la amenaza de muerte, que es muy característica de los pacientes con intento de suicidio]

Ernesto: *Sí, “me voy a matar, y me voy a matar y si me deja de ver el doctor me voy a matar”. Pues hasta aquí ya nada pasa, pasa. No, no bueno fuera. Lo bueno es que siempre esperan como con una reacción de miedo.... los pacientes con una reacción de miedo y nosotros decir “no, no lo haga por favor,.... lo veo más pronto, le voy a dar más medicamento, pero no lo haga”. No, más que nada la actitud que yo tomo pus es la más correcta.... pero lo que me funciona es siempre neutral, “usted va a decidir posteriormente, necesito saber ¿se va a matar?.... pues yo tengo la obligación de hospitalizarlo ahorita mismo, si no se quiere matar ahorita mismo entonces tengo la obligación de llevarlo a tratamiento”. Colocar las cosas.... directas, francas como deben de ser. Porque pus tampoco estamos, permitirnos.... manipular porque vaya muchos pacientes que son así “hummm, me trata mal doctor y me voy a matar, me trata bien y ya no me quiero matar” ¿no?, colocar las cosas*

como son “¿se va a matar? va para adentro, ¿no se quiere matar” siga el tratamiento.... ¡punto!, que es lo que se tiene que buscar.

Ernesto argumentó que los fundamentos para el tratamiento psiquiátrico se van modificando de acuerdo con la experiencia y con cómo van funcionando.

[Habla de lo que se enseña en la formación de médico]

Ernesto: *Hay ciertos fundamentos que se mantienen y que son que nosotros tomamos como pauta para llegar al tratamiento psicológico, psiquiátrico. Pero también siempre va a ver como que.... diferentes experiencias dentro de la formación que nos van a marcar de que manera nosotros vamos ir modificando estas pautas que nos han dado desde un principio. Conforme lo que nos haya funcionado, conforme a lo que hayamos leído, conforme a las experiencias de otros médicos. Es una.... modificación constante de estas pautas.*

Cuando a Ernesto se le cuestionó sobre si se intuye qué paciente se va a matar, él argumentó que sí, que es algo extraño en lo que hay que creer porque sí pasa. Aunque se ven algunos aspectos del paciente, como su actitud, su impulsividad, su compromiso para con el tratamiento, todo eso son enseñanzas que deja la experiencia y no la escuela. Así, su argumento es que la intuición se aprende en la experiencia y no en la escuela y que con ella se trabaja.

[¿Ha habido un cambio o que digas tú “yo intuyo que este se va a matar en algún momento”]

Ernesto: *Sí, es algo extraño, pero sí llega a pasar, cuando uno no termina como que cree, después le dicen “sí voy a llevar el tratamiento”. Pero toda la actitud sobre todo “en.... que yo me comprometo o no me comprometo o que son muy fluctuantes”, es cuando uno ya recuerda “¡ah! bueno tú ves al paciente que pus siempre fue muy fluctuante y, y terminó haciéndose daño o me dijo tal médico que fue mi maestro en formación “que nunca creas en un paciente que es demasiado impulsivo, y.... tiene muchos intento suicidas, ¡ten mucho cuidado! vaya son enseñanzas que te va dejando la experiencia, y se llegan a modificar algunas pautas... pero sólo se aprende de la experiencia, más no en las aulas.*

Ernesto manifestó que para él los pacientes con intento de suicidio son difíciles, porque le generan muchas emociones, frustración, impotencia, por eso tiene que apoyarse en otros médicos, en la psicoterapia o en grupos especializados. Con el paciente, trabaja un tratamiento médico cuando hay mal pronóstico y si es posible se asesora con otro médico o remite al paciente cuando ya no puede contenerse ante esos pacientes, debido a su poca experiencia con ellos.

[Se cuestionó sobre su percepción de los pacientes diádicos]

Ernesto: Son difíciles, generan muchas emociones.... son los de eh.... siempre nos toca el típico paciente, “que me quiero morir porque quiero, quiero que mi papá me vea muerta” “O me quiero morir porque quiero hacer daño a alguien más”. Eso lo tenemos que, siempre apoyarnos en... con otros y psicoterapeutas, apoyarnos en el tratamiento médico o vaya porque son pacientes que tienen mal pronóstico. Y sobre todo cuando tienen.... antecedentes de intentos suicidas.... o bien son pacientes que nunca ha remitido completamente es cuando uno dice “pues ¡ayúdenme!, es cuando tenemos que apoyarnos con otras personas, ¡porque vaya! yo con la poca experiencia que tengo.... es difícil. [¿Pero apoyarse tú como médico o tú como médico en el caso...]. Ambas, si yo como médico en el caso pus sí. “sabe que doctor algún asesor mío” o “¿sabes qué fulanita? me gustaría que estuvieras viendo en psicoterapia a esta paciente te la voy a mandar, buscas lo mejor para paciente como no ve que.... ya le es difícil poder contener contra estos pacientes. Y cuando uno se llega a sentir mal, se llega a sentir como que.... a veces frustrado, a veces impotente,.... ¡pues vaya! a lo mejor es.... sacarlo en psicoterapia sacarlo, hay grupos por ejemplo hay grupos Baling, en el cual uno puede.... expresar sus experiencias con otros compañeros en las mismas circunstancias que ayuda y libera ¿no? a realizar esta catarsis que a veces es necesario, sobre todo en estas profesiones.

Ernesto mencionó que está en psicoterapia para conocerse bien y saber cómo manejar sus emociones. Porque dijo que la formación de médico no los prepara para sentir las emociones, exteriorizarlas y saber qué hacer con ellas. Ernesto dijo que busca ayuda para su salud mental, a fin de poder dar una atención de calidad a los pacientes con intento de suicidio. A pesar de esto, Ernesto argumentó que el manejo de las emociones es un problema, que se debe platicar.

[Habla del impacto de atender a los pacientes con intento de suicidio]

Ernesto: (ríe) es que ando en psicoterapia. Pues vaya este.... pues sí es difícil.... es un sobre todo uno debe de conocerse muy bien.... para saber cómo debe manejar este tipo de emociones.... En la carrera no nos preparan para este tipo de cosas ¿no? Para que te digan “no es que.... tal paciente con el cual.... aunque no quisiste hiciste empatías, se mató”. Obviamente lo va a mover a uno, ¿qué es lo que tiene que hacer con esas emociones? exteriorizarlas, buscar ayuda, buscar siempre una salud mental constante, para poder.... seguir dando esa hummm misma calidad de atención que le has dado algunas pacientes. Pero sí, yo creo que, pues platicar sobre el problema, platicar sobre todo con profesionales es como uno le va a ayudar. Conjuntándolo con otro tipo de actividades físicas, hobbies ¡vaya! también buscar la salud mental de uno mismo.

Ernesto expresó que la falta de escucha a los pacientes que intentaron suicidarse por parte de los psiquiatras es porque los pacientes quieren órdenes de sus médicos y que les digan lo que tienen que hacer; pero según Ernesto, el psiquiatra perfecto es quien toma una actitud pasiva, receptiva, que sólo guía el discurso, eso le provoca coraje y desesperación al paciente. También mencionó que la falta de escucha a estos pacientes es porque algunos psiquiatras no son perfectos.

***Ernesto:** Lo que pasa es que a veces son muy eehh uno como psiquiatra o como psicólogo.... Luego llega a tomar una actitud demasiado pasiva, receptiva, que el paciente habla, habla, habla, habla y uno nada más trata de ver la forma (?) guiando ese discurso, hay pacientes que les da coraje eso que “nada más me está escuchando, no me dice que tengo que hacer, no me da órdenes directas de lo que tengo o no tengo que hacer” Y es cuando se empiezan a desesperar. Que también hay, debe de haber psiquiatras o psicólogos, debe de haber que efectivamente no los escuchan. Por supuesto ¿no? porque decir que todos somos uno.... perfectos como psicólogos y psiquiatras, también puede llegar a presentarse.*

Ernesto expresó que la mejor escucha a los pacientes que intentaron suicidarse es enfocarse en su problema actual y en el motivo que lo genera, pues dijo no es un psicoanálisis para analizar toda la vida. Hay que escuchar sólo las partes que “digan” por qué el paciente quiere matarse.

[Se le cuestiona sobre cuál sería la mejor escucha para esos pacientes]

***Ernesto:** Hummm, escuchar, enfocarnos primordialmente a escuchar el problema de momento el aquí y el ahora.... Algo que le gusta mucho (?) decir y este y también enfocarnos al motivo, motivo importante de ese momento que está generando el problema. Porque a veces los pacientes con ideación suicida, intentos suicidas, se enfocan mucho a decir, muchos problemas de toda su vida, toda su vida y como que se empiezan a dispersar. Y pues vaya no es un psicoanálisis para analizarlo por años y sí (?) enfocarnos, hay esos elementos que nos van a decir más con respecto al paciente, nos van a decir más al porqué quiere terminar con su vida. Y enfocarnos a ellos, de escuchar esas partes nada más.*

Ernesto primeramente no se atreve a afirmar abiertamente que una mala relación médico-paciente es, lo que después llama, “la razón principal” por la cual un paciente realiza otro intento de suicidio, porque influye mucho en la evolución del caso. Los pacientes que no se sienten comprendidos, adaptados y se matan para agredir a su médico, es porque llevaron una relación médico-paciente mala. Ernesto, responsabiliza así, a los pacientes, tanto de la relación con sus médicos, como del acto suicida. Hace una causalidad “no sostenible” al mencionar “relaciones

demasiado buenas” (¿para quién?) tienen buenos resultados, es decir, ¿no se suicidan? Al final, dice que la relación es variable, así, reintroduce la incertidumbre, la duda original.

***Ernesto:** En parte sí,.... no te puedo decir “que eso sí... la razón principal por la cual llegan a otro intento de suicidio. Pero sí la relación médico-paciente afecta mucho.... en el pronóstico. Hay pacientes que desde un principio no llevan una buena relación médico-paciente y.... termina en suicidio porque no se sintieron comprendidos, adaptados, o simple y sencillamente te querían realizar un.... un acto de agresión.... hacia el médico y pus se mataron para o sea que era malo. O bien hay relaciones que son demasiado buenas.... que tienen muy buenos resultados. Pero sí, también varían mucho.*

Ernesto argumentó que la contratransferencia es una herramienta diagnóstica que hay que aprender a utilizar. En su manifiesto, Ernesto definió la contratransferencia como lo que el paciente le hace sentir, parece que es algo que no le enseñaron, que le falta aprender, que quiere utilizarla. Quizá se refiera a los sentimientos. Mencionó que a los médicos les falta aprender y utilizar la contratransferencia, o bien, los sentimientos, para saber qué hacer: diagnosticar y atender mejor a los pacientes.

***Ernesto:** vaya hay que utilizar siempre la contratransferencia, lo que nos hace sentir el paciente.... hay que utilizarlo como herramientas para el diagnóstico, humjúm, y es lo que tenemos que aprender hacerlo. A nosotros todavía nos falta.... infinidad de cosas por aprender, antes de poderlas utilizar. Es todo lo que nos hace sentir el paciente, para poderlo atender de mejor manera, para saber diagnosticarlo, para saber por dónde podemos o qué tipo de terapéutica podemos utilizar, falta todavía mucho.*

Principio de autonomía

Ernesto definió a una persona deprimida como un ser humano con decisiones, pero que es importante “hacerle conciencia” de que está enfermo, así ya no podrá tomar decisiones. A pesar de esto, si el paciente no quiere hospitalizarse, es decir, concienciarse de que está enfermo, se respeta su decisión, aunque el médico y la familia decidan lo contrario. Parece que en este hospital, dijo Ernesto, se respeta la autonomía del paciente.

[Se le cuestiona sobre las decisiones de los pacientes durante el tratamiento]
***Ernesto:** Es difícil [...] cuando una persona está completamente deprimida es muy difícil.... Porque pues bueno, es un ser humano que tiene sus decisiones pero.... ahí lo importante es tratar de hacerle conciencia de que está enfermo. ¡Ya! estando enfermo ya tiene él la capacidad de decidir lo que realmente tiene. Algo curioso es*

que a veces, es que este [hospital], es que nosotros no podemos hospitalizar a pacientes que no quieran. A pesar de que.... la familia quiera, a pesar de que el médico quiera, si él no quiere.... no podemos obligarlo, humjúm. [...] Si podemos coordinarnos para la atención para el cuidado, para.... para el manejo de él,.... pero.... hasta allí nada más.

Ernesto argumentó que si el paciente decide no tomar el tratamiento y quererse matar, el bienestar para él es la hospitalización. Así contra la autonomía está el paternalismo, que se manifiesta mediante la hospitalización. Al final, quien decide el tratamiento es el médico.

[Habla de cómo hacer la negociación del tratamiento con un paciente que expresa francamente querer matarse]

Ernesto: *si esa paciente dice de manera.... franca “yo me quiero morir, no importa lo que me digan, yo me quiero morir”, y uno ha intentado decirle “bueno qué le parece si le vamos a dar tratamiento médico, ¿se compromete a no hacerse daño?”, se aferra a su familia, tiene una buen red de apoyo familiar, bueno... tiene posibilidades de que sea vista en la consulta externa. Pero si es una paciente que dice “no voy a llevar nada, yo me voy a matar”, inmediatamente tenemos que buscar el bienestar de esa paciente que es la hospitalización. Por lo tanto, se refiere a un hospital de puerta cerrada, de manera inmediata. Una hoja de referencia (?) se lleva y se hospitaliza allí. Porque igual primero es el paciente, si el paciente.... uno duda si realmente vaya o no a comprometerse a no hacerse daño, pus que mejor que lo hospitalicen en un lugar donde no se pueda hacer daño.*

Aunque a Ernesto se le cuestionó sobre la permanencia de incapacidad de juicio del paciente durante todo el tratamiento, él respondió que el propósito del tratamiento es que a los pacientes se les module el sistema serotoninérgico para que se reduzca su ideación suicida y deje de pensar en matarse, así “pensará” en lo que estaba haciendo y no volverlo a hacer. Con este discurso, parece que el tratamiento médico, la serotonina y el médico, le devuelven cierta “lucidez” al paciente.

Ernesto: *Sí, es el propósito y en la mayoría de las ocasiones así pasa. En muchas ocasiones así como pasa de que dicen, “bueno no es su momento, (?) nos sentimos demasiado desesperanzados no veían todas las cosas como eran” un tratamiento médico que ayuda a elevar las... bueno a modular el sistema de serotonina, el tratamiento digamos ya.... eh.... psicológico en el aspecto de platicar con ellos, ver la razón los pro, los contras, ofrecerle otro tipo de posibilidades, es lo que permite al paciente reducir esa ideación, esa idea suicida, es cuando dicen “no pues no sé en qué estaba pensando, no lo volvería hacer”, eso es lo que nosotros buscamos.*

Ernesto mencionó que dentro de la relación médico-paciente, el médico puede utilizar otros apoyos que tiene el paciente, como la religión, pero también los puede “dejar” sólo con esos apoyos. Argumentó que los aspectos morales y religiosos son utilizados por los médicos para evitar otro intento de suicidio. El miedo que infunde el catolicismo en contra del que se suicida y la manipulación del cariño hacia los hijos son elementos que, por un lado, el propio paciente ofrece a los médicos, y por otro, pueden obstaculizar o favorecer un tratamiento, haciendo que los pacientes se aferren a dichos elementos, y desistan de su ideación suicida. Posteriormente, explicitó que la solicitud de ayuda de los pacientes, también es un elemento que los médicos usan para ayudarlos. Así los argumentos que manejan los médicos para “hacer entender” a los pacientes que tienen que salir adelante son de tipo valorativo, a través de sus creencias.

Ernesto: *Podemos dejar a unos a su.... al apoyo que tienen con respecto a su.... su religión. Viene una paciente que es católica y que tiene cierto miedo al suicidio porque entonces no va poder llegar al cielo. Bueno podemos.... dirigirnos hacia ese lado, y esa es su religión. O si bien tiene hijos y los quiere “piense en sus hijos”. Vaya, tratar de agarrar todos los elementos que nos pueda ofrecer la paciente, para tratar de ayudarla a que vea que no es la opción más adecuada, y que se aferre a esos elementos que pueden evitar o bueno mejor dicho que puedan favorecer que lleven un tratamiento. Porque en el momento en el cual ellos vienen por su propio pie aquí quiere decir que buscan ayuda. Entonces eso ya es un buen, pues un buen.... es un buen dato a favor de nosotros, el buscar ayuda. Sólo que nosotros tenemos que darle a entender esa persona “por qué tiene que salir adelante, por qué elementos....de qué manera podemos ayudarla”.*

Cuando se le cuestionó a Ernesto sobre si el suicidio es un acto autónomo, él contestó que sí, pero afirmó que para el médico (él) lo toma como un fracaso. La culpa, el fracaso y el suicidio como final de las enfermedades mentales es un estigma que los médicos se colocan. La misma enfermedad psiquiátrica parece ya un estigma, porque no se ve la magnitud del problema, quizá esto haga referencia a médicos de otras especialidades. Ernesto ve como algo muy difícil la autonomía en la enfermedad psiquiátrica, y se angustia ante la pregunta.

Ernesto: *Si, a veces uno lo toma como un fracaso,.... “chin se me mató, se me mató el paciente, soy el culpable, fracasé y demuestro que efectivamente muchas de las enfermedades psiquiátricas pueden terminar en eso”. Te haces un estigma que nosotros los médicos nos colocamos. Y el que manejamos enfermedades psiquiátricas y a veces no.... llegamos a una idea de muchos.... bueno en términos generales de magnitud de este problema, es muy difícil, muy difícil. Y sería difícil contestarte la pregunta hasta eso.*

Este segmento es el comentario que hizo Ernesto al final de la entrevista. En él, Ernesto expresó, lo que ha querido aprender y utilizar, los sentimientos y emociones, que es algo que durante toda la entrevista le preocupó.

Ernesto: En términos generales.... yo creo que son importantes todas las investigaciones. A veces nos da miedo mucho investigar lo que siente el psiquiatra, con lo que respecto a este tipo de pacientes. Nos enfocamos a patología de tal paciente, ¿pero pues que es lo que pasa con lo que nos hacen sentir los pacientes? Es cierto existen varios estudios con respecto a la contra transferencia.... Es este de los pacientes, pero que sea más específico a la contra transferencia que llega a generar el paciente con intentos suicidas. Y de tanto que llega.... a tener sobre el médico el que un paciente se llegue a suicidar o que algún paciente esté constantemente suicidándose o realizando intentos suicidas, también es importante para saber de qué manera tenemos con los otros psiquiatras o los otros psicólogos manejar a ese tipo de situaciones.

El análisis del discurso argumentado del equipo de salud concede exponer los elementos discursivos que nos conducen a responder los cuestionamientos centrales de esta investigación. Sin embargo, antes de esto retomo algunos puntos relevantes que permiten hacer una interpretación de sus discursos.

6.3.2.1 Consideraciones sobre el intento de suicidio

El intento de suicidio (IS) no fue calificado como un acto psicótico, fue asociado más como acto depresivo; no obstante, tampoco fue considerado como una enfermedad propiamente, pero sí como algo insano.⁶ Los argumentos de los psiquiatras apuntaban a significar el intento de suicidio como una acción contra natura; provocado por un sufrimiento, que si se quita o se disminuye, se elimina el intento. Es decir, si alguien se siente muy mal es porque está sufriendo, entonces hay que quitarle primero el sufrimiento para que ya no siga con su idea de muerte, de acuerdo con el argumento de Rosa.

El IS se realiza para llamar la atención. La letalidad del intento obedece a la dependencia que el paciente tiene con su psiquiatra, pues a él le deposita confianza y estabilidad. De este modo, el IS es un hecho que el paciente lleva a cabo, en el cual, el médico no tiene injerencia.

⁶ Entendido como locura o demencia.

Por otra parte, el intento suicida es considerado como un fracaso del médico, y por lo tanto suscita angustia, culpa. También asusta tratar a los pacientes que lo han realizado, debido a que no se sabe si van a vivir o morir. Por ello, es que deben atenderse con calma sin asustarse.

6.3.2.2 Principio de beneficencia

Múltiples y paradójicos fueron los significados de la beneficencia que argumentaron los miembros del equipo de salud. El principio de beneficencia cobra sentido en la “buena” relación médico-paciente-familia, en las decisiones sobre el tratamiento y los beneficios de éste, con el paternalismo, en la falta de remisión, la intuición para la atención, la empatía, la falta de escucha, en el reconocimiento de las emociones, el estigma del intento suicida y con los valores implícitos en el tratamiento.

La beneficencia que se suscita en la relación médico-paciente tiene distintas aristas. El discurso de estos médicos puntualiza la importancia del constituir una buena relación médico-paciente para que éstos no vuelvan a atentar contra su vida. Esta “buena” relación la construye el médico, ya que él es quien modula al paciente dándole órdenes para que cambie su actitud.

El médico debe colocar una barrera, posicionarse en su lugar de médico, lo cual significa que es quien pone o marca los límites de la relación y las reglas en la consulta, hablarle de usted al paciente, es un ejemplo de dichas normativas. Esto es relevante para dejar claro que el médico no es amigo ni confidente, sino quien ayuda a resolver los problemas de los enfermos con fármacos. En este sentido, la diferencia entre la escucha del médico y de un amigo es la objetividad que tiene el médico. Con la objetividad, se intenta eliminar las emociones y los vínculos con los pacientes, es decir, la contratransferencia. Así, la objetividad fija límites.

Los límites son porque los pacientes buscan ser dependientes del médico, esperan que éste les resuelva sus problemas y si el médico no accede a su demanda de ayuda o no los “salva”, el paciente tratará de atentar contra su vida.

Durante el tratamiento el médico no cambia, siempre da tranquilidad y seguridad, cuida al paciente porque depende de él. El médico es quien “le forma” el juicio al paciente. Ernesto argumentó que el médico no tiene la capacidad para decidir lo bueno o malo para un paciente, pero afirmó que sí sabe qué es lo que le afecta y actúa sobre eso para evitárselo, es decir, al final el médico toma las decisiones, que según los galenos se basan más en criterios clínicos y éticos para

evaluar al paciente. De esta forma, lo que cambia es la gradualidad del paternalismo, no su ausencia o presencia en la atención de los pacientes que intentaron suicidarse.

Los psiquiatras definieron a los pacientes como personas con estructuras frágiles, difíciles, como niños que deben aprender los límites y por ello, deben ser citados a consulta de manera constante. El paciente en el tratamiento tiene muchos matices, él es el que cambia durante la relación, el médico no.

En general, los miembros del equipo de salud argumentaron que la relación médico-paciente es difícil, flexible y tiene etapas, además debe contener constancia, negociación y límites, al mismo tiempo involucrar a la familia; pero su funcionamiento es responsabilidad del médico. Finalmente, la distancia entre el médico y el paciente es porque da temor que el paciente se coma al médico y lo inunde de sus emociones.

En cuanto a las decisiones que se toman en el tratamiento, los argumentos estuvieron enfocados en la situación donde el paciente no está de acuerdo en su tratamiento; para los tres psiquiatras, en dichas circunstancias hay que hacer acuerdos, que por lo general son condiciones para mantener vigilado al paciente. Es decir, si el paciente decide no tomar el tratamiento y quererse matar, el bienestar para él es la hospitalización, de acuerdo con el punto de vista médico.

Cuando el riesgo suicida además de ser expresado por el paciente, es diagnosticado por el médico, y el paciente no quiere hospitalizarse, se firma una carta responsiva que otorga la responsabilidad al paciente y libera al médico de cualquier compromiso o dolo. Un aspecto a considerar en esta decisión son los recursos económicos, pues son importantes en el momento de decidir si el paciente se interna o no. Por otro lado, en esta misma situación, el médico siempre debe avisar a los familiares del paciente de la posibilidad de un acto suicida, aunque el paciente no quiera que se le avise a su familia y a pesar de que esto rompa la confidencialidad, ya que es una medida médica, ética y burocrática.

No obstante, los psiquiatras enunciaron que los pacientes no están bien para tomar decisiones porque son pasivos o están deprimidos, tienen un juicio nublado por su ideación o intento suicida; entonces, se hacen acuerdos para que el médico actúe y espere que el paciente se sienta mejor. Así, las decisiones sobre el tratamiento de paciente que intentó suicidarse las toman la familia y el médico, cualquier responsabilidad se maneja firmando papeles, como anteriormente

se comentó, pero en casi todos los casos se hace entre los médicos y la familia, hasta que el paciente pueda asumir toda la responsabilidad.

Por esta razón, el médico es quien decide el bienestar del paciente, hasta que éste pueda decidir por sí mismo, es decir, cuando deje de estar enfermo (porque cualquier ser humano puede decidir, pero no los enfermos mentales, según Alejandra), o bien cuando los medicamentos hagan efecto. Aunque en ocasiones, los médicos esperan que las decisiones que tome el paciente sean respecto a su deseo de muerte, no sobre su tratamiento. Quizá por ello, no siempre hay disyuntivas en las decisiones del tratamiento entre médicos y pacientes.

Un punto relevante fue el significado de la beneficencia a través de los beneficios del tratamiento. En este sentido, los psiquiatras argumentaron que son los pacientes quienes se benefician de la relación médico-paciente; por ejemplo, algunos beneficios son la empatía y el proceso psicoterapéutico del médico. Sin embargo, los psiquiatras mencionaron que los pacientes no quieren un beneficio, sino un médico paternalista que les diga qué hacer y cómo deben ser las cosas.

Cuando el paciente no ve los beneficios del tratamiento y lo expresa, es un acto que da temor al médico, porque se siente cuestionado. En este sentido, el médico piensa que el paciente es “malo” y que no querrá acceder al tratamiento cuando el médico le explique que no existe un pronto beneficio. Por ello, el médico no pregunta, por miedo a luego no saber qué hacer.

La justificación que los médicos dan del miedo a no saber qué hacer, es que en su formación no se les prepara para sentir, exteriorizar las emociones y saber qué hacer con ellas. Ellos saben que tener salud mental es para poder dar una atención de calidad a sus pacientes. No obstante, los médicos ven el manejo de las emociones como un problema, ya que ellos mismos argumentaron que es algo que debería hablarse entre ellos.

Para los médicos, es un deber desvincularse de los pacientes, crear una coraza que permita alejar, prácticamente cosificar, al paciente y dejar de lado las emociones, es algo que se da con el crecimiento y la experiencia. El médico “no debe sentir, ni ser moral”, expresó un psiquiatra. Si los galenos expresaran sus afectos como amigos o confidentes de sus pacientes, podría pasar que en la relación médico-paciente se distorsione la imagen que el propio médico tiene de él, o bien, que el paciente puede faltarle al respeto o dejarlo de ver con autoridad.

De esta forma, las emociones son parte del significado del principio de beneficencia. Los pacientes que han intentado suicidarse fueron calificados como difíciles porque generan en sus médicos algunas emociones como: frustración, impotencia, irritabilidad, agresividad; por ello, manifestó Ernesto, hay que apoyarse en la supervisión de otros médicos o de grupos especializados.

Los riesgos de trabajar con este tipo de pacientes son de tipo emocional: el enganche, la vinculación y la pérdida de los límites. Parece que con éstos, los médicos pueden perder su autonomía. También es temido trabajar con los pacientes con intento de suicidio porque evidencian la propia muerte del médico, porque les provocan sentimientos de culpa si se matan, y porque es un acto provocado voluntariamente por el paciente que no se puede predecir, es decir, su muerte no es por el destino o un designio.

En este sentido, la atención de los caso de intento de suicidio asusta porque el médico no sabe si el paciente vive o muere. Este temor empieza al inicio de la formación en psiquiatría y cuando los médicos no han estado en psicoterapia, pues la psicoterapia permite a los médicos “conocerse bien” y saber manejar sus emociones, como ellos mismos argumentaron. También señalaron que más allá de esto, el intento de suicidio provoca “coraje” pues bajo estas circunstancias afectivas, es considerado como “rendirse antes de luchar” como un acto cobarde o rendición.

El enojo que provoca el intento suicida proviene de la parte moral y ética de los médicos, de la cual no pueden desprenderse y les genera mucha impotencia. Tal vez por ello, Alejandra manifestó que utiliza el chiste y la sátira durante la entrevista con los pacientes con intento suicida, para según ella canalizar su enojo y quitarle seriedad al asunto; no obstante, pareciera que así ella expresa la agresión e irritabilidad, ya que eso le produce un gran desgaste.

Asimismo, los argumentos de los psiquiatras también apuntaron al tema del estigma hacia los pacientes con intento de suicidio. Según los miembros del equipo de salud, el estigma es porque el intento de suicidio no es considerado como un problema médico, porque evidencia la muerte del médico y finalmente, es trabajar con la muerte.

El rechazo a los pacientes con intento suicida por parte de los médicos, está dado por la fatiga, el mal humor y porque no hay empatía por parte del psiquiatra. En sí, el estigma está asociado con la falta de objetividad del médico.

El estigma puede ser una causa de intento de suicidio, por ello, el médico debería ser empático, para saber cómo se sienten estos pacientes y poder solucionarles sus problemas. En este sentido, el médico puede estigmatizar al paciente, pero también quitarle dicho estigma.

Al igual que el estigma, la empatía también significó a la beneficencia. La empatía fue definida por los psiquiatras como confianza y comunicación, su antónimo es la dependencia. No obstante, el principal argumento sobre la empatía, es que durante el tratamiento se hace con la familia no con el paciente.

De esta manera, la empatía depende de la personalidad de cada médico, pues si al médico le provoca enojo el intento de suicidio, es decir, él nunca pensaría en quitarse la vida, entonces no podrá ser un médico empático, como lo enunció Alejandra.

Por otro lado, la falta de escucha también representó un significado en la relación médico-paciente. De acuerdo con los argumentos de los tres psiquiatras, la falta de escucha puede ser por dos razones. La primera es debida al paciente, ya que los sujetos que presentan intentos suicidas dan muchos problemas, los cuales los médicos no saben cómo manejar, o bien, son pacientes que quieren órdenes de sus médicos, que les digan lo que tienen que hacer. Ante esta última situación el psiquiatra perfecto es el que tiene una actitud pasiva, receptiva y guía el discurso, esto provoca coraje y desesperación al paciente.

La segunda razón de la falta de escucha está asociada al médico. El psiquiatra no siempre es “perfecto” (parece que “la mayoría de las veces sí lo es”), así lo expresaron los propios especialistas. Además, esta situación se presenta por el corto tiempo de la consulta, pues los treinta minutos por sesión son insuficientes para “avanzar”, es decir, esto le crea una ansiedad al médico y por ello deja de escuchar a su paciente.

Para Ernesto, la mejor escucha resulta de enfocarse en el problema actual y en el motivo que genera el intento de suicidio, pues no se trata de un psicoanálisis, que analiza toda la vida, sólo hay -dijo Ernesto- que escuchar las partes que “digan” por qué el paciente quiere matarse. Tal parece que es mejor fragmentar el discurso para escuchar sólo que se quiere o lo que puede o se sabe manejar.

Pero si no se escucha ¿con qué se trabaja? o ¿cómo se atiende a estos pacientes con intento suicida? El significado de beneficencia es también intuición, sensación o *feeling*. De acuerdo con

los argumentos de Rosa, la experiencia enseña que la forma de atender a los pacientes que intentaron suicidarse es a través de algo que se siente, es “comunicación por los sentidos”.

El sentido común no se enseña, tampoco la intuición; son algo extraño en lo que hay que creer, porque sí pasa, hay que confiar en ellos para atender a los pacientes, es decir, se trabaja con ellos. Se aprenden en la experiencia y no en la escuela.

Cierta sensibilidad o sensación angustiante es la que permite saber si el paciente está en riesgo suicida, y con ello, se puede diferenciar cuál paciente tiene que ser hospitalizado y cuál no. Parece que el sentido común es el criterio en que los médicos se basan para atender a los pacientes con intento de suicidio, a pesar que según Ernesto, también se decide bajo criterios más objetivos como los resultados del puntaje de un instrumento (Escala de Riesgo Suicida) o con el simple hecho que el paciente exprese abiertamente su deseo de querer morir.

A lo largo de las argumentaciones, se puede inferir alusiones a la amenaza de muerte, característica inherente de los pacientes que intentaron suicidarse, ya que esta amenaza debe afrontarse con la actitud más “correcta” del médico: la “neutral”, con la que se colocan las cosas de manera directa y frontal “como deben de ser”, tal vez con otra amenaza, la del encierro (la hospitalización) porque como dice Ernesto- no está permitido manipular al paciente.

Pero tal vez en el tema de los valores, la beneficencia se significó en forma de manipulación de las creencias religiosas y aspectos morales de los pacientes. Pues según los argumentos de los tres galenos, las ideas religiosas que califican al suicidio como un pecado y quien lo realiza como pecador, y la obligación moral para con los hijos, pensar que va hacer de ellos si el paciente se suicida (generalmente si éste es mujer) son aspectos o factores con los que los médicos “hacen entender” a los pacientes que tienen que salir adelante, y de esta forma evitar un nuevo intento.

A pesar de esto, se argumentó que en la relación médico-paciente no tienen nada que ver los valores o las creencias, pues estos argumentos se utilizan únicamente para que el paciente se sienta mejor. Aunque esta explicación también da cuenta de que los posibles valores o creencias con las que se trabaja son solamente del paciente y no del médico.

Entre las múltiples ambigüedades presentes en los discursos acerca del principio de beneficencia, se afirmó que el paternalismo no ayuda al paciente y no busca la solución que el paciente necesita, sin embargo, los argumentos apuntaron a todo lo contrario.

Cuando se les preguntó a los psiquiatras por qué los pacientes que intentan suicidarse, que llegan al servicio de urgencias, no son remitidos a consulta externa psiquiátrica o psicológica, los galenos argumentaron que es por ignorancia de los médicos de urgencias, debido a que el intento es visto como algo nervioso y no una enfermedad, es decir, no es un mal que aparezca en las radiografías o en los resultados de laboratorio. Mencionaron que el médico de urgencias remite al paciente a psiquiatría cuando ya no sabe qué hacer con él o con su problemática. Pero también expresaron que los casos de intento suicida son remitidos entre los médicos de un mismo servicio, por ejemplo, en consulta externa, dado el miedo que se le tiene al riesgo de suicidio de estos pacientes, porque la muerte de éstos es un estigma para el médico tratante, el cual se traduce en un error y en su inculpamiento. Tal parece que esto permea al discurso médico más allá de sus propios escenarios.

Lo anterior también se evidenció en los argumentos que expresaron sobre lo que ellos considerarían sería el mejor tratamiento para los pacientes con intento suicida. El tratamiento farmacológico, trabajar con la impulsividad, la afectividad y la contención son lo más recomendable para dichos pacientes; pero sobre todo que el médico se haga presente, a través del contacto, la escucha, y brindándole tiempo y espacio, es decir, mostrar sus afectos permitidos, dejando de lado la rigidez.

Asimismo, expresaron que el mejor tratamiento es la psicoterapia intensa, en donde la relación diádica con el médico debe ser más sana que la otra, sin tanto involucramiento mostrándole al paciente que quien está mal es él y no el otro. Igualmente, la relación médico-paciente debe tener tres pilares: confianza, comunicación y paciencia.

Por otro lado, los psiquiatras hablaron de la confianza ciega que se les deposita como médicos, dijeron que es un compromiso que debe estar claro para saber qué hacer más allá de otra “cosa”, como los conocimientos, ya que estos, es decir, los fundamentos del tratamiento, se van modificando de acuerdo con la experiencia y con como vayan funcionando. Lo cual significa que el saber qué hacer está más relacionado con otro tipo de conocimiento y no propiamente con el profesional.

6.3.2.3 Principio de autonomía

Los argumentos sobre el significado del principio de autonomía giraron en torno al intento de suicidio que se realiza durante el tratamiento. Para los psiquiatras, el intento de suicidio llevado a

cabo en esta situación se debe a que no se tratan los sentimientos del paciente, aunque saben que eso lleva tiempo, el mismo que no tienen durante la consulta.

En este sentido, también durante la consulta se puede evidenciar el tipo de relación médico-paciente. De esta forma, los médicos señalaron que los pacientes que no se sienten comprendidos, adaptados y se matan para agredir a su médico, es porque llevaron una relación médico-paciente mala. Cuando el paciente se suicida, prima la autonomía, sólo en esta circunstancia se reconoce la autonomía que tiene o puede tener el paciente. No obstante, este evento suicida es juzgado como una desgracia, en donde se tiene que evaluar la actuación del médico, más que autónomo, el acto suicida es considerado como un error médico. Ernesto argumentó en este sentido que el intento de suicidio durante el tratamiento se califica como algo “malo”, pues el trabajo psiquiátrico es para llevar a los pacientes a una calidad mental, no para que se sientan indefensos ante el médico. Tal parece que esto último es causa de suicidio en los pacientes.

Esta especie de inculpamiento del médico por el suicidio de un paciente, va más allá de que exista una carta responsiva. De acuerdo con los argumentos de los galenos, la carta responsiva es como “lavarse las manos”, es quedar “bien” con los demás, es deshumanizarse y ser perseguido por ese suicidio, como una culpa o remordimiento. Rosa mencionó que sí hay que “lavarse las manos” pero que por lo menos sea comprometiéndose e intentando otra opción “contra” la decisión del paciente, quizá contra la autonomía, o bien, se hacen acuerdos. Pero dichos acuerdos son porque desde la mirada médica, no debe atribuirse a los pacientes la responsabilidad de querer matarse y de sentirse mal, Rosa dice que estos acuerdos no son por la culpa que siente el médico, sino por una cuestión burocrática.

El significado de autonomía es más complejo de argumentar. Para los tres psiquiatras, los pacientes tienen voluntad, pero no tienen conciencia porque pierden el juicio. Este juicio el médico se los “pone”, es decir, ante la incapacidad de juicio se debe modular el sistema serotoninérgico para que se reduzca la ideación suicida del paciente y así, deje de pensar en matarse o hacerse daño, y no vuelva a hacerlo.

Por otro lado, la prevención de un nuevo intento o del suicidio mismo, fue parte del significado que dieron los psiquiatras a la autonomía. La búsqueda de ayuda que hace el paciente cuando se siente mal, es un acto totalmente voluntario y parte de su autonomía. Sin embargo, el contraargumento de los mismo médicos, se planteó aseverando que la prevención de un acto

suicida está dada por un “sexto sentido” que tiene el galeno, es una intranquilidad que sienten, es una mala sensación que se tiene, que de alguna forma “avisa” que el paciente se va a suicidar.

De esta forma, queda implícito en los argumentos de los psiquiatras entrevistados que no se puede significar la autonomía del paciente, debido a que para ellos está ausente, o quizá simplemente no se reconoce al paciente como un ser autónomo, inclusive como una persona con autonomía disminuida.

Finalmente, podemos apuntar de manera general que, los miembros del equipo de salud construyeron su discurso sobre el intento de suicidio y los principios bioéticos durante la entrevista con un orden gramatical, cuidando el texto, lo que pensaban y lo que decían a su interlocutor, como en la teatralidad que mencionaba Vignaux. Así, el análisis de discurso argumentado nos permitió elaborar otro discurso yuxtapuesto con intención lógica, basándonos en las significaciones que los psiquiatras quisieron transmitir, algo así como “dice algo y quiere decir algo”. Estas significaciones se representaron en operaciones discursivas (objetos del discurso, relaciones entre objetos, determinaciones, modalidades, operaciones lógicas, procedimientos de orden), y fueron enunciadas por los participantes desde su posición como expertos en el tratamiento de la enfermedad mental, específicamente del intento de suicidio, ante un interlocutor, implicado en el discurso y que también es un profesional de la salud, a quien, por lo tanto, trataron de “convencer” con argumentos que se tradujeron directa e indirectamente en juicios y aseveraciones sobre el intento de suicidio, la beneficencia y la autonomía en la práctica terapéutica.

En general, el tipo de argumentación que los psiquiatras expresaron para las consideraciones sobre el intento de suicidio fue desde el discurso médico, cuyo vocabulario incluía nociones clasificatorias (es un acto depresivo), diagnósticas (letalidad), es decir, con tecnicismos del lenguaje médico y científico, pero también con argumentaciones de tipo más sociocultural, como “el intento de suicidio es para **llamar la atención**”. De esta manera, los psiquiatras pasaban de un lenguaje a otro, notoriamente en los juicios (en forma de sustantivos y calificativos), por ejemplo, al describir “el intento de suicidio no es un acto psicótico, es “contra natura”. En sí muchas de las proposiciones al respecto del intento de suicidio se plantearon de manera demostrativa, es decir, a través de ejemplos concretos que apoyaban la argumentación en cuanto su existencia: “el intento de suicidio es por la dependencia que tiene el sujeto con su psiquiatra, por lo que este paciente le deposita a su médico”. En relación al dominio sintáctico, las proposiciones sobre el intento estuvieron ordenadas de manera lógica y argumentativa, esto significa que el discurso fue demostrativo, en el que hubo mucho de contradicción en las

relaciones sucesivas de la oración, por ejemplo “Los intento de suicidio son distintos, **pero más que** por la letalidad, **es por** la dependencia del sujeto con su psiquiatra”, entonces todos los I.S se deben a la última afirmación.

Por otro lado, la argumentación que prevaleció en cuanto a la concepción de la beneficencia, particularmente asociada a la relación médico-paciente fue muy parecida a las consideraciones sobre el intento de suicidio, sobre todo al dominio del vocabulario empleado. Sin embargo, los psiquiatras enfatizaban y repetían ciertos argumentos, tales como: “el médico es quien...construye una buena la relación con el paciente, pone límites, forma el juicio, etc.” Lo cual, explicaba que utilizaban proposiciones aludiendo a lo que está establecido como una regla en el contexto médico, y posicionándose ante ello. También sus proposiciones de beneficencia fueron de tipo demostrativo, por ejemplo “el paciente es el que tiene muchos matices durante la relación, el médico no, él siempre es quien da seguridad y tranquilidad”. La argumentación de la beneficencia se caracterizó por la yuxtaposición de términos, de manera que la utilización de adjetivos o adverbios fueron elegidos de manera voluntaria por los participantes, como “la falta de escucha es porque los pacientes quieren órdenes de sus médicos y que les digan lo que tienen que hacer, **pero** el psiquiatra perfecto es el que tiene una actitud pasiva, receptora, que guía el discurso, y eso provoca coraje y desesperación al paciente”, este mismo ejemplo nos permite mostrar que muchas proposiciones, fueron poco claras en la expresión de orden lógico, más demostrativas y analógicas, pero ciertamente ambiguas.

En relación con la autonomía, el tipo de argumentación fue de igual manera que los anteriores en cuanto al vocabulario utilizado por los psiquiatras; pero las proposiciones pasaban de un lenguaje médico-psiquiátrico a otro más sociocultural, específicamente en sus juicios (sustantivos y calificativos) como por ejemplo “Cuando el paciente se suicida, prima la autonomía, pero es visto como una desgracia”. Las proposiciones al respecto de la autonomía se plantearon en forma de sinónimos, vale decir, usando una palabra como significando de otra: “Los pacientes con intento de suicidio no tienen **conciencia** porque pierden el **juicio**”; de la misma manera las proposiciones fueron analítico-sintéticas, establecieron conceptualmente un término, que inversamente se puede descomponer para permitir su autenticidad, ejemplo de esto es “si el paciente no está de acuerdo en su tratamiento, se hace una carta responsiva **pero no es** adecuado, porque el paciente **no debe tener la responsabilidad** de querer matarse y de sentirse mal, por eso hay que hacer acuerdos-éstos **no son por la culpa** que sienta, **sino porque** parece burocrático”. Por otro lado, hubo relación entre las sucesiones de las proposiciones, éstas también fueron

lógicas, planteando la existencia y los vínculos de las situaciones, a través de argumentos demostrativos, para englobar esto se describe: “Los intentos de suicidio **ocurren (durante el tratamiento) cuando no** se tratan los sentimientos del paciente, [pero] **para eso necesitas tiempo...**”.

En otro sentido, este tipo de discurso argumentado tuvo matices distintos, debido a los años de experiencia en el trato de los pacientes con intento de suicidio, dos de los psiquiatras eran residentes y una era adscrita al servicio de consulta externa y además tenía la especialidad en tanatología; no es fortuito que sea ella, quien haya explicitado que “el médico tiene que ser paternalista y distante para trabajar con el paciente” o bien, “es un deber desvincularse de los pacientes, crear una coraza [...] es algo que es cuestión de crecimiento, de experiencia”; en cambio, los residentes de psiquiatría argumentaron sobre las emociones que suscitan este tipo de pacientes en la práctica médica, por ejemplo “la distancia entre médico y paciente es porque da terror que el paciente se coma al médico y lo inunde de sus emociones” o “a los médicos les falta aprender y utilizar la contratransferencia para saber qué hacer, diagnosticar y atender mejor a los pacientes”. Lo cierto es que estos residentes, angustiados por tener que poner en práctica lo que aprendieron en su formación de médicos y por poner en acto lo que su sentido común les dicta que debe ser: “el sentido común no se enseña, ni la intuición, pero hay que confiar en ellos para atender a los pacientes”. Son los residentes quienes soportan la responsabilidad de la “buena” atención a los pacientes que intentaron suicidarse, que como bien dicen ellos “no se sabe si vive o muere”, pero al fin y al cabo, será experimentado por ellos como un “error” médico.

6.3.3 Elementos disyuntivos y concordantes en los principios bioéticos en el discurso argumentado de los sujetos con intento suicida y del equipo de salud (psiquiatras)

El análisis de las concepciones de los principios de beneficencia y de autonomía en los discursos de los participantes, permitió identificar elementos disyuntivos y concordantes con respecto de estos principios; asimismo, dilucidar su vínculo en la terapéutica del intento de suicidio.

En el principio de beneficencia hubo factores que fueron disyuntivos y concordantes como: el beneficio del tratamiento y del medicamento, las virtudes y valores, y la concepción de lo que es una “buena” relación médico-paciente. En ocasiones, este doble estatus de los elementos, se debió a las ambigüedades en los discursos de los médicos, pues a partir de la interpretación de éstos, es que acomodaban en uno u otro punto de la concepción de beneficencia.

En los componentes disyuntivos, los pacientes aluden al principio bioético de beneficencia, y los psiquiatras hacen referencia al paternalismo médico, por ello, hay una discrepancia entre ambos actores; esto evidentemente afecta a la atención del intento de suicidio, porque parece que no hay un diálogo entre el médico y el paciente.

Las expectativas sobre el beneficio del tratamiento, incluyendo el lento efecto de los fármacos, es información que por derecho el paciente debe conocer y el médico debe proporcionársela, incluso si está en duda la autonomía del paciente. Por otro lado, sabemos que si el paciente puede tener una autonomía disminuida, no podrá tomar todas las decisiones sobre el tratamiento, pero también es cierto que el médico debe ayudar, en la medida de lo posible, a restaurar la toma de decisiones de su paciente.

Para los pacientes una “buena” relación médico-paciente pertenece al modelo interpretativo, en donde el médico es empático, escucha y acompaña a su paciente, da confianza, etc. Para los médicos, la “buena” relación está construida en el modelo paternalista, en donde el médico es “objetivo”, resuelve los problemas de su paciente, pone los límites y da órdenes. De esta forma, hay una distancia entre lo que el galeno proporciona y lo que el sujeto que intentó suicidarse demanda, en donde no hay lugar para los afectos ni para mayor tiempo de atención. En la tabla 1 se resumen los elementos disyuntivos.

TABLA 1. ELEMENTOS DISYUNTIVOS DE LA BENEFICENCIA EN SUJETOS QUE INTENTARON SUICIDARSE Y EL EQUIPO DE SALUD

Elementos del principio de beneficencia	Sujetos que intentaron suicidarse	Equipo de salud
<i>El medicamento</i>	No quita el malestar psicológico y es utilizado como método para el intento suicida.	Si hay un intento de suicidio durante el tratamiento, la respuesta médica es elevar la dosis del antidepresivo o cambiar de fármaco.
<i>El beneficio del tratamiento</i>	El beneficio debe ser inmediato.	Si no hay un pronto beneficio del tratamiento, el paciente no querrá acceder a éste; por eso no se pregunta al paciente su opinión sobre el tratamiento. Además, cuando el paciente no ve los beneficios del tratamiento y lo expresa, el médico se atemoriza porque no sabe qué hacer, y se siente cuestionado.
<i>Virtudes y valores</i>	Los valores y virtudes percibidos en los médicos fueron: la amistad, autoridad y confianza	El médico no es amigo ni confidente, es quien ayuda a resolver los problemas de los enfermos con una escucha objetiva y con medicamentos.

<i>“Buena” relación médico-paciente</i>	En ella, el médico acompaña, apoya y responde en el momento en que su paciente lo necesite o requiera. Modelo interpretativo.	Es construida por el galeno, él modula al paciente dándole órdenes para que cambie su actitud, y ya no vuelvan a atentar contra su vida. La relación debe tener: constancia negociación y límites. Modelo paternalista.
<i>Las decisiones del tratamiento</i>	Cuando no se está de acuerdo en el tratamiento.	Los pacientes no están bien para tomar decisiones (son pasivos, están deprimidos, tienen un juicio nublado).
	Cuando no toma (medicamento) el tratamiento o quiere matarse.	Se hacen acuerdos, o se hospitaliza o se piden condiciones para mantener vigilado al paciente fuera del hospital.
	Cuando no se quiere hospitalizar.	Se firma una carta responsiva que otorga la responsabilidad al paciente y libera al médico de cualquier compromiso, es una medida médico-jurídica.
<i>Los afectos</i>	Los pacientes querían que sus médicos fueran más afectivos, cálidos.	El médico tiene el deber desvincularse de los pacientes, crear una coraza que permita alejar al paciente y dejar de lado las emociones. El médico “no debe sentir”.
<i>El tiempo...</i>	Los pacientes esperaban que las sesiones duraran más tiempo, para sentirse acompañados (escucha, atención) de sus médicos.	La consulta dura 30 minutos en las instituciones públicas y privadas, y en ese tiempo no se resuelven los problemas de los pacientes, se necesitan dos horas y media.

Los elementos concordantes del principio de beneficencia están relacionados a paternalismo médico, pero sobre todo a una especie de imaginario social de lo que es el intento de suicidio y la práctica médica, o bien, el médico. En este sentido, hubo un consenso en cuanto al dolor subjetivo que caracteriza al intento de suicidio, en la utilidad del fármaco, en la demanda de ayuda que tiene los pacientes que intentan suicidarse, en las virtudes y los valores de los médicos, en el paternalismo en el que quieren ser tratados los pacientes y que los médicos practican, así como en el papel de la familia.

Las concordancias parecen tener una influencia más positiva en el tratamiento del intento de suicidio; sin embargo, nuevamente mucho del modelo paternalista prevalece y eso puede dificultar la atención. Por ejemplo, en los dos últimos puntos de la tabla 2, el mejor tratamiento para el intento de suicidio y lo que sería una “buena” relación médico-paciente, también hubo un consenso, ambos estuvieron alejados de una concepción paternalista, pero estos elementos son hipotéticos, pues no se llevan a cabo.

TABLA 2. ELEMENTOS CONCORDANTES DE LA BENEFICENCIA EN SUJETOS QUE INTENTARON SUICIDARSE Y EL EQUIPO DE SALUD

Elementos del principio de beneficencia	Sujetos que intentaron suicidarse	Equipo de salud
<i>Dolor subjetivo</i>	Es denominado como duelo, pocas ganas de vivir y miedo.	Es llamado sufrimiento.
<i>El medicamento</i>	Es un beneficio del tratamiento que alivia el malestar emocional, ansiedad, falta de sueño y angustia.	El efecto del medicamento permite que los pacientes puedan decidir por ellos mismos.
<i>La demanda</i>	El paciente quiere que le quiten el dolor subjetivo de manera rápida. Si esta demanda no es cumplida, entonces se recurre a otros métodos (consumo de alcohol o el intento de suicidio).	La demanda de los pacientes es que el médico le resuelva sus problemas; si el médico no lo ayuda, el paciente intentará quitarse la vida nuevamente.
<i>El beneficio del tratamiento</i>	Esperan que el médico los “lleven casi de la mano...para ir superando” o bien, que les den instrucciones sobre lo que tienen que hacer.	Los pacientes no quieren un beneficio, sino un médico paternalista que les diga qué hacer y cómo deben ser las cosas.
<i>El intento suicida estando en tratamiento psiquiátrico</i>	El otro que forma la díada del intento de suicidio, a quien se le quiere hacer daño, puede ser representado por los médicos.	Los pacientes que tienen una mala relación con su médico, no se sienten comprendidos, ni adaptados y se matan para agredir a su médico.
	Aunque el intento suicida es considerado un mal, se lleva a cabo al no tener un efecto benéfico con el tratamiento.	El intento de suicidio realizado durante el tratamiento es porque no se tratan los sentimientos del paciente.
<i>La virtud de la excelencia⁷</i>	El médico es un profesional, actualizado en el tema de la conducta suicida, tiene el conocimiento, incluso sabe hasta lo que no le dice el paciente.	El médico sabe qué es lo que le afecta a su paciente y actúa sobre eso para evitárselo.
<i>Virtudes y valores</i>	Los pacientes reconocieron en los médicos virtudes y valores como la paciencia y la bondad, la autoridad y la confianza.	Las virtudes y valores se manifiestan en que el médico no cambia durante el tratamiento, siempre da tranquilidad, seguridad y cuidados al paciente, porque sabe que depende de él.
<i>La confianza en la relación médico-paciente</i>	Para los pacientes, al médico “no se le oculta nada”, se le tiene que “decir todo”.	Los médicos saben que la confianza ciega que se les deposita como médicos, es un compromiso que debe estar claro para saber qué hacer más allá de los conocimientos.
<i>La familia como tercer actor</i>	La familia tiene una actitud de protección hacia un sujeto con el fin de proporcionarle un bienestar, pero no toma en cuenta su decisión, lo	A la familia se le pide tomar decisiones en cuanto a la intervención terapéutica, internamiento o remisión del paciente.

⁷ La excelencia, es cuando se ordena el saber conforme a un principio práctico.

	obliga a conducirse de determinada manera.	
<i>El mejor tratamiento para el intento de suicidio</i>	Los pacientes en general querían que sus médicos fueran más afectivos y cálidos, además esperaban que las sesiones duraran más tiempo, para estar acompañados de sus médicos.	El mejor tratamiento sería que el médico se haga presente, a través del contacto, la escucha, brindándole tiempo y espacio al paciente, mostrarle sus afectos permitidos, no ser rígido.
<i>“Buena” relación médico-paciente</i>	Es aquella donde el médico acompaña, apoya y responde en el momento en que ellos los necesitan.	El mejor tipo de relación médico-paciente debería tener tres pilares: confianza, comunicación y paciencia

Como en otro apartado se expuso, en el discurso argumentado del equipo de salud poco se hizo referencia a la autonomía de los pacientes, debido a que ésta no es reconocida. Por tanto, los elementos disyuntivos y concordantes del principio de autonomía son pocos. La concepción del intento, los valores y creencias son elementos de disenso y consenso.

Los componentes disyuntivos muestran la postura paternalista médica que describe al sujeto que intento suicidarse como una persona sin capacidad y competencia para tomar decisiones, observándolo siempre como un ente biológico; en tanto que los pacientes expresan la gradualidad de la autonomía. Asimismo, los valores y las creencias están presentes en la relación médico-paciente, aunque los psiquiatras se rehúsen a creerlo.

TABLA 3. ELEMENTOS DISYUNTIVOS DE LA AUTONOMÍA EN SUJETOS QUE INTENTARON SUICIDARSE Y EL EQUIPO DE SALUD

Elementos del principio de autonomía	Sujetos que intentaron suicidarse	Equipo de salud
<i>Conciencia, juicio y voluntad</i>	Intentar suicidarse es un acto consciente y una decisión “bien pensada”. Después del intento, la familia obliga a ir a tratamiento al paciente, hasta que éste “entra en razón” y va por su propia voluntad.	Los pacientes tienen voluntad, pero no tienen conciencia porque pierden el juicio. Para la incapacidad de juicio, el médico debe modular el sistema serotoninérgico, que reducirá la ideación suicida y evitará un nuevo intento.
<i>Valores y creencias</i>	Los pacientes expresaron sus creencias y valores en cuanto al intento de suicidio “ <i>Si voy a seguir viviendo con esta cosa de la ansiedad y todo eso, pues no ya, de veras que ya, no es bueno pedir la muerte [...] pero le digo bueno Dios perdóname pero pues ya.... ¡quítame de sufrir!</i> ”	Los posibles valores o creencias con los que se trabaja son solamente del paciente y no del médico, pero... “ <i>yo tengo...ciertas cosas muy punitivas en mi vida y creo que el intento de suicidio es como rendirte antes de luchar. O sea ¡no se vale que te rindas!</i> ”

En los elementos concordantes, la autonomía es reconocida en la conciencia de sí mismos que tienen los pacientes cuando se sienten mal nuevamente y esto los lleva a buscar ayuda. Lo demás consensos están relacionados con que los valores y creencias de los pacientes, no sólo son “respetados” por los médicos, sino que son utilizados para prevenir un nuevo intento de suicidio. Finalmente, el sentido común de los médicos, utilizado como un criterio para prevenir un suicidio, puede estar relacionado con el malestar que expresa el paciente, antes de intentar quitarse la vida.

TABLA 4. ELEMENTOS CONCORDANTES DE LA AUTONOMÍA EN SUJETOS QUE INTENTARON SUICIDARSE Y EL EQUIPO DE SALUD

Elementos del principio de autonomía	Sujetos que intentaron suicidarse	Equipo de salud
<i>El intento de suicidio</i>	Es para llamar la atención de la familia	Es para llamar la atención
<i>Búsqueda de ayuda</i>	Los pacientes fueron conscientes de que se sentían mal, que estaban perdiendo “el control”, esta conciencia de sí mismos los llevó a buscar ayuda.	Cuando los pacientes se sienten mal, buscan ayuda, esto es un acto voluntario y autónomo.
<i>Valores y creencias</i>	Los pacientes expresaron sus creencias religiosas en cuanto a su deseo de quitarse la vida. <i>“Dios... te va a llevar cuando él quiera no cuando tú quieras”... pero varias personas... se han matado y todo eso. Pero como digo “¿qué cuentas vamos a entregar allá?”</i>	Los médicos utilizan las creencias religiosas que califican al suicidio como un pecado y quien lo realiza como pecador, para “hacer entender” a los pacientes que tienen que salir adelante, y de esta forma tratan de evitar un nuevo intento.
<i>La prevención del intento de suicidio</i>	Los pacientes “recaen”, se sienten mal (deprimidos, ansiosos, desesperados) ya no se controlan e intentan suicidarse.	El “sexto sentido” que tiene el galeno es una intranquilidad que siente, es una mala sensación que se tiene, que de alguna forma “avisa” que el paciente se va a suicidar.

El paternalismo que subyace en la atención de los casos del intento de suicidio obstaculiza la presencia y acción de los principios bioéticos, beneficencia y autonomía. A pesar de que existen más elementos concordantes en la concepción de beneficencia entre los pacientes y los médicos, estos elementos pertenecen más al paternalismo médico que al principio bioético. Por otro lado, los pocos disensos y consensos en cuanto a la autonomía, permiten exponer la falta de reconocimiento de la autonomía disminuida de los sujetos que intentaron suicidarse en el discurso médico.

Los discursos yuxtapuestos de los médicos y los pacientes, parecen dar continuidad al paternalismo, y de esta forma eliminar el diálogo bioético, o por lo menos, no es a través de la beneficencia y la autonomía.

Finalmente, si el imperativo bioético es el diálogo, como su método fundante, y en la aproximación interpretativo-comprensiva la postura del investigador es la de incluirse, implicarse como sujeto de investigación, es indispensable que con base en estos supuestos exponga a continuación mi propia implicación, como una reflexión que inicia desde la elección misma del tema y que en estos momentos aún se considera inacabada, pero que la coloco al final de los resultados como parte de ellos.

6.4 IMPLICACIÓN DE LA INVESTIGADORA

El trabajo de campo representa el corazón mismo de la investigación, es el motor que genera la dirección y el proceso de avance. En la aproximación comprensivo-interpretativa, el trabajo de campo es el inicio que entreteje la madeja de la intersubjetividad y de la alteridad. Esto implica iniciar en la investigación un proceso con idas y regresos constantes, donde hay que construir junto con la teoría y los participantes un mismo objetivo, siempre teniendo presente dos elementos imprescindibles la transferencia⁸ y la ética.

Para quien no conoce la aproximación cualitativa, parecerá sencillo sólo hacer entrevistas e interpretar el discurso de los sujetos investigados, pero no es así. Se necesitan habilidades inherentes y otras que permitan mirar al mundo, al sujeto y a uno mismo de otra forma. Como en toda investigación, la densa e inmensa información por momentos me rebasó. El trabajo de análisis fue lento porque había que precisar cada momento, por qué me interesaba comprender el discurso.

Lo anterior implicó que estuviera por más de seis meses leyendo constantemente las entrevistas, esto tampoco fue fácil porque estar en contacto con el diálogo entre los pacientes y yo-investigadora recrea todo lo que en ese momento sucedió, se reviven las transferencias. Pero fue más difícil seleccionar los fragmentos de discurso que se presentaron, porque en cada entrevista había una riqueza de información que sería interminable analizarla.

Las cuestiones éticas siempre estuvieron presentes. Sabía muy bien que bajo las condiciones de la entrevista que se crearon al escuchar y hablar con el otro, mi interés por saber-

⁸ Entiéndase transferencia desde el referente psicoanalítico.

comprender estaba implícito. Esto me permitió analizar e interpretar desde mi propia implicación, como sujeto institucionalizado de una institución psiquiátrica y de una educativa, como sujeto-sujetado, como sujeto ante el otro y por el otro.

Desde el punto de vista ético, la aproximación cualitativa marca el encuentro de dos agentes morales,⁹ de dos *ethos* distintos, en un contexto histórico y cultural, con múltiples visiones, discursos y subjetividades. Es ahí donde se prioriza el intercambio de subjetividades, a través del diálogo, evidentemente ético. El diálogo, característica fundante del discurso ético, simboliza en la sociedad los valores de libertad, justicia y solidaridad. El diálogo ético es el único procedimiento que permite tanto la individualidad de los sujetos como una dimensión colectiva, solidaria, debido a que, para ser posible, se necesita que la relación entre personas dialógicas sea justa. Así, el diálogo concede el consenso entre los involucrados, en nuestro caso, dentro de la investigación.

En este proyecto, la pregunta de investigación apunta a comprender la existencia de un diálogo entre los médicos y los pacientes que intentaron suicidarse. Es decir, el diálogo no sólo era lo que se investigaba, sino lo que debía ponerse en acto. Mi cuestionamiento siempre fue cómo dialogar con los médicos y con los pacientes, cuando de antemano no sabía cómo es su diálogo.

Durante la investigación uno va teniendo distintas posturas, hay muchos movimientos en la percepción de la mirada del objeto de estudio. Ejemplo de ello, es al interpretar la información. Cuando uno lleva a cabo un análisis como el del discurso argumentado, se evidencian las construcciones de sentido sobre las enunciaciones cotidianas, científicas e ideológicas con las que los participantes significan la autonomía y la beneficencia, en estas circunstancias podía matizar el discurso que a mi juicio parecía crudo, o bien respetarlo tal cual, e interpretarlo con el sustento teórico y metodológico de la tesis, pero sobre todo, decidí hacerlo desde la psicología social, a través de la ética y la bioética con la que se escuchó, se trabajó y más que nada se propuso, como resultado no sólo de la investigación, sino como ejercicio permanente y acompañamiento de la investigación científica.

Por otro lado, sé que los dilemas éticos son inevitables dentro de la investigación y algunos son propios del investigador. Reconocer que aparecen es el primer paso, afrontarlos es el segundo, tomar las decisiones que nos permitan atenuarlos, parece que fue mi tercer paso. Aunque los

⁹ T. Engelhard (1995) define agentes morales como entidades con capacidades de discurso moral, que posee tres propiedades: autorreflexión, racionalidad y sentido moral.

dilemas no sólo se presentan en el trabajo de campo, sino en todo el proceso de investigación, incluyendo la publicación de los resultados y a veces después de finalizado el estudio.

Finalmente, el diálogo ético, permite reflexionar y cuestionar de manera crítica nuestro trabajo como investigadores; entender las relaciones de poder, las jerarquías, los valores, las emociones es parte del discurso ético que pude entablar con los investigados y conmigo. Es decir, se trata no sólo de problematizar y reflexionar de manera crítica sobre mi quehacer y “modo de ser”, es decir, mi *ethos* como investigadora, sino también de hacerme responsable y plantear un compromiso moral hacia los investigados.

CAPITULO VII. DISCUSIÓN

*El genuino conocimiento ético no distingue la teoría,
el pathos y la praxis: es decir,
el ver, el sentir y el hacer
Juliana González*

En este apartado se plantean algunas reflexiones finales que paradójicamente abren interrogantes para seguir pensando en el problema de investigación. En este sentido, la discusión queda inacabada ante la existencia de una multiplicidad de visiones de la realidad, que pueden ser interpretadas de distinta forma con otros referentes.

Iniciamos esta deliberación reflexionando sobre la propuesta de definir los conceptos con los que se trabajaría a lo largo de la investigación. Las definiciones orientaron desde el inicio, no sólo a nombrar de manera sistemática los elementos, sino a distinguirlos de su uso coloquial, a construir desde la teoría la propia concepción.

Al igual que los supuestos, la conceptualización de las nociones es siempre una directriz y una postura de cómo se conciben los objetos y el marco conceptual. La reconstrucción de diferentes definiciones permitió construir nociones particulares, aspecto que teóricamente parece ser el primer hallazgo, especialmente, la noción de intento de suicidio diádico.

La definición del intento de suicidio diádico se sustentó en el psicoanálisis con Freud y Lacan, y en la filosofía de Lévinas y Foucault, debido al sentido ético de algunos conceptos y supuestos de estas perspectivas teóricas. Es decir, elementos éticos como la presencia de la relación intersubjetiva con el otro-Otro (Lévinas, 1998; Lacan, 1981), la agresión dirigida a la otredad, y la conciencia moral, entre otros, nos permiten entender que el intento de suicidio diádico es un acto cuya autoagresión va dirigida inconscientemente o no, a otro, con la intención de lastimar, manipular o impresionar a otra persona. Así, se piensa que el sujeto suicida puede vivenciar anticipadamente las experiencias negativas del otro, a quien se dirige o se “dedica” el acto autoinfligido, y de esta manera, tener mayor control sobre ese otro (Cohen, 2007). En este sentido, el intento de suicidio diádico 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.

En relación con la conceptualización de la ética, el abordaje que se hizo de este término fue muy sucinto, debido a que la intención fue, por un lado, hacer una distinción entre ética y moral, la

ética como teoría sobre el hecho moral, y la moral como el hecho mismo (Cohen, 2006); por otro lado, que el marco de la reflexión ética sirviera como condición de posibilidad para desarrollar la investigación. Vale decir que la responsabilidad, el compromiso y el cuestionamiento ético estuvieron presentes en cada etapa del estudio, a manera de rendir cuentas del sentido y significado de nuestros actos a nosotros mismos y en relación con el otro.

Definir a la bioética tuvo el objetivo de contextualizar y sustentar la investigación en esta disciplina, en conjunto con la psicología. Entendimos que la bioética concilia saberes, experiencias, normatividades, subjetividades y poderes implicados en cualquier contexto particular de la condición humana. Por esto, el trabajo también tuvo una base conceptual de diversas disciplinas (medicina, derecho, filosofía), lo cual permitió una comprensión multidisciplinaria del fenómeno suicida.

Del marco teórico podemos discutir que se elaboró un tanto diferente a lo comúnmente elegido en los estudios de suicidio. Un problema práctico, la atención paternalista del intento de suicidio, se convierte en un dilema moral ya que en la terapéutica dos principios entran en oposición, la beneficencia y la autonomía. La única forma de cumplir con un principio es no cumpliendo con el otro. En estas circunstancias, “un deber desplazará a otro, pese a que el desplazado habría sido cumplido si no hubiera existido conflicto alguno con el que finalmente prevaleció” (Cohen, 2006, p. 201-202). Así, se planteó que el dilema ético presente en la terapéutica de los casos de intento de suicidio es una disyunción entre los principios bioéticos de beneficencia y autonomía, debido al paternalismo tradicional que prevalece en los escenarios clínicos.

Bajo esta premisa, se construyó un marco teórico que expone en primera instancia, los fundamentos bioéticos del intento de suicidio, explicitando los principios de beneficencia y autonomía entrampados histórica, social y culturalmente en el tradicional paternalismo médico. Debido a esto, como segundo momento, problematizamos la génesis de esta postura paternalista, bajo el análisis del discurso médico y jurídico, auspiciados por el bio-poder. En este orden de ideas, advertimos que la bioética podría convertirse en un nuevo bio-poder, si no reconoce y revierte la tendencia de la biopolítica, restituyendo la dignidad de la vida, a través de una política equitativa y respetuosa de la condición humana. Por eso, se ha hecho el énfasis en que desde la bioética se continúe trabajando sobre problemáticas como el intento de suicidio diádico, que hasta ahora esta disciplina no había considerado en su campo de estudio.

El tema del derecho cobra relevancia en el trabajo debido a su coyuntura con el discurso médico. Si bien es cierto que los derechos de una persona, en este caso del paciente y del médico, deben ser el último recurso para resolver dilemas éticos, lo más importante de exponerlos en esta investigación fue el sentido expreso de conocerlos, con la finalidad de determinar que cualquier transgresión deliberada en la terapéutica del intento de suicidio diádico, no debería de permitirse, ni moral, ni ética, ni jurídicamente.

De manera general, el marco teórico se sustentó en el principialismo bioético. El principialismo es una de las escuelas más “antiguas” de la bioética, de mayor recurrencia en los estudios de investigación biomédica, pero ampliamente criticada por los problemas de jerarquización de los principios en su aplicación en ciertos escenarios, como en la salud pública (Schramm y Kottow, 2001). En este sentido, se nos puede cuestionar que nos limitamos a analizar desde el punto de vista principialista el fenómeno suicida, lo que significaría no identificar otros aspectos importantes, particularmente la toma de decisiones. No obstante, esta investigación es una primera aproximación para comprender los dilemas bioéticos que están comprometidos en la terapéutica del intento de suicidio. Hasta ahora sabemos que la conducta suicida ha sido tratada clínicamente con un modelo tradicional de la relación médico-paciente, pero no conocíamos cuáles eran los elementos paradójicos bioéticos que pudieran dificultar la atención y prevención del intento de suicidio. Por ello, este inicial acercamiento con la bioética lo hicimos a través de sus principios, y no desde una ética de la responsabilidad o de la protección (Schramm y Kottow, 2001).

Además del principialismo, incluimos en el marco teórico, la teoría de la ética de la virtud, de Aristóteles, para comprender el objeto de estudio. Del mismo modo, se nos puede objetar intentar combinar ambas teorías, apelando a que se yuxtaponen y a que en el trabajo no se llega a construir una perspectiva que las articule. Lo cierto es que la verdadera intención no fue articular estas posturas teóricas; más bien, complementarlas desde la vía de reflexión ontológica, como lo explicitan Luna y Salles (1995):

los eticistas de la virtud señalan que en bioética este enfoque es fundamental para complementar las teorías principialistas que se concentran sobre todo en los principios y las acciones humanas. Subrayan que, dado que en la mayoría de los casos es el médico el que interpreta principios morales, los ordena de acuerdo a su importancia y los aplica; su carácter moral no puede ser ignorado. Así, tratan de compatibilizar los diferentes enfoques éticos señalando que son las virtudes las que llevan a una persona a seleccionar ciertos principios de acción moral en vez de otros (p.23).

Finalmente, desde el campo de la psicología, se procuró comprender los significados subjetivos de dichos dilemas y los principios bioéticos que expresaron los sujetos que intentaron quitarse la vida y el equipo de salud tratante. Asimismo, desde esta área se plantearon los aspectos teórico- metodológicos.

En cuanto al método, la aproximación comprensivo-interpretativa, como *episteme*¹⁰ se fundamenta en su carácter reflexivo y conceptual, que nos acercó a un saber científico comprendido como parte de una realidad, narrada a través de sus propios actores. La aproximación cualitativa plantea una relación sujeto-sujeto, es decir, se reconoce la alteridad de los actores y se prioriza el diálogo intersubjetivo. La enunciación de estos supuestos, nos permitió advertir las implicaciones éticas manifestadas en la *praxis*, en donde se convirtieron en cuestionamientos para la investigadora. Por ejemplo, considerar los supuestos mínimos de las relaciones humanas como respeto, igualdad entre personas y dignidad que permitan al participante colaborar en la construcción y transformación del objeto de estudio. Lo anterior dejó al descubierto la necesidad de continuar deliberando sobre este tema en futuras investigaciones.

En relación a los resultados, iniciaremos haciendo una cavilación sobre el trabajo de campo, el cual representa un acercamiento con la realidad en un contexto metodológico-dialógico. En este proceso se involucra una serie de consideraciones políticas, históricas y culturales del investigador, y los participantes, aspectos como la edad, el sexo, la educación intervienen en la construcción del material de campo, en el tipo de datos o información, en el conocimiento que se produce, en la relación entre los actores sociales implicados y en la situación.

Un punto importante a considerar por el grado de implicación, es la posición ética y política. Primero, la importancia de la no neutralidad del investigador, siempre pensar en el efecto o lo que provoca hablar del intento de suicidio en los participantes¹¹ y lo que esto “despierta” cuando el investigador dentro del dispositivo invita a evocar recuerdos, sensaciones, sentimientos, etc., por lo que se requiere la capacidad de respuesta ante estas necesidades o situaciones de la investigación.

Segundo, este punto se vincula con el anterior, si lo entendemos bajo el concepto de intervención, el cual incluye la producción de conocimiento y por tanto un ejercicio de poder. Asimismo, pensar que, como el manejo de información de esta investigación será en círculos

¹⁰ Véase el Glosario.

¹¹ Tanto en los sujetos que han intentado suicidarse como en el equipo de salud.

académicos, es relevante cuestionarse la postura ética y política, así como subsanar bajo nuestras posibilidades estos dilemas, reconociéndolos y respetando la dignidad de cada sujeto.

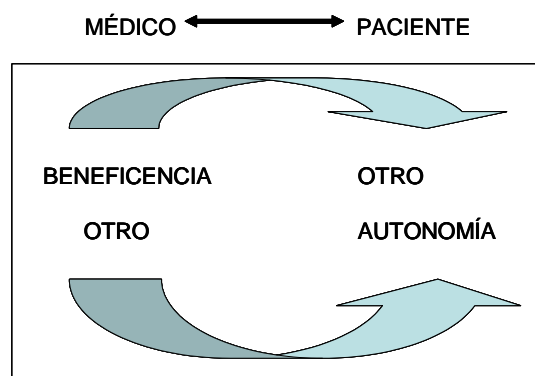
El tercer punto importante fue la información recabada. A este respecto Amuchástegui (2001) menciona que la experiencia de otras personas no es algo que se puede conocer de manera directa, sino a través de un proceso interpretativo; no es la experiencia lo que se puede conocer, sino la construcción de ésta en el encuentro en donde se narre, y donde el oyente interviene en la interacción de esta teatralidad de significados.

El interés de esta investigación radicó en encontrar el significado de las concepciones bioéticas (autonomía y beneficencia) para posteriormente, interpretar los elementos, disyuntivos o concordantes, en estos discursos, en esa experiencia de quien ya ha estado cerca del intento de suicidio, como ejecutor del acto en sí o como proveedor de un tratamiento para las consecuencias o motivaciones de dicha conducta. En el caso de los sujetos con intento de suicidio, se respetó el discurso como experiencia, más allá de enmarcar su discurso a un diagnóstico clínico.¹²

Bajo los supuestos anteriores, discutimos primeramente algunos temas centrales para este capítulo. Empezaremos con la importancia del otro, en tanto persona y en tanto cosa diferente, como otro radical (Mondragón, 2005). La presencia del otro como parte constitutiva de la subjetividad, representa por un lado, la relación del sujeto dentro de su colectividad y por otro lado, explica el vínculo del sujeto que intentó suicidarse con el orden social y sus procesos. Es decir, el intento de suicidio diádico exige la figura del otro, para formar la díada, significante del suicidio.

Por otro lado, los dos principios bioéticos, beneficencia y autonomía, también requieren de otro. En la beneficencia es claro que el otro será el beneficiario de una acción. En la autonomía, el otro será quien reconozca la capacidad y competencia autónoma del sujeto. Así, en la relación médico-paciente se distingue la presencia del otro, en donde el médico siempre será un otro diferente para el paciente y viceversa, por ello, es importante que entre ellos se establezca una “buena” relación, de otra forma, serían alteridades desconocidas. En el siguiente esquema se ejemplifica lo anterior.

¹² El análisis de la información no se basa en el discurso de un diagnóstico. Debido a tres motivos, primero porque yo no tengo una formación clínica que me permita confirmar un diagnóstico; segundo, si tomara en cuenta al diagnóstico, estaría legitimando al médico psiquiatra; tercero, nuevamente me posicionaría en el lugar del poder y haría una clasificación de los sujetos.



Trabajar la presencia de la otredad en esta investigación, permitió acceder al elemento propuesto desde la consideración ontológica y epistemológica del presente estudio: el diálogo, como característica fundante del discurso ético y como supuesto central del método cualitativo, que ha matizado y determinado esta investigación.

Es a través del diálogo que en el marco teórico, como ya se mencionó, se pudieron conjuntar posturas, conceptos, nociones, postulados y supuestos de varias disciplinas como: medicina, filosofía, derecho y principalmente psicología, que son acogidas en el discurso bioético, el cual conjugó los distintos saberes insertados en el contexto de la terapéutica del intento suicida.

En el método, el diálogo formó parte elemental para aproximarnos a la disyunción o conjunción de los significados de los principios bioéticos, en los discursos de los principales actores (personas con intento de suicidio y psiquiatras), en donde se planteó implícitamente la dialogicidad que permea la relación médico-paciente. Al mismo tiempo, para lograr el objetivo, teníamos que entablar un diálogo con los involucrados, incluyendo a la investigadora.

En los resultados, el diálogo fue analizado a través del discurso argumentado. Por cuestiones de índole metodológica, el diálogo aparece en forma de segmentos que contienen los argumentos que orientan la comprensión e interpretación de la información. Por ello, no consideramos estos segmentos, en su sentido más estricto, como extractos de las entrevistas, ni pedazos de conversaciones en forma breve. La representatividad¹³ de cada segmento de discurso seleccionando toma en cuenta el sentido y significado de los datos, la interpretación de los participantes sobre su experiencia en la terapéutica del intento suicida, a través de la interpretación de la investigadora. En ningún momento, estos discursos son vistos desde una perspectiva anecdótica, sino desde su cuestión epistémica y del diálogo intersubjetivo.

¹³El término representatividad hace alusión a la importancia de elegir los segmentos, lo que representan. Lo planteado no tiene ninguna relación con el criterio de representatividad estadística de una muestra.

Considerando la implicación de estos elementos en el trabajo de investigación, abordamos los aspectos más significativos de los resultados a fin de discutirlos de manera profunda y sistemática, para así llegar a la comprensión de la problemática expuesta en el estudio.

Del tema del intento de suicidio diádico existen aspectos que podríamos comparar con la literatura sobre el tema, pero éste no fue el objetivo de la investigación. Sin embargo, retomamos tres puntos que quedan a merced de la discusión y reflexión bioética. El primer punto es la moralidad que caracteriza el intento de suicidio diádico; el segundo es el motivo del intento, y el tercero es el dolor subjetivo que determina dicho tipo de conducta suicida.

Desde el punto de vista psicológico, el intento de suicidio se deriva de dos tendencias: una que impulsa al individuo a autodañarse y a autodestruirse, y otra que lo impulsa a buscar que otros seres humanos muestren preocupación por él (Narvéez et al., 1991). En la filosofía moral esta manera de quitarse la vida, es un desafío por ser pensada voluntaria y deliberadamente. Socioculturalmente, el intento suicida es una acción que condena a la estigmatización del sujeto como pecador, criminal, irracional y malo (Szasz, 2002). Así, el intento de acabar con la propia vida, como ningún otro tipo de acto suicida, involucra un contenido altamente moral.

Entendemos que el intento suicida es una agresión interiorizada dirigida hacia otro, con quien se establece la relación diádica, en donde hay una perturbación en el plano moral, que los sujetos expresaron como: las infidelidades del esposo, la mala relación con la madre, y la no aceptación de la orientación sexual, que son perturbaciones insoportables para el sujeto con intento suicida, lo cual, le conduce a desear destruir las, pero ante las prohibiciones morales, en la conciencia moral internalizada, se derivan a una agresión volcada hacia sí mismo, tratando entonces de autodestruirse. De esta forma, y con la relación diádica, el sujeto suicida podría vivenciar previamente las experiencias negativas del otro, a quien se dirige el acto autoinfligido.

Ahora podríamos entender el cuestionamiento sobre qué sujeto con conciencia ética desafía a su comunidad con un intento suicida diádico. El sujeto con conciencia ética que intenta quitarse la vida puede ser aquél que quizá realiza dicho acto motivado por la humillación provocada por la infidelidad del esposo, por la mala relación con la madre, y por la no aceptación familiar de la preferencia sexual. Es decir, si bien es cierto que los motivos y causas de los intentos suicidas tienen que ver con explicaciones psicológicas, ambos intervienen para realizar una acción, y ésta en tanto acto humano, es acto moral objeto de valoración (Sagols et al., 2005), por ello, es que en este marco podrían ser también interpretadas como perturbaciones morales. La infidelidad es considerada como una inmoralidad, asimismo, la homosexualidad continúa siendo calificada como

inmoral en algunas sociedades, en ciertas morales. La mala relación con la madre, en el caso de Aída se da porque ella tuvo un hijo fuera del matrimonio, en su juventud, el cual se queda al cuidado de la madre, nuevamente las razones pudieran ser de índole moral.

Quizá este contenido moral implícito en los motivos de los intentos de suicidio, tenga una fuerte influencia en los juicios de valor del médico que atiende a estos pacientes, pues no sólo el acto del intento de suicidio como tal pudiera suscitar un juicio moral, como considerarlo un acto de insanidad, para llamar la atención o contra natura, sino también los motivos pueden ser objeto de evaluaciones morales, que en muchas ocasiones suelen estigmatizar al sujeto mismo. La presencia de valores y creencias del médico, en este sentido, son más que el valor de la vida que está en juego. Por ello, fue importante que hiciéramos una observación en el contenido moral de estos motivos.

También, en el malestar psicológico que caracteriza los intentos de suicidio de estos sujetos, existe el dolor subjetivo denominado por ellos como duelo, en Gloria, pocas ganas de vivir, en Aída, y el miedo a la inminente enfermedad mortal, en Enrique; en concordancia con los pacientes, los psiquiatras denominaron este dolor subjetivo como sufrimiento. El conflicto psíquico que provoca un dolor psicológico distingue al suicidio diádico de otros tipos de suicidio, pero sobre todo abre la posibilidad de deliberar la postura bioética en la problemática suicida diádica, con el fin de poder atender a estos sujetos desde el respeto de la dignidad, integridad y responsabilidad de la reflexión ética en conjunción con otras disciplinas, como la psicología.

Ahora bien, en los discursos de los sujetos que intentaron suicidarse y de los miembros del equipo de salud, son muy notorios los elementos bioéticos implicados. Si bien es cierto que esta investigación se centra específicamente en los principios de beneficencia y autonomía, no podemos dejar de lado la manifestación de los otros dos principios: justicia y no-maleficencia, que completan los cuatro principios bioéticos. De estos últimos, sólo discutiremos la importancia de su presencia en los argumentos de los participantes que nos da para continuar y profundizar por esa línea de investigación.

7.1 PRINCIPIO DE BENEFICENCIA

Los médicos y enfermeras del servicio de urgencias, de los hospitales públicos y de clínicas privadas donde los sujetos que intentaron suicidarse recibieron auxilio médico, a decir de ellos, adoptaron una posición paternalista cumpliendo con el deber profesional y moral de restaurar la

salud de estos pacientes, juzgando lo que es mejor para el enfermo, sin contar con su consentimiento, pues se le consideró como una persona sin capacidad autónoma.

Es cierto que la atención médica después de un intento suicida es una situación llena de angustia y de incertidumbre; bajo este argumento, el médico será quien con base en sus capacidades determina la condición del paciente, toma decisiones, el control del paciente y la responsabilidad de conseguir un clima de certidumbre con el fin de restaurar la salud del sujeto. Lo criticable del paternalismo es que esta conducta o actitud de protección hacia un sujeto con el fin de proporcionarle un bienestar o evitarle un malestar, sea sin tomar en cuenta sus decisiones, valores, manifestaciones, etc.; obligándolo, en ocasiones, a conducirse de determinada manera, dejando de lado a la persona, lo que cree, siente y piensa, considerando únicamente a juicio médico lo que es mejor para el paciente.

Pero no sólo el personal de salud es paternalista, también se convierten en una especie de juez moral que “debe” dejar claro que él y la sociedad que representa desapruaban comportamientos como el intento de suicidio, que aún cuando se ha considerado parte de la enfermedad mental, continúa calificándose como un acto contra natura.¹⁴ De esta forma, la respuesta al desafío que el sujeto hizo a su comunidad con el acto de quitarse la vida, es el regaño, la burla, la amenaza y el castigo. Lo cual hace pensar que tal vez aún existe como en antaño, la idea religiosa del suicidio como pecado y entonces “sólo las malas personas o acciones merecen “castigo” (Szasz, 2002, p. 103). En el caso de Gloria, este maltrato aumentó porque los médicos sabían que ella también era médico, quizá porque ahora era “juez y parte” y eso es menos permitido, más castigado, por ello las frases de “*ahora se aguanta*” y “*vas a ver...lo que te toca*”.

El maltrato hacia los pacientes con intento de suicidio, nos remite a evidenciar una locura que oscila entre la moral y la patología. Moralmente, el suicidio continúa siendo considerado tanto un acto motivado e intencionado, como un “arrebato de locura”. Además, como lo expresaron los propios psiquiatras, el intento es visto y tratado en los servicios de urgencias, como algo nervioso, en su sentido subjetivo, ya que no es un mal que aparezca en las radiografías o en los resultados de laboratorio. Visto patológicamente, el intento suicida es una conducta desaprobada que debe ser clasificada como un síntoma de la enfermedad, por ser ésta la “causa” de acciones o sentimientos no buscados por parte del sujeto; la enfermedad, como Aristóteles apuntó, haría del enfermo un sujeto incapaz de prudencia (*phrónesis*), perturbándole el juicio moral.

¹⁴ Aunque habría que pensar que es absurdo considerar como antinatural un comportamiento que se consuma con tanta frecuencia, y más bien, que es la naturaleza de la sociedad la que genera muchos suicidios o intentos (Marx, 2006).

Lo anterior, presenta dos implicaciones, por un lado, no se ve al paciente como un ser malvado por su acto, pero puede ser estigmatizado al considerarlo como loco; por otro lado, el psiquiatra toma el control del paciente, la responsabilidad del psiquiatra será tratar al paciente con tendencias suicidas, incluso contra su voluntad. En sí, el suicidio es estigmatizado por las moralidades y por la medicina (psiquiatría). Por ello, en los resultados queda explícito que, para algunos médicos y enfermeras que atienden a los pacientes que se autolesionan, lo que sigue después del intento “no se trata de medicinas, sino de echarle ganas”, quizá bajo esta idea, la remisión o canalización al servicio especializado de salud mental o psiquiatría, no tenga ningún sentido; de hecho, sólo se remite al paciente a alguno de esos servicios cuando el médico ya no sabe qué hacer con el paciente o con su problemática. De esta forma, el paternalismo se muestra, pues son los médicos quienes deciden lo que es mejor para el paciente; para qué las medicinas sino se está enfermo, es cuestión de fuerza de voluntad, como lo mencionó un paciente.

Por otro lado, el tratamiento psiquiátrico que reciben los pacientes en consulta externa tiene la consigna del razonamiento psiquiátrico en defensa de la prevención del suicidio, esto es, un tratamiento adecuado de la enfermedad mental elimina la causa del suicidio y previene contra un desenlace fatal (Szasz, 2002). En este sentido, la psiquiatría y la sociedad, tratan de desestigmatizar el suicidio mediante la medicalización de sus manifestaciones, así atribuyen todo a dicha conducta patológica, excepto a la voluntad del sujeto. El tratamiento es principalmente farmacológico. El medicamento, específicamente el efecto de éste, fue visto por los psiquiatras como un elemento necesario para que los pacientes puedan decidir por ellos mismos. Por ello, ante un intento de suicidio durante el tratamiento, la acción médica es elevar la dosis o cambiar el fármaco. El medicamento se convierte en un medio para restaurar la autonomía de los enfermos, tal vez, sólo su efecto permita “reconocer” la autodeterminación de las personas. Pero más bien, como lo menciona Maglio (1996), “llevados por la buena intención de mejorar algunos parámetros biológicos ejercemos a la postre un control tal sobre el paciente que “medicalizamos” su vida, posponiendo sus propios proyectos a nuestros objetivos terapéuticos y allí es cuando “enfermamos curando” (p. 3); sobre todo porque se sabe que algunos de estos medicamentos prescritos, como los antidepresivos, no reducen los suicidios (Brook, Klap, Liao y Wells, 2006).

Para los pacientes, el medicamento representó el beneficio del tratamiento que puede paliar el malestar emocional, ansiedad, falta de sueño, angustia; pero también es considerado un mal, no les quitó su mal, el dolor psicológico que provoca la humillación por la infidelidad, o la aceptación

de haber contraído una enfermedad mortal, y principalmente fue la vía de acceso como método utilizado para el intento suicida, por lo menos en Gloria y Enrique.

De esta forma, en los discursos de los pacientes existe la demanda de “quitar el mal subjetivo”¹⁵ de manera rápida. Si esta demanda no es cumplida, entonces se recurre a otros métodos. En el caso de Aída, ella recurre al consumo de alcohol, ingería vino, para tratar de dormir y “perdersé” pues el diazepam, le quita la ansiedad, pero no la deja dormir. En Gloria, ella incurre en el intento de suicidio porque dice: “el antidepresivo que estaba tomando no estaba haciendo...efecto”. Para los psiquiatras, la demanda de los pacientes no es que les “quite el mal subjetivo”, sino que les resuelva sus problemas; si el médico no accede a su demanda de ayuda o los “salva”, el paciente tratará de atentar contra su vida. Queda claro que con el tema de la demanda se evidencia el vínculo entre el médico y el paciente.

En el mismo sentido, el beneficio que demandan los sujetos con intento suicida al especialista debe ser inmediato. La impulsividad que en ocasiones caracteriza a las conductas suicidas quizá se encuentre presente en este tipo de acciones terapéuticas. Por ejemplo, cuando el paciente no ve los beneficios del tratamiento y lo expresa, el médico se atemoriza porque no sabe qué hacer, y se siente cuestionado, al pensar que el paciente no querrá acceder al tratamiento cuando él le explique que no existe un pronto beneficio. Es esta una de las posibles razones por las cuales los médicos no preguntan a sus pacientes su opinión sobre el tratamiento; además, hacerlo sería reconocer la autonomía de ellos.

Los psiquiatras mencionaron como beneficios del tratamiento para los pacientes, la empatía y el proceso terapéutico del médico. Sin embargo, argumentaron que los pacientes no quieren un beneficio, sino un médico paternalista que les diga qué hacer y cómo deben ser las cosas. En concordancia con los galenos, los sujetos que intentaron suicidarse, expresaron la imperiosa necesidad de indicaciones terapéuticas a realizar, las cuales señalan una autonomía disminuida,¹⁶ al esperar del médico las instrucciones, ya sea verbales o a través de la prescripción de los medicamentos.

Además del tratamiento psiquiátrico, se alternan otras terapéuticas como el psicoanálisis. Se busca tanto otro tipo de disciplinas como de métodos de tratamiento, para poder estar mejor, curarse, o en términos autónomos, realizarse. Es importante señalar que la psiquiatría y el

¹⁵ Esta es una expresión mía.

¹⁶ El término autonomía disminuida y autonomía reducida, son utilizados en este trabajo de manera indistinta.

psicoanálisis plantean de distinta forma el fenómeno suicida, por ende, un sujeto diferente; en la primera es un sujeto objetivado y en la segunda un sujeto del inconsciente, es decir, sujetos con autonomía disímil, lo cual conlleva a dos posturas éticas radicales, una de la beneficencia la otra del discurso. Para los psiquiatras, la diferencia entre psiquiatría y psicoanálisis está en la escucha. Ernesto afirmó que la mejor escucha en psiquiatría es enfocarse en el problema actual y en el motivo que genera el intento de suicidio, no como en el psicoanálisis, que analiza toda la vida, aquí hay que escuchar las partes que “digan” por qué el paciente quiere matarse; parece que es mejor fragmentar el discurso para escuchar sólo que se quiere o lo que puede o se sabe manejar.

Estas distinciones de la psiquiatría y el psicoanálisis, se muestran en el caso de Gloria, ella se siente “entre la espada y la pared”, no sólo porque las indicaciones terapéuticas son distintas, sino porque en el psicoanálisis ella tendrá que tomar sus propias decisiones, a través de sus propios deseos y pulsiones, no recibirá “recomendaciones u opiniones”, trabajará desde su inconsciente, la subjetividad, sus síntomas y su duelo, y sobre todo la transferencia con su analista. En su tratamiento psiquiátrico, Gloria tendrá que trabajar su malestar con medicamentos que aminoren sus síntomas físicos, admitirá “opiniones, recomendaciones” “que la pongan en su lugar”.

Gloria también señaló las diferencias entre sus tratamientos a través de lo que demanda: “que me lleven casi de la mano... para ir yo superando [psicoanálisis], y en la otra es como la nalgada... de esto es lo que tienes que hacer [psiquiátrico]”, en otras palabras, lo que ella quiere o demanda es quizá una relación paternalista. Los médicos han copiado el modelo del padre de familia, donde más que paternal se convierte en paternalista (Gracia, 1999), quien puede llevar de la mano o dar nalgadas, vale decir, proteger o castigar. Sólo un médico paternalista es visto como un patriarca, que domina a su paciente y exige obediencia, y sumisión.

Entonces, cómo explicar que Gloria haya sido la única de los tres participantes, que realizó uno de sus intentos suicidas estando en tratamiento psiquiátrico y psicoanalítico; tal vez el planteamiento de la libre elección para atentar contra su vida queda, tiempo más tarde, reducido al sometimiento beneficente y a veces paternalista del médico, y de la familia.

Ante esta explicación podemos entender que psicológicamente, el otro que forma la díada del intento de suicidio, a quien se le quiere hacer daño, también puede ser representado por un otro, en este caso las terapeutas de Gloria se convierten en ese otro, a quien se dirige o se “dedica” el acto autoinfligido. Una interpretación similar la enunciaron los psiquiatras, al plantear que los pacientes que no se sienten comprendidos, adaptados y se matan para agredir a su médico, es porque llevaron una relación médico-paciente mala.

Por otro lado, la explicación de que Gloria intentó suicidarse estando bajo tratamiento, se puede entender desde la beneficencia, en la que el deber principal del médico o profesional de la salud será evitar un nuevo intento de suicidio o bien el suicidio consumado; entonces, el intento suicida de Gloria puede traducirse en un mal, y porque sus tratamientos no tuvieron ningún beneficio para ella. La explicación de los médicos es que el intento de suicidio realizado durante el tratamiento es porque no se tratan los sentimientos del paciente, saben que eso lleva tiempo, y en el breve tiempo de consulta es difícil abordarlos. En este caso, no podemos hablar del principio de beneficencia propiamente, sino del de no-maleficencia, es decir, ante todo no hacer daño.

Así, aplicar un tratamiento que puede resultar en un mal, intento suicida, es una ausencia de la beneficencia y entonces, ante este riesgo hay que plantear el principio de no-maleficencia. Este último principio, explica que ante todo no se debe hacer o provocar ningún daño, debiéndose evitar o prevenir los daños innecesarios en cualquier atención.

El principio de no-maleficencia, está asociado con el *dictum* hipocrático “primero no dañar”; al igual que el principio de beneficencia (Lolas, 2002), nace en un marco médico, es más antiguo que el segundo principio, y su aplicación generalmente siempre ha sido ante dilemas biomédicos. La distinción entre ambos principios, es que la no-maleficencia evita los daños, en cambio, la beneficencia pondera los beneficios y riesgos, buscando que los primeros sean mayores que los últimos.

Es cierto que beneficencia y no-maleficencia pueden estar juntas, no son principios que se contrapongan; sin embargo, en algunas ocasiones el principio de no-maleficencia cobra mayor relevancia que el de beneficencia. Esta investigación planteó desde un inicio únicamente el principio de beneficencia, pero ahora sabemos que en casi todas las situaciones dilemáticas entran en juego los cuatro principios bioéticos: autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia, este último se retomará más adelante.

De esta forma, es importante mencionar que el intento de suicidio llevado a cabo durante el tratamiento puede interpretarse como una violación al principio de no-maleficencia, es decir, el médico tiene el imperativo de ante todo no provocar ningún daño, en este caso, el tratamiento podría no tener resultados benéficos, pero de ninguna manera perjudicaría al paciente. Por otro lado, esta misma situación del intento suicida durante el tratamiento puede explicarse como un mal desde el principio de la beneficencia, puesto que este principio conlleva a la obligación de justificar los beneficios, superando, cualquier efecto negativo que pudiera tener la intervención. Si se considera que el tratamiento psiquiátrico es para prevenir que el paciente atente contra su propia

vida nuevamente, entonces, la ejecución de este acto puede suponerse como resultante negativo de la terapéutica, y así, entenderse como un mal.

Por lo anterior, el principio de beneficencia, más que el principio de no maleficencia, plantea mayores obligaciones para los galenos a fin de evitar daños o males y procurar beneficios o bienes. En este sentido, se consideraron las virtudes y deberes de los médicos como bienes, en beneficios para los pacientes, además de reconocerse como una parte primordial en la relación médico-paciente.

Así, cuando el médico interpreta los principios morales y los ordena de acuerdo con su importancia, los aplica con base en sus virtudes, ya que éstas permiten a una persona elegir ciertos principios de acción moral en vez de otros (Luna y Salles, 1995). Ya Aristóteles ([330 a. C.] 1970) consideraba que las virtudes no son cualidades innatas de las personas, sino que se generan mediante el hábito adquirido. Las virtudes son hábitos que se eligen voluntariamente para uno mismo o para los demás. Si la virtud es la excelencia, la realización suprema del “bien” y un hombre virtuoso es quien busca ser ese hombre de la mejor forma posible, conociendo el bien y siendo al mismo tiempo bueno, entonces el médico, de acuerdo a sus pacientes, es virtuoso.

Un médico virtuoso es aquel que debe estar “preparado”, es decir, ser un profesional, actualizado en el tema de la conducta suicida, quizá esto signifique tener el conocimiento, incluso, tener el saber de lo que no le dice el paciente, como Enrique, quien supuso que su psiquiatra por ser psiquiatra, sabría que él era gay sin que se lo dijera; Ernesto, argumentó que el médico sabe qué es lo que le afecta a su paciente y actúa sobre eso para evitárselo. De esta forma, el médico virtuoso continúa siendo el que tiene la capacidad plenamente desarrollada- toda excelencia y conocimiento- que permite a quien la posee, destacar ante los demás. Otras virtudes que los pacientes le depositaron al médico fueron la paciencia y la bondad. Así, la paciencia y la bondad expresan la incorporación del valor a los propios actos, el esfuerzo por aplicarlos a la realidad concreta de la propia persona y en la sociedad (Sagols et al., 2005; Luna y Salles, 1995), por ello son “dignas de alabanza”, según enunciaron literalmente los pacientes.

La virtud se considera como la decisión ética de llevar a la práctica los valores, las virtudes objetivan los valores (Sagols et al., 2005). En este sentido, los valores asociados a los médicos fueron la amistad, autoridad y confianza. El médico puede ser una persona con autoridad porque “responde” a lo que el paciente pregunta, da la “recomendación, la opinión”, pero también puede considerarse como un amigo. En cambio, para los psiquiatras el médico no es amigo ni confidente, sino alguien que ayuda a resolver los problemas de los enfermos con una escucha más objetiva y

con fármacos. Lo que llama la atención es el disenso en cuanto a la amistad ¿por qué los pacientes ven en el médico a un amigo? La amistad, es una forma de amor que se siente hacia los demás, es un vínculo que puede encarnarse en figuras diversas. Tener un amigo asegura, además de momentos agradables, la disposición a ser escuchado y comprendido, y por ende, a encontrarse consigo mismo. Pero la mayoría de los amigos son temporales y contingentes. Son quizá estas cualidades del valor de la amistad por lo que pacientes consideran a su médico como un amigo, sin embargo, los galenos no lo ven así. Aristóteles, en su obra *Ética Nicomaquea* expone algunas condiciones que diferencian la amistad de otro tipo de relaciones humanas, entre ellas, la condición de reciprocidad de sentimientos y la condición de igualdad, el filósofo griego dice que “un dios y un hombre no podrían ser amigos” (citado en Cohen, 2006, p. 166).

Si los galenos expresaran sus afectos como amigos o confidentes de sus pacientes, podría pasar que en la relación médico-paciente se distorsione la imagen que el propio médico tiene de él, o bien, que el paciente puede faltarle al respeto o dejarlo de ver con autoridad. Vale decir, el temor es a dejar de ser valorado o a que no se le reconozcan sus virtudes y valores como médico. Para los galenos, sus valores se manifiestan en el hecho de que el médico no cambia durante el tratamiento, siempre da tranquilidad, seguridad y cuidados al paciente, porque sabe que depende de él. Nuevamente se exaltan los valores, como criterios generales del bien, como ideales a cumplir.

Los argumentos de los sujetos que intentaron suicidarse afirmaron el concepto de virtud como un carácter normativo, es decir, los médicos “deben y tienen” que ser así; sin embargo, las virtudes son disposiciones voluntarias que consisten en un término medio (*Mesotés*), buscado a través de la *frónesis*, prudencia o moderación, en relación con nosotros mismos, entre dos vicios-uno por exceso y otro por defecto- (Aristóteles, [330 a. C] 1970). A pesar de que parece ser que los médicos no encontraron el justo medio de sus virtudes, éstas se consideraron bienes.

En cuanto a los deberes y obligaciones, el médico virtuoso tendrá que hacer primar el bienestar y la salud de su paciente durante todo su tratamiento y, deberá ser un médico con pericia en el tema de la conducta suicida, estar “preparado” como lo refieren los pacientes. En síntesis, la obligación de los médicos para beneficiar a sus pacientes, en conjunto con sus virtudes, son considerados bienes que forman parte de la relación médico-paciente.

Otro bien de la beneficencia es una “buena” relación médico-paciente, para los pacientes ésta es aquella donde el médico acompaña, apoya y responde en el momento en que ellos lo necesitan; estas características pertenecen a un modelo interpretativo. Para los psiquiatras, contrariamente, la “buena” relación la construye el médico, ya que él es quien modula al paciente

dándole órdenes para que cambie su actitud, y ya no vuelvan a atentar contra su vida. Dicho tipo de relación debe contener constancia, negociación y límites, al mismo tiempo, hay que involucrar a la familia, pero su funcionamiento es responsabilidad del médico. Sin embargo, los médicos mencionaron que la relación con el paciente que intentó suicidarse es difícil, a pesar de ser flexible y tener varias etapas. Estas peculiaridades no conciernen a un modelo interpretativo, sino al tradicional paternalismo.

La confianza es fundamental en el binomio médico-paciente. Según los pacientes, al médico “no se le oculta nada”, se le tiene que “decir todo”. La confianza puede darse porque existe un vínculo de confidencialidad. En el juramento de Hipócrates se manifiesta el secreto profesional como parte de la actividad médica: “Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba divulgarse, lo callaré teniéndolo por secreto”. Sólo en casos “extremos”, en donde la vida del paciente esté en riesgo se puede romper la confidencialidad. Por ejemplo, el médico siempre debe avisar a los familiares del paciente de la posibilidad de un acto suicida, aunque el paciente no quiera que se le avise a su familia y a pesar de que esto rompa la confidencialidad, ya que es una medida médica, ética y burocrática. No obstante, la confidencialidad invita a la confianza, los pacientes saben que la información que se le otorga al médico no será revelada a su familia. En este sentido, el médico también es representado como un confesor, desde un sentido más religioso, el médico como portador del mandato divino y de un saber (Gil, 2004). Así, el médico “tiene que saber todo”, de cualquier manera lo sabrá sin decirlo, como anteriormente se mencionó. Pareciera que se le atribuyen actitudes sacerdotales de tener el poder sobre la vida y muerte del paciente, sobre sus pensamientos, sobre sus acciones. Al mismo tiempo, el médico será una autoridad moral que deberá saber todo acerca de su paciente. En el juramento hipocrático, esta idea también es planteada en el momento de concebir a la medicina como un arte de sanación.

Por su parte, los médicos saben que deben cumplir con este mandato hipocrático; al respecto, una de las psiquiatras mencionó que la confianza ciega que se les deposita como médicos, es un compromiso que debe estar claro para saber qué hacer más allá de otra “cosa”, como los conocimientos, ya que estos, es decir, los fundamentos del tratamiento, se van modificando de acuerdo con la experiencia y con como vayan funcionando. Vale decir, no sólo se trata del saber médico, sino de un saber más moral.

Ahora bien, este aspecto de confianza y de las aseveraciones que hicieron los pacientes al respecto, supone la idea foucaultiana de la voluntad de saber, en donde el interés médico ha sido

extraerle un conocimiento al paciente: “se tiene que explorar [el intento de suicidio] como cualquier otra cosa ¿no? y no es como morboso preguntar los detalles”. Por ello, tal vez los pacientes sienten que aún sin decir nada, “no se le pudo ocultar nada al médico”. Pero también se exhibe la idea foucaultiana de la voluntad de poder, con la cual el poder será “sutil” pero permanente, por medio de la vigilancia y el castigo que se instituyen como parte del bienestar del sujeto.

La inserción de la biopolítica, en el saber-poder sobre el tema del suicidio, ocurrió mediante el aparato de poder de la institución médica, denominada para vigilar y castigar en el manicomio, en donde se tenía el derecho de intervenir cuando las “libertades” ponen en peligro la “seguridad del cuerpo”, incluyendo a tipos de humanos peligrosos para la vida, como los locos (De la Garza, 2008; Mondragón y Caballero, 2008). Ejemplos de esto lo argumentaron los médicos, cuando describieron la situación donde el paciente no está de acuerdo en su tratamiento; para los tres psiquiatras, en dichas circunstancias hay que hacer acuerdos, que por lo general son condiciones para mantener vigilado al paciente fuera del hospital, o bien, cuando el paciente decide no tomar el tratamiento y quererse matar, el bienestar para él, desde el punto de vista médico, es la hospitalización. Es decir, cuando se presenta la amenaza de muerte, característica recurrente de los pacientes que intentaron suicidarse, debe afrontarse con la actitud más “correcta” del médico: la “neutral”, con la que se colocan las cosas de manera directa y frontal “como deben de ser”, tal vez con otra amenaza, la del encierro (la hospitalización) porque como dice Ernesto- “no está permitido manipular al paciente”, pero quizá sí someterlo y observarlo. Sobre todo, porque los psiquiatras continúan reproduciendo, y así debe ser, la idea de que el intento suicida es una acción de una persona desequilibrada, enferma (Cohen, 2007), y bajo el dominio del saber-poder los individuos se convierten en sujetos, donde se producen sujeciones específicas, por ejemplo, señalando al sujeto qué hacer o qué debe hacer (Mondragón y Caballero, 2008). La sujeción del enfermo mental tiene como objetivo hacerlo moralmente aceptable y técnicamente útil (Foucault, 1999d).

Por otro lado, Cohen (2007) precisa que los médicos nunca explican por qué el hecho de que un paciente les comunique sus deseos o planes de quitarse la vida, lleva *ipso facto* a privar al paciente, en lugar de ser árbitro de lo que constituye sus mejores intereses, pues se priva la libertad que tiene el paciente para rechazar un tratamiento médico, pero parece que lo que enmascara estas acciones paternalistas es el juicio moral de que no es correcto el no intervenir o el no prevenir un intento de suicidio. La psiquiatría tradicional plantea que debe realizarse una

intervención, como medida médica para el sujeto que sufre una enfermedad mental cuyo síntoma es el deseo de atentar contra su propia vida. De esta forma, el médico utiliza la retórica de la enfermedad y del tratamiento para justificar su intervención forzada en la vida de los seres humanos, aún en contra de los deseos del paciente (Cohen, 2007).

Así, se establece una lucha de poder entre el médico y el paciente. El paciente sólo expresa su deseo de tener el control sobre su vida y su muerte, siendo agente de su propio fin. Pero el médico, a través del discurso de ayudar a su paciente, sólo quiere tomar el control sobre la vida de su paciente para salvarlo y tratar de solucionar sus dudas acerca del valor de su propia vida (Cohen, 2007). Las ambiciones de autodeterminación de las personas se limitan mutuamente o pueden entrar en conflicto, conformando asimetrías que llegan a consolidar las relaciones de poder (Kottow, 2000).

Los afectos también circulan en la relación médico-paciente. Por ejemplo, Gloria, argumentó que quería que sus terapeutas fueran más afectivas, cálidas, pero como médico sabe que si fueran más cálidas, ella, Gloria caería en una dependencia emocional ¿y paternalismo? Entonces argumenta “así debe ser”, el médico y la relación. Por otro lado, el deseo de Gloria se puede explicar a través del planteamiento de Unamuno, quien redefinió al enfermo como “un ser humano, de carne y hueso, que sufre, ama, piensa y sueña” (citado por Maglio, 1996).

La discordancia con el deseo del paciente es que para el médico es un deber desvincularse de los pacientes, crear una coraza que permita alegar al paciente y dejar de lado las emociones. Así, el médico “no debe sentir, ni ser moral”, expresó Alejandra, la psiquiatra de Gloria. Por ello, el médico debe colocar una barrera, posicionarse en su lugar de médico, lo cual significa que es quien pone o marca los límites de la relación y las reglas en la consulta, hablarle de usted al paciente, es un ejemplo de dichas normativas. Esto sustenta la idea de que la medicina, como ciencia, tiene que ser neutral y objetiva. La medicina como ciencia, modeló a su sujeto médico como individualista, pragmático y ahistórico, capaz de incorporar en su práctica los saberes hegemónicos del poder, a través de mediciones y parámetros biológicos, evitando las necesidades sentidas por el paciente. Además, adoptó el positivismo científicista que permitió la medicalización de la vida, como anteriormente se planteó.

El deber y mandato médico de poner en práctica la división entre cuerpo y alma, supuesto atribuido a Descartes en el siglo XVII, ha permitido una formación médica que prepara para no sentir, ni exteriorizar las emociones. De esta manera, parece que se le ha infundido al médico el miedo a no saber qué hacer con sus afectos, incluso los ven como un problema. Para esto, se crean

ciertas estrategias de insensibilidad, como poner distancia, ser objetivos, fijar límites, etc. La distancia entre el médico y el paciente es porque “da temor que el paciente se coma al médico” y le provoque emociones que no sabría cómo manejar. Por ello, los médicos tratan de ser objetivos, con lo cual intentan evitar las emociones y los vínculos con los pacientes. Entonces, la objetividad fija límites.

Bajo la concepción objetivista, el médico no podrá mostrar sus afectos -sentir no está permitido-, los médicos han sido instruidos para dejar de lado sus sentimientos frente a sus pacientes (Gil, 2004); deberá tener límites con su paciente y con lo que éste le provoca o le hace sentir, como una defensa ante la inminente muerte; sin embargo, los afectos surgen a través de los juicios de valor, o morales, los cuales son considerados subjetivistas.

Para los psiquiatras, los pacientes que han intentado suicidarse son personas difíciles porque generan en sus médicos algunas emociones como frustración, impotencia, irritabilidad, agresividad; pero sobre todo, porque estos pacientes evocan la propia muerte del médico y la culpa, si se matan. Además, al ser el intento suicida un acto provocado voluntariamente por el paciente que no se puede predecir, el médico no puede tener la certeza sobre el diagnóstico y éxito en el tratamiento del paciente; es decir, su muerte por su suicidio no es por el destino o un designio.

Las emociones que manifestaron tener los psiquiatras ante los pacientes con intento suicida, principalmente el temor -dicen- empieza al inicio de la formación en psiquiatría, aún cuando reconocen que la psiquiatría es “una especialidad en donde te tienes que vincular emocionalmente”, pero el temor se da más cuando los médicos no han estado en psicoterapia, ya que alrededor de las manifestaciones suicidas, existen muchas “fantasías”, que causan angustia, como la idea errónea de si se le pregunta al paciente que si quiere matarse, se va activar alguna ideación suicida. Pero fundamentalmente, quizá, el terror se origina por el imaginario social sobre la conducta suicida, o tal vez, es parte del bio-poder y la biopolítica que ha permanecido en la medicina. Al respecto, una de las psiquiatras, reconoció que el intento de suicidio provoca “coraje” pues bajo estas circunstancias afectivas, es considerado como “rendirse antes de luchar” como un acto cobarde o una rendición. También reconoció que el enojo que se siente por el intento proviene de la parte moral, ética y psicológica de los médicos, de la cual no pueden desprenderse y les genera mucha impotencia.

De hecho, los médicos enunciaron que los riesgos de trabajar con pacientes que han intentado suicidarse son de tipo emocional: el enganche, la vinculación y la pérdida de los límites. Tal parece que el miedo es también a los afectos del propio médico. Pero la falta de reconocimiento de los afectos conlleva a un sin fin de dilemas éticos, más que nada a una serie de agravios contra los pacientes y contra los mismos médicos. Por ejemplo, Alejandra mencionó que utiliza el chiste y la sátira durante la entrevista con los pacientes con intento suicida, para según ella canalizar su enojo y quitarle seriedad al asunto; no obstante, pareciera que así ella expresa la agresión e irritabilidad, pero eso le produce a ella misma un gran desgaste.

También se planteó entre los psiquiatras la necesidad de “aprender” a utilizar las emociones -la contratransferencia- de acuerdo con Ernesto, como herramientas para el diagnóstico y el tratamiento, pero como el mismo psiquiatra mencionó “falta todavía mucho”, para que se concientice o racionalice la importancia del trabajo emocional en la relación con el paciente. Antes, tenemos que ver a las emociones como modos esenciales de percibirse en el mundo y comportarse en él; así las emociones estarán en conjunción con las mejores razones (Cohen, 2006), vale decir, tener una actitud reflexiva que nos conduzca a la práctica ética.

La relación médico-paciente, es entre persona-persona (Maglio, 1996), en donde se mueven afectos, poderes, moralidades, subjetividades, todas en el mismo sentido y al mismo tiempo, porque los sentimientos, los valores y el conocimiento se constituyen a la par (*pathos, ethos y eidos*) en la transmisión de la cultura, en una sociedad y una moral específica (Gil, 2004), en realidad no van separados. Por ello, es que el deseo de los pacientes fue que sus médicos fueran más afectivos y cálidos; reconocen las virtudes de su galeno y sus capacidades en cuanto saber de servicio ¿por qué no habrían de tratar de re-conocer los afectos? En tanto, los médicos mantienen su “deber de no sentir”, aunque ello sucumba ante los juicios de valor que imperan e inciden en la toma de decisiones clínicas.

El factor del tiempo parece que está vinculado al sentimiento de soledad y a la compañía. Los pacientes esperaban que las sesiones duraran más tiempo, para estar acompañados de sus médicos. Sin embargo, en el hospital público el tiempo de atención no es tan diferente del tiempo destinado al paciente de un hospital privado; no obstante, el tiempo del paciente parece siempre disímil, más subjetivo que objetivo. Tampoco es del tiempo real del que hablan, sino del acompañamiento mismo, de la escucha, de la atención hacia ellos, del tiempo que su médico le dedica a él, como paciente.

En los médicos, el tiempo se relacionó con la falta de escucha. En los treinta minutos que dura la consulta no se pueden resolver los problemas de los pacientes, se necesitan “dos horas y media”, pero eso es imposible en instituciones tanto públicas como privadas. Esta situación del corto tiempo de la sesión, que a su vez, crea alta demanda de atención del paciente, provoca ansiedad al médico, por ello deja de escuchar al paciente. Puede ser que esta ansiedad está más asociada a que en estos “cortos minutos” los pacientes con intento suicida presentan problemas, que los médicos no saben cómo manejar. Ante esto, es más fácil, creer que los pacientes quieren órdenes de sus médicos, que les digan lo que tienen que hacer, y quizá esto sea así. Por eso, los médicos argumentaron que el psiquiatra perfecto es el que tiene una actitud pasiva, receptiva y guía el discurso (sólo escucha, no dice ni ordena lo que hay que hacer), esto parece provocar coraje y desesperación al paciente; tal vez eso también sea así. Lo importante es que el tiempo puede ser tratado como un factor discordante en la relación médico-paciente.

Un factor implícito en la relación médico- paciente, y que subyace a los puntos anteriores es el estigma a la conducta suicida, que ha existido desde tiempo atrás. El rechazo a los pacientes con intento suicida por parte de los médicos, puede deberse a la fatiga, el mal humor, la falta de objetividad y a que no hay empatía por parte del psiquiatra, aunque la empatía depende de la personalidad de cada médico, si él nunca pensaría en quitarse la vida, entonces no podrá ser un médico empático. Esto último nos hace reflexionar en que un médico que no tiene la capacidad de pensar empáticamente en el otro, en este caso, su paciente, no comprende absolutamente nada de la vida moral (Cohen, 2006). Entonces, el médico podría ser empático, para saber cómo se sienten estos pacientes y poder solucionarles sus problemas, ya que el estigma puede ser una causa de intento de suicidio, como lo sugirieron los psiquiatras. En este sentido, el médico puede estigmatizar al paciente, pero también quitarle dicho estigma.

No es fortuito que los psiquiatras asociaran la empatía y el estigma para prevenir el suicidio; ya que dicho acto es considerado como un fracaso del médico, y por lo tanto, suscita angustia y culpa. Por esto, los médicos enunciaron que asusta tratar a los pacientes que lo han realizado: primero, porque es trabajar con la muerte, y en una educación médica triunfalista se ve a la muerte como un fracaso médico (Maglio, 1996); segundo y más importante, el susto tanático se debe a que no se sabe si los pacientes van a vivir o morir; el miedo es principalmente, al riesgo suicida. Si el paciente vive, el estigma del suicida está en él, pero si muere, el estigma del suicidio

queda en el médico. La muerte por suicidio de un paciente se traduce en un error y en su inculpamiento para el galeno.

Por otro lado, en la relación médico-paciente, se evidenció la presencia del tercer actor, la familia. La familia tiene un lugar central como tercer actor, no sólo en la atención inmediata de las lesiones infligidas por su pariente, también tiene una intervención importante durante el tratamiento de seguimiento o especializado en consulta externa, aunque su participación sea menos visible en cuanto a las decisiones compartidas con los médicos, el trato a su familiar continúa siendo paternalista.

La familia es con quienes el médico establece un trato no paternalista, sino beneficente, a ellos se les informa la condición médica y psicológica de su familiar, se le pide tomar decisiones en cuanto a la intervención terapéutica, internamiento o remisión del paciente, etc. Es decir, el médico hace los acuerdos sobre el tratamiento del paciente con la familia; en este sentido, cualquier responsabilidad se maneja firmando papeles. De esta forma, la familia toma el control de bienestar del paciente, estableciendo en conjunto con el médico una relación paternalista hacia el sujeto.

El sujeto que intentó suicidarse considerado como paciente, “ser paciente significaría ser una persona que consiente en ser tratado o que al menos no rechaza ser tratado consciente y deliberadamente” (Szasz, 2001, p. 102). En dicho caso, esta consideración los colocó en una pasividad que simple y sencillamente es tolerada sólo en el paternalismo médico e incluso por la familia, quien “regula” moralmente esta relación.

Este paternalismo, también mostrado con el papel de la familia, se vio reflejado por costos de la atención, como la hospitalización, los medicamentos, etc., aún cuando más adelante se sustenta que el costo económico y los servicios de salud, pertenecen a un análisis con el principio bioético de justicia, lo cierto es que, el paternalismo familiar estuvo enfocado a la actitud de protección hacia un sujeto con el fin de proporcionarle un bienestar, sin tomar en cuenta su decisión, obligándolo a tomar acciones y determinadas por ellos. Por esto, es que los hijos de Aída la enviaron a Neuróticos Anónimos, y a que realizara ejercicio; a Enrique su madre lo coaccionó para que entrara a un tratamiento para el VIH-SIDA.

Por otro lado, el límite entre el paternalismo y la beneficencia familiar parece menos definido que en el caso médico. La familia, como núcleo social, a diferencia del médico, comparte

los valores y creencias del sujeto que intentó suicidarse, incluso los afectos y preocupaciones son de otro orden, por eso es que la familia mantiene también una postura benéfica.

Durante el tratamiento, el médico sentirá empatía con la familia no con el paciente; pareciera que es dependencia la que tiene el médico con el paciente y empatía con la familia del enfermo.

A pesar de la empatía que siente el médico por la familia del paciente con intento suicida, el psiquiatra evalúa a la familia, sabe que ésta puede ayudar y apoyar en el buen pronóstico, y tratamiento del paciente, o puede biocotear las acciones médicas. En ocasiones, los médicos internan a los pacientes para “sacarlos” de la dinámica familiar- como lo expresó Rosa-; o bien, el médico no informa nada a la familia debido a que minimizan los intentos de suicidio de los pacientes, o en casos más graves, la mala dinámica familiar es determinante para un pronóstico de riesgo suicida. De esta forma, el psiquiatra sabe que la relación que tenga el paciente con su familia va a afectar el tratamiento, por eso, sopesa si cuenta o no con la ayuda de aquélla.

No obstante la importancia de la familia como tercer actor de la relación médico-paciente-familia, el bienestar del paciente continúa siendo una decisión exclusiva del médico. En los discursos de los psiquiatras, el tema de las decisiones sobre el tratamiento no tiene disyuntivas, ya que es el médico el que decide lo mejor para el paciente, hasta que éste pueda decidir por sí mismo, es decir, cuando deje de estar enfermo. Pero hay que resaltar que los psiquiatras esperan que las decisiones que tome el paciente sean respecto a su deseo de querer quitarse la vida, pero no sobre su tratamiento propiamente.

La posible disyunción entre médicos y pacientes en cuanto a las decisiones del tratamiento, es cuando se presenta un riesgo suicida. Si el paciente expresa el deseo de matarse y no quiere hospitalizarse, se firma una carta responsiva que otorga la responsabilidad al paciente y libera al médico de cualquier responsabilidad. Como señalamos antes, además de ser este un procedimiento de vigilancia, también se puede interpretar, nuevamente, como una decisión médico-jurídica.

Como anteriormente se mencionó, los juicios de valor permean las decisiones y acciones clínicas, pero no son los únicos, el sentido común es el criterio en que comúnmente los médicos más jóvenes se basan para atender a los pacientes con intento de suicidio, a pesar que según ellos, existen criterios más objetivos, como los resultados de un instrumento o con el simple hecho que el paciente exprese abiertamente su deseo de querer morir. De esta manera, una “sensación angustiante” es la que permite al médico saber si el paciente está en riesgo suicida, y diferenciar cuál paciente tiene que ser hospitalizado y cuál no. Vale decir, la prevención de un acto suicida

está dada por un “sexto sentido” que tiene el galeno, es una intranquilidad que sienten, es una mala sensación que se tiene, que de alguna forma “avisa” que el paciente se va a suicidar.

El “sexto sentido” o un “*feeling*” como lo nombraron los médicos entrevistados, no es algo que tiene que ver con la medicina basada en evidencia o en el conocimiento científico, es una sensación que deja el paciente, son algo extraño en los que hay que creer, porque sí pasa, hay que confiar en ellos para atender a los pacientes-como ellos mismos comentaron, es decir, se trabaja con estas sensaciones. Para los galenos, ni el sentido común ni la intuición se enseñan, más bien, se desarrollan y se aprenden en la experiencia, en la práctica y no en la escuela; pero lo que quizá estos médicos no alcanzaron a comprender es que el sentido común es parte de la moral (Cohen, 2007).

Si el sentido común representa un importante criterio diagnóstico para el riesgo suicida y con ello se trata a los pacientes ¿cuál es el mejor tratamiento para los sujetos que han intentado suicidarse? Sorpresivamente, los psiquiatras expusieron que el tratamiento es farmacológico, al mismo tiempo, trabajar con la impulsividad, la afectividad y la contención es lo más recomendable, pero principalmente que el médico se haga presente, a través del contacto, la escucha, y brindándole tiempo y espacio al paciente, es decir, mostrarle sus afectos permitidos, dejando de lado la rigidez. Esto último concuerda con lo que expresaron los pacientes, ellos querían que sus médicos fueran más afectivos y cálidos, y esperaban estar más acompañados, por eso querían que las sesiones duraran más. Los psiquiatras también mencionaron que los pacientes que quieren matarse deben tener una psicoterapia intensa, en donde la relación diádica con el médico debe ser más sana que la otra, sin tanto involucramiento, mostrándole al paciente que el que está mal es él y no el otro.

Por último, el mejor tipo de relación médico-paciente debe tener tres pilares: confianza, comunicación y paciencia. De la misma forma, los pacientes pensaron que la mejor relación médico-paciente se da cuando el médico acompaña, apoya y responde en el momento indicado. Los elementos que componen el mejor tratamiento para el paciente con intento suicida y la mejor relación médico-paciente, según ambos actores, se acercan más al principio de beneficencia, en donde el médico tratará de primar el bienestar del enfermo y ayudarlo para que lo logre, es decir, hacer que nada “afecte su integridad”, que tenga “calidad mental” y “tomé decisiones”; evitando protegerlo (paternalismo). No obstante, este tipo de tratamiento es un ideal que no se sigue, y lamentablemente tampoco se persigue.

Finalmente, parece que en el tratamiento de consulta externa existen más elementos del principio de beneficencia, que del paternalismo que aparece más durante la atención inmediata al intento de suicidio ¿por qué esta diferencia? ¿es realmente una diferencia? ¿son distintos los médicos que tratan en estos servicios? ¿son distintos los elementos que rodean a cada servicio de salud (emergencias vs consulta externa)? ¿es la institución médica diversa?

El hospital es una de las instituciones que se encarga de regular nuestra salud, cuyos elementos se reestructuran continuamente, los saberes de los profesionales de la salud que laboran ahí, las normativas del sistema, de cada hospital, si es público o privado, y de las políticas del Estado en esta materia (Gil, 2004). La consulta externa es una de las formas para ingresar a la institución hospitalaria. En este servicio los pacientes que no tienen una urgencia médica son atendidos y si lo requieren, son canalizados a otros servicios del hospital (Gil, 2004).

En este sentido, la construcción del *ethos médico* se genera a partir del tránsito en la institución hospitalaria, en la sujeción hacia las normas y a lo instituido reproduciéndolas en las prácticas cotidianas que le dan vida a los modelos institucionales.

La consulta externa dice Gil (2004),

permite conocer los atravesamientos institucionales y significaciones sociales que dan sentido a un *éthos médico*; la mirada de los pacientes sobre aquél que “sabe” es un proceso de institucionalización del saber médico, un establecimiento del orden y un ejercicio de poder constante, sutil y necesario para constituir la institución hospitalaria; el paciente, al buscar alivio para su padecimiento, no percibe que es clasificado [...] necesita ser “curado”, “aliviado” y trata de buscar respuesta en aquél que lo mira (p. 108).

No hay más que relación benéfica en lo anterior, dado que en la cuestión bioética también circula el ejercicio de poder y la institucionalización de los sujetos, quizá, por ello, Gloria, Aída y Enrique, esperan que los “lleven casi de la mano...para ir superando” o bien, que les digan “esto es lo que tienes que hacer”, lo cual podría significar que estos pacientes esperan una relación paternalista más que benéfica.

Por su parte, los psiquiatras saben que lo que ha cambiado es la gradualidad del paternalismo, no su ausencia o presencia, en la atención de los pacientes que intentaron suicidarse; y es que la intervención paternalista continúa justificándose afirmando que esa conducta sería la elegida apropiadamente por cualquier sujeto racional. Sin embargo, los médicos también comprenden que el paternalismo no ayuda al paciente, porque no busca la solución que el paciente

necesita, por el contrario, en muchas ocasiones, infringir la libertad de un individuo se convierte en un mal mayor (Cohen, 2007).

7.2 PRINCIPIO DE JUSTICIA

En este principio de justicia se inserta el tema económico. Como pocas veces, los pacientes mencionaron el costo económico asociado al tratamiento por el intento suicida. Al parecer, la atención médica por las lesiones ocasionadas por un intento de suicidio no cuesta mucho en términos económicos. En algún momento este cuidado se convierte en “puro negocio” de la clínica que atiende a este tipo de pacientes, según lo refirió uno de ellos.

La importancia del costo económico en el tratamiento del intento suicida desde el enfoque del principio de justicia, abre diversos cuestionamientos. Si bien es cierto que una lesión autoinfligida puede presentar una alta letalidad, y en este caso se convierte en una urgencia médica en la cual habría que luchar por la vida del paciente, 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 una y otra vez, y en cada momento tendrá que hacerse uso del gasto corriente establecido para la atención a las urgencias médicas.

Tal vez, lo mismo suceda con otro padecimiento, como la diabetes, la hipertensión, el cáncer. La diferencia estriba en que, aunque estos padecimientos también son tratados como urgencias médicas, una vez identificados son tratados en otros servicios, como consulta externa, es decir, son remitidos de urgencias a la especialidad que deberá atenderlos ¿por qué no pasa esto con el intento de suicidio?, ¿plantea el tratamiento por un intento de suicidio el uso inequitativo de los recursos financieros de salud?

Una de las formas de justicia aplicadas al tema de la salud, es la justicia distributiva, la cual hace referencia a la repartición equitativa de los bienes. Existen dos formas de distribuir los recursos, la macro y micro distribución de recursos¹⁷ (Lolas y Outomuro, 2006).

¹⁷ La macro distribución involucra decisiones de repartir los fondos a gastar, los bienes a distribuir y los métodos de distribución. Algunas de sus disposiciones en salud comprenden asignar: 1) lo que se designará a la investigación, control del medio ambiente, epidemiología, asistencia sanitaria, etc. 2) decidir cuánto se asignará a la prevención y tratamiento; establecer qué tipo de problemas médicos se priorizan (generalmente, las de mayor prevalencia o las más incapacitantes). Lo ideal en este sector de macro es que la demanda supere la oferta. La micro distribución determina quién o quiénes recibirán los recursos (Lolas y Outomuro, 2006).

Esta macro y micro distribución se hace más evidente en las instituciones de salud de seguridad social (IMSS, ISSSTE y SA).¹⁸ Hablamos de la falta de recursos económicos, dado que el porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) que se destina a la salud en México está por debajo del promedio latinoamericano (Secretaría de Salud, 2004), y aunque el gasto público ascendió en el 2004 (17.4%) el Distrito Federal mantuvo porcentajes por debajo de esta cifra (Secretaría de Salud, 2004). Lo anterior se ve reflejado en la ausencia de insumos básicos de intervención (vendas, jeringas, cinta adhesiva, etc.).

Dos de los pacientes fueron atendidos inmediatamente después del intento suicida en hospitales de seguridad social, lo que significa que en ambos casos, la atención “no tuvo un costo efectivo” para el paciente. En el primer caso, la paciente era asegurada del IMSS; en el segundo caso, el costo consistió en la donación de sangre de dos personas, debido a que la paciente contaba con su hoja de gratuidad del servicio al que acudió. Es importante señalar que esta última paciente mencionó haber realizado siete intentos de suicidio, es decir, los costos económicos de su atención se pueden multiplicar por siete, que son las ocasiones que recibió cuidados médicos por tal evento. Así, quien asume el costo es el Estado. La forma de racionar los recursos es un límite impuesto por una determinada política gubernamental que establece una cuota o ración por cada habitante (Lolas y Outomuro, 2006).

Bajo estos términos, el suicidio consumado no es el único que genera costos a la economía del país, por la fuerza productiva que se pierde, sino también la misma atención a un intento implica crea altos costos económicos, al no permitir la prioridad en otros malestares, por ejemplo, la ocupación de camas cuando los pacientes que intentaron suicidarse son hospitalizados, representa un gasto elevado.

Las desigualdades innecesarias manifiestan la ausencia de equidad. Sabemos que es igualmente primordial la atención médica a un sujeto que intentó suicidarse que a uno que se accidentó, o que a aquél que padece una enfermedad, incluso la atención misma es un derecho humano, un derecho del paciente y un derecho constitucional, entendiendo en que como agentes morales son iguales y los recursos deben distribuirse de la misma manera. Es decir, todos tienen el derecho de que se les brinde los cuidados médicos necesarios, como: insumos, servicios, etc.

¹⁸ IMSS Instituto Mexicano de Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado; SA: Secretaría de Salud.

Paradójicamente, en el sector de salud privado, en los servicios de consulta externa de un hospital psiquiátrico privado, el tema de los recursos económicos es un aspecto a considerar ante la decisión de poder internar al paciente que presenta riesgo suicida. En ocasiones, la familia no tiene el recurso suficiente para hospitalizar a su enfermo, ni está afiliada a un sistema de seguridad social, o como mencionó Alejandra “no en todos los hospitales [...] se internan suicidas”, en estos casos, el cuidado del paciente queda en manos de la familia.

La falta de acceso universal a los servicios de salud y de justicia distributiva se presenta en la relativa ausencia de canalización o remisión a un servicio especializado del paciente que intentó quitarse la vida por primera vez. Si se canalizara al paciente con el psiquiatra o psicólogo, como se hace con otros malestares de salud mental: esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno por déficit de atención, podría suponerse una mayor equidad, en conjunción con difuminar las falsas creencias de que el intento de suicidio “no se trata de medicinas, sino de echarle ganas”.

Ahora bien, concebir que la aportación de mayores recursos es una solución para una justa distribución, en realidad es una fantasía, pues esto puede llegar a generar mayores inequidades (Lolas y Outomuro, 2006), porque la equidad es la aplicación de justicia en un caso concreto y no de manera masificada. Por ello, es importante considerar la equidad en referencia a los principios bioéticos, especialmente al de justicia.¹⁹

7.3 PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

Desde el inicio de este trabajo señalamos que no se abordaría el tema de la autonomía en el acto del intento de suicidio como derecho de muerte, ni de discutir sobre si el sujeto suicida tiene o no autonomía para realizar un acto suicida. Nuestro propósito fue entender en qué como agente moral, puede o no ser autónomo, sin que deje de ser respetada su dignidad. Asimismo, se consideró que el respeto a la autonomía iba más allá del acto mismo de intentar quitarse la vida.

El principio de autonomía, también llamado respeto por las personas, se centra en que los mejores intereses del paciente son los que él interprete, aunque estos difieran de los objetivos médicos. En general, dicho principio se sustenta moralmente en el respeto por los valores y creencias de los otros, es decir, el respeto de los médicos hacia los valores y creencias de los pacientes (Beauchamp y McCullough, 1983) durante todo su tratamiento.

¹⁹ Véase el Glosario.

Asimismo, se entiende que una decisión autónoma del paciente es la que involucra la identificación de bienes y males, y la elección o toma de decisión por alguno de éstos, con base en juicios racionales, valores, creencias, prevención de riesgos y beneficios de las consecuencias, sustentadas en una amplia información y comprensión adecuada al respecto, libre de coacciones internas o externas (Beauchamp y McCullough, 1983). Bajo esta concepción de autonomía, que hemos venido trabajando, fundamentaremos la discusión.

Al igual que en la beneficencia, en la autonomía existe la presencia de otro, quien debe reconocer la autonomía de cualquier sujeto. Este otro se presenta en un momento *a priori*, es decir, el otro será quien en una primera instancia otorgue el respeto por la autonomía del sujeto, para que éste pueda ejecutar un acto moralmente legitimado.

En este sentido, nos preguntamos si el otro que reconoce la autonomía del sujeto que intentó suicidarse, es el mismo que el otro²⁰ que forma la estructura diádica del acto suicida. Quizá una posible respuesta psicológica sería que sí. Sin embargo, esta respuesta no es simple, pues habría que pensar en los elementos que conforman la autonomía misma para indicar si existe o no un reconocimiento de ésta. Para ello, habría que plantear prudentemente la idea del principio legal que afirma que “a una persona se le supone autonomía a no ser que se demuestre medianamente pruebas de que no lo es” (Beauchamp y McCullough, 1983).

Los tres casos estudiados tratan de pacientes cuyos niveles de autonomía son inciertos. Para hacer una valoración sobre la autonomía del sujeto que intentó suicidarse, partimos del momento del intento de suicidio, su atención inmediata y finalmente el tratamiento al que acuden los pacientes por esta y otras causas.

La ambivalencia que suele plantearse como característica inherente a la conducta suicida, puede también estar vinculada a la reducción de la capacidad decisoria, es decir, alude a la autonomía reducida y a la competencia disminuida. En este sentido, el sujeto que desea suicidarse se encuentra en una ambivalencia, entre la pulsión de vida y muerte, entre tánatos y eros, entre el deseo de vivir y el de morir, amor y desamor, de la felicidad y el sufrimiento. El intento de suicidio es significado como la resolución de la ambivalencia, es una posibilidad de solucionar

²⁰ La noción de otro se refiere al otro en tanto persona y el otro en tanto cosa diferente, otro radical. Por lo tanto, el otro es el semejante, el prójimo (en tanto persona), y una presencia diferente cosificada (que en el caso del intento de suicidio podrían ser elementos circunscritos al intento, como la depresión (alteridad radical) quizá en un sentido simbólico, relacionado a la pulsión de muerte), todo eso, son otros para el sujeto que intentó suicidarse (Mondragón, 2005)

su existencia. De esta forma, la muerte por suicidio no es un fin, no es la culminación de la vida, porque es en la vida en donde ya no se puede estar, por ello es que la muerte será un medio hacia algo mejor (Mondragón, 2005).

Los pacientes entrevistados mostraron esta ambivalencia en los motivos que los llevaron a tomar la decisión de quitarse la vida. Asimismo, se evidenció que la muerte no es el fin último de un intento suicida, el fin es dejar de sufrir: por sentirse humillada; por no ser feliz y por ya no aguantar un procedimiento médico doloroso para “curar” un esófago quemado; por ser diagnosticado con una enfermedad como el VIH-Sida y por no querer medicalizar la vida.

Por otro lado, la ambivalencia es un factor psicológico que parece interferir con la autonomía. Por ejemplo, se ha documentado que la ambivalencia puede darse en el tratamiento debido a la mala percepción, la depresión, 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 manifestaron sentir los tres sujetos con intento suicida son fuente de ambivalencia (Beauchamp y McCullough, 1983).

Sin embargo, es importante evitar concluir determinadamente que por el hecho de que el paciente esté ansioso o deprimido, con un dolor subjetivo, no pueda tomar decisiones autónomas. Es cierto que la enfermedad y sus 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.

Como en otro lugar de este trabajo se planteó, las decisiones autónomas de una persona deben considerar: un conocimiento suficiente; mostrar comprensión e intencionalidad; no estar coaccionadas internamente; y no estar coaccionadas externamente (Beauchamp y McCullough, 1983). Discutiremos los cuatro criterios sobre autonomía²¹ según los casos estudiados, ubicados durante el tratamiento del intento de suicidio.

1) Conocimiento. ¿Fue el paciente capaz de captar los hechos relacionados sobre su estado y sus posibilidades diagnósticas y terapéuticas? Este punto hace referencia a la capacidad psicológica de tener y obtener los conocimientos necesarios para tomar una decisión (Beauchamp y McCullough, 1983). Así, en el momento del intento de suicidio, los pacientes supieron qué métodos pueden ser letales y cuáles no. Con un método letal la posibilidad de muerte es mayor, y la posibilidad de un rescate es menor. También conocen qué secuelas pueden tener de acuerdo con

²¹ El análisis bioético sobre la autonomía de las personas comúnmente se hace a través de criterios médico jurídicos, con la intención de establecer el grado de autonomía de cada individuo. Dichos criterios no son tan normativos ni determinantes, simplemente son guía para el análisis.

la letalidad del método y a sus experiencias anteriores; por ejemplo en el caso de Aída, ella anteriormente ingirió clarasol para intentar quitarse la vida y éste no dejó ninguna lesión, en su último intento recurrió a la ingesta de ácido muriático, quizá porque es de mayor letalidad o quizá porque “este tipo de sustancias no dejan secuelas”. Entonces, parece que los pacientes tienen la información para tomar la decisión de intentar contra su vida con un método de baja letalidad, que se espera que no pueda provocarle alguna secuela.

En cuanto al tratamiento, los pacientes se asumen como deprimidos o en un estado de duelo. Conocen desde los procedimientos institucionales hasta el nombre de los medicamentos que toman y para qué son. También es cierto que esta información, proporcionada en ocasiones por el médico, es parcial, por ejemplo, Gloria esperaba “recomendaciones u opiniones” de parte de su psicoanalista y no que sólo la dejara hablar y hablar, pero esto último es parte del encuadre psicoanalítico. En ambos momentos, los pacientes tal vez carecen de información completa o general, o no captan los hechos relevantes para tomar una decisión, por ello, parece que tienen una autonomía reducida.

2) Comprensión. ¿Fue el paciente capaz de valorar cognositivamente la información recibida y las consecuencias de su estado y de sus posibilidades diagnósticas y terapéuticas durante su tratamiento? Este punto evalúa la capacidad del paciente para comprender y formar intenciones de proyectos futuros, con base en sus valores (Beauchamp y McCullough, 1983). En el tratamiento, los tres pacientes comprendieron las consecuencias de su estado; incluso Enrique, quien reiteradamente se negaba a aceptar su diagnóstico de VIH, entendía lo que podría implicar tener o no un tratamiento para esta enfermedad, además de comprender que el motivo de la consulta psiquiátrica había cambiado, ya no era por la depresión ocasionada por los problemas con su madre, sino por las complicaciones del VIH. Este criterio de autonomía reducida no parece aplicarse a ninguno de los pacientes entrevistados.

3) Ausencia de control por coacciones internas. ¿Estuvo el paciente controlado por fuerzas internas que no fue capaz de resistir? Las fuerzas internas tienen que ver con factores como el dolor, el sufrimiento, el miedo y la depresión. Estas fuerzas pueden provocar que el paciente tome una decisión que no esté basada en sus valores o en una posición razonada, siendo esta coacción sólo temporal. Otras fuerzas pueden ser tan intensas que el paciente no las resista (Beauchamp y McCullough, 1983). Lo anterior se ve ejemplificado con la decisión de intentar de suicidarse. Incluso el propio intento de morir diádico se realiza debido al dolor subjetivo que el paciente tiene. Con los argumentos de los pacientes esto se clarificó; lo que se desea con el intento de suicidio no

es morirse, sino “llamar la atención de la familia”. Una fuerza interna es la desesperación que sienten los pacientes y que los lleva a lesionarse autoinfligidamente. 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 permanecen durante el tratamiento; además del miedo de sentir la ansiedad y la falta de autocontrol. Así, los tres pacientes cumplen con este criterio de autonomía reducida.

4) Ausencia de control por coacciones externas ¿Estuvo la decisión del paciente controlada por fuerzas o influencias externas que él no fue capaz de resistir? Estas fuerzas están caracterizadas por el impacto que supone la enfermedad, el tratamiento, el pronóstico, etc. Las fuerzas pueden coaccionar las opciones o decisiones del paciente, las cuales generalmente reflejan los valores de los demás y no del paciente. Las figuras de autoridad que controlen, manipulen presionen, etc., pueden considerarse como fuerzas externas (Beauchamp y McCullough, 1983).

En los tres casos descritos están presentes estas fuerzas externas, no sólo en el momento del intento, recordemos que trabajamos con la diadicidad, sino en el tratamiento, en donde los psiquiatras, la familia, ya sea madre o hijos, coaccionaron a los pacientes para ir a tratamiento, al menos se observó en dos casos (Aída y Enrique).

El control que ejercen las fuerzas externas es en muchas ocasiones económico. Enrique y Aída dependían económicamente de su familia, y aunque ellos tomaron algunas decisiones, quedan expensas de las disposiciones familiares. Lo cual evita que el paciente “recupere” su autonomía. Asimismo, los pacientes saben que son ellos quienes deben decidir lo que va a ser de su vida, es su vida, etc., como lo argumentó Enrique. Sin embargo, aún sabiendo esto no toman una decisión, esperan que otro tome las decisiones de su vida por ellos. Por eso, este criterio puede ser aplicable en los tres pacientes.

Los cuatro criterios enunciados muestran la gradualidad de las reducciones de la autonomía. Los argumentos que plantean los pacientes y que pueden interpretarse como toma de decisiones autónomas, pertenecen a elementos de su autonomía reducida, es decir, la información, conocimiento sobre el tema, alternativas, derechos, 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, entendemos que los pacientes que intentaron suicidarse presentaron una autonomía reducida. Es relevante resaltar que el grado de reducción, dicen

Beauchamp y McCullough (1983), debe ser estudiado en cada caso, ya que podemos correr el peligro de flexibilizar los criterios, para fines paternalistas.

Por otro lado, autonomía reducida nos remite a otras determinaciones, como es la competencia e incompetencia. Aunque el concepto de autonomía es empleado en la ética filosófica y la ética médica, el concepto de competencia pertenece a la medicina y el derecho. En estas disciplinas se entiende por competencia a la capacidad para desempeñar una tarea, y la incompetencia a la disminución de la primera. Dicha tarea no necesita ser desempeñada de manera autónoma, por eso, se puede ser incompetente para realizar algo pero actuar de forma autónoma. Sin embargo, en la toma de decisiones, la reducción de la autonomía puede provocar la disminución de la competencia (Beauchamp y McCullough, 1983).

Los criterios de competencia con cuatro: 1) especificación del contexto; 2) capacidades relevantes; 3) estabilidad y variabilidad de las capacidades y 4) grado de posesión de las capacidades (Beauchamp y McCullough, 1983). Tomando en cuenta esto, nos cuestionamos si los pacientes entrevistados fueron competentes durante el tratamiento.²²

1) El contexto. No se puede emitir un juicio de competencia si no se concreta en un contexto, esto debe especificar si un sujeto es competente ¿para hacer qué? dependiendo del contexto (Beauchamp y McCullough, 1983). En el caso de los tres pacientes, la competencia evaluada sobre la toma de decisiones en la terapéutica del intento de suicidio, nos señala que en los tres casos, se tomaron decisiones informadas.

2) Capacidades relevantes. Basadas en las capacidades psicológicas que requiere el contexto. La competencia debe ser específica para cada capacidad (Beauchamp y McCullough, 1983). Los tres sujetos que intentaron suicidarse cumplen con este criterio, pues tenían las capacidades psicológicas para llevar a cabo sus “tareas” cotidianas. Gloria era una médica jubilada, Enrique hasta hace unos meses era estudiante y Aída realizaba con gran habilidad sus labores del hogar.

3) Estabilidad y variabilidad de las capacidades. Aun cuando se tengan el contexto y las capacidades psicológicas para desempeñar una tarea, sucede que se puede ser incompetente en algunos cometidos y no en otros, o se pueda ser competente en algunos momentos y no en otros. De esta forma, la competencia es variable, por esto, se requiere que la competencia se sustente en cuestiones de estabilidad y permanencia (Beauchamp y McCullough, 1983), pero su variabilidad

²² El análisis que se discute sobre la competencia se hace comúnmente a través del enfoque médico jurídico.

se da por los periodos de inestabilidad, hasta considerarse incompetencia. En los pacientes, este criterio parece ser fluctuante debido a la ambivalencia psicológica de los sujetos; dicha ambivalencia se ve ejemplificada por periodos de estabilidad y de inestabilidad, lo que podría llegar a juzgarse como incompetencia. Aunque de acuerdo con Platts (1999), todos en algún momento de nuestra vida somos incompetentes en algo, incluso para tomar decisiones importantes. Ante este criterio, la competencia de los pacientes parece ser más intermedia.

4) Grado de posesión de las capacidades. Como su nombre lo dice, las capacidades que se necesitan deben poseerse en mayor o menor grado (Beauchamp y McCullough, 1983). Así, la competencia es un juicio continuo. En el caso de Aída, ella refirió que antes de sentirse deprimida podía hacer las labores de su casa (lavar, planchar, etc.) sin mayor problema, y que ahora que tiene pocas ganas de vivir y la depresión, ya no realiza las mismas tareas. El deterioro emocional que tiene Aída es temporal, pero la convierte en estos momentos en incompetente.

De la misma forma que con la autonomía reducida, la competencia disminuida en el escenario clínico debe averiguarse a fondo, a fin de evitar dicotomías simplistas entre competencia e incompetencias (Beauchamp y McCullough, 1983), que cotidianamente en la práctica médica suele imputarse por el simple hecho de padecer un malestar emocional.

El análisis sustancial realizado acerca de los criterios de autonomía y competencia,²³ nos ha permitido comprender que los tres sujetos que intentaron suicidarse presentaron una autonomía reducida y una competencia disminuida. Sin embargo, estas aseveraciones nos conducen a cuestionarnos sobre otras manifestaciones de los actos humanos, como es la heteronomía.

La heteronomía significa estar gobernado por una norma que no es propia sino de otros, como pueden ser los padres, los amigos, la sociedad, el Estado. Dicha norma carece de la reflexión y del racionamiento interior de la persona, en este caso pueden ser los caprichos, los deseos inconscientes y las modas impuestas por la publicidad o el comercio (Sagols et al., 2005), o bien los actos por lo cual se espera recibir premios o castigos (Garzón, 1999). En sí, la heteronomía no se refiere a aceptar lo que proviene de los otros, sino a su asunción de manera acrítica e irreflexiva. Con esta concepción de heteronomía nos preguntamos si los pacientes con intento suicida se comportaron de manera heterónoma.

El intento de suicidio tiene implicaciones conscientes e inconscientes que pueden hacernos pensar en la heteronomía. La cuestión diádica ya es fundamento para el comportamiento

²³ Es relevante señalar que el análisis discutido se realizó desde la óptica de la bioética, a través de enfoque médico jurídico, pero esto no implica que los criterios expuestos sean determinantes.

heterónimo, dada la importancia de la presencia del “otro” en el significado mismo del intento de suicidio.²⁴ El sujeto que quiere quitarse la vida tiene un deseo de morir, por lo menos de forma consciente, sin embargo, también deja abierta, al menos de manera inconsciente, la posibilidad del rescate del acto suicida. Por ejemplo, en el caso de Gloria, ella argumentó que su intento lo realizó en la privacidad de su casa, y que no le dijo a nadie lo que planeaba hacer, pero, en ese momento ella sabía que en su casa no estaba sola, estaba su marido, desde el momento que hay más miembros de la familia en la casa existe la probabilidad de un rescate.

De esta forma, con la posibilidad del rescate el sujeto espera que otro sea quien le salve la vida, decida sobre su propia vida o muerte, pues finalmente quien toma la decisión de que viva o muera es la familia. Entonces, bajo la consigna de “no suicidarse”, el sujeto tendrá de adoptar ahora de manera “obligatoria”, no sólo como decisión sino como parte de su proyecto de vida, los valores del otro,²⁵ ya sea persona-familiar, o en sentido más amplio, los de la sociedad o institución médica, o religiosa.

Otro aspecto que quizá pueda ser interpretado en el orden heterónimo es en el tratamiento. La visible búsqueda del paciente de un paternalismo, más que beneficencia, que le indique qué es lo que “debe hacer”, es una cuestión heterónoma. Quizá también esta idea pueda interpretarse con algunos criterios de la autonomía disminuida, con el ejercicio de poder y el sometimiento del paciente, etc. Pero la explicación con la heteronomía se da en el mismo orden que las demás posturas, es decir, si el paciente concibe al médico como un ser virtuoso, a quien no se le cuestiona su conocimiento, entonces tampoco se le discuten sus normas ni virtudes, y se aceptan por añadidura.

Por ello, aunque algunos pacientes señalaron a sus médicos que el tratamiento no les estaba funcionando, las decisiones del médico fueron convincente y sutilmente impuestas como para que los pacientes se quedaran en el tratamiento muy a su pesar de no haber sentido, hasta ese momento, un bienestar. Quizá el paciente autónomamente decidió quedarse, pero quizá se quedó

²⁴ Como al inicio de este capítulo se mencionó, el presencia del otro como parte constitutiva de la subjetividad representa, tanto la relación del sujeto dentro de su colectividad como el vínculo del sujeto que intentó suicidarse dentro de su orden social y sus procesos. En este sentido, la voluntad que dicho sujeto puede estar subalterna a la diadicidad del otro originado en el mundo exterior, dejando de ser libre, constituyéndose en voluntad heterónoma. O bien, habría que considerar esta heteronomía como la plantea Lévinas, en la que la responsabilidad reclama la conversión del para-sí en para-otro y, en consecuencia, su lugar ya no cabe en el ámbito del para-sí autónomo, lo cual significa anteponer la ética a la ontología, es decir, la sociabilidad como vulnerabilidad y no como predominio de las formas del “poder” clausurante y mortificante de la diferencia (Lévinas, 2001).

²⁵ Como podría ser el valor de la vida.

porque el lugar del médico y su palabra no se cuestionan, el saber de la institución médica implica obediencia.

La autonomía reducida y la heteronomía, son distintas por naturaleza ética. No obstante, no podíamos dejar de lado la posibilidad de discutir el comportamiento de los sujetos con intento suicida desde estas dos ópticas. Parece entonces que, estas personas maniobran a veces con una autonomía disminuida y a veces con una heteronomía. Es complicado desarrollar esta última, dado que su raíz filosófica nos aproxima a otros caminos, que nos llevaría más tiempo explorar. En cambio, la autonomía reducida fundamentada en el principialismo bioético, sustento de nuestro marco teórico, nos permite tanto plantear las concepciones individuales y colectivas de lo bueno como el tema de la protección de los derechos de las personas (Lolas, 2003a).

Existen otros elementos de la autonomía que nos ayudan apoyar la tesis de la autonomía reducida y a dilucidarla. Los siguientes conceptos que forman parte de la autonomía fueron referidos por los pacientes: conciencia, razón y voluntad. La conciencia en el tema bioético se deriva de la filosofía, más que de la psicología. Sin embargo, esto nos plantea un problema filosófico por excelencia.

¿Es de este autoconocimiento del que hablaron los pacientes? Ellos argumentaron que el intento suicida es un acto de una decisión “bien pensada” “consciente”; que se está consciente de atentar contra su propia vida. De esta forma, parece que se afirma a un yo libre y autodeterminado que supera la coacción de la culpa y los remordimientos impuestos por la moral represiva (del deber ser) e interiorizados en la conciencia moral, que es la representación interior de la autoridad social externa (Garzón, 1999).

No obstante, otro paciente argumentó que después del intento de suicidio, los pacientes quedan al cuidado de la familia, y ésta a veces los obliga a ir a tratamiento, pero que cuando los pacientes “entran en razón” ellos deciden ir por su propia voluntad. En esta idea, los conceptos de razón y voluntad, forman parte de la libertad para actuar, de la autonomía.

Ambos argumentos parecen indicar que en la elección de quitarse la vida y el resultado de la esta acción, no durante el intento mismo, existe una conciencia de sí en cuanto conciencia de las determinaciones o motivaciones que lo llevan a dicho acto; una razón que devuelve el análisis de las opciones de un tratamiento y evita actuar sólo por los impulsos o las pasiones, o bien, por las necesidades de los demás. Finalmente, existe una voluntad, como fuerza o disposición de acudir al tratamiento, también como forma de compromiso con el médico; la voluntad es algo que “también cuenta en el tratamiento” según un paciente.

En el discurso médico, estos conceptos de conciencia y voluntad tienen otra explicación; para los psiquiatras, los pacientes tienen voluntad, pero no tienen conciencia porque pierden el juicio, este juicio el médico se los “pone”, es decir, para la incapacidad de juicio se debe modular el sistema serotoninérgico, que reducirá la ideación suicida y evitará un nuevo intento.

Los aspectos de la libertad de acción, nos permiten entender que no sólo podemos interpretar la autonomía con criterios normativos (médicos y legales) que intentan ser generales, sino comprender que “la vida humana está hecha de acontecimientos y casos singulares” (Camps, 2006, p.43). La idea no es poner en manifiesto argumentos que soporten la conjetura de que los pacientes que intentaron suicidarse son personas autónomas, sabemos que tienen una autonomía reducida, sino entender que la autonomía es una cuestión ética que va más allá de criterios o de la información que el paciente pueda o no procesar, que por muy reducida que esté, el sujeto tiene un conocimiento de sí y una voluntad para actuar, quizá antes y después de un intento suicida.

Al menos dos de los pacientes habían estado antes en tratamiento psiquiátrico, pero argumentaron que lo abandonaron porque se empezaron a sentir “bien”, llevaban ya una vida “normal”. Ésta parece entonces una decisión que puede interpretarse como autónoma. Sin embargo, después de un tiempo volvieron a sentirse “mal”, “ansiosos, deprimidos, sin ganas de hacer nada, etc.” La conciencia de sí mismos que tienen los pacientes, es lo que permitió que ellos se dieran cuenta de la gradualidad de su autonomía; percibieron su malestar, fueron conscientes que se sentían mal, que estaban perdiendo “el control” -¿la razón?- esta conciencia los llevó a buscar ayuda, a reconocerse “pacientes” y quererse mirar en el otro, en este caso el médico que los cura. Es decir, en la beneficencia. En este sentido, los psiquiatras concedieron que la búsqueda de ayuda que hace el paciente cuando se siente mal, es un acto voluntario y autónomo. No obstante, este acto de autonomía del paciente psiquiátrico reconocido por el médico, se convertirá al mismo tiempo en signo clínico de su autonomía disminuida o de la ausencia total de ésta (Kottow, 2000), pues desde el punto de vista de la epistemología²⁶ psiquiátrica, específicamente de la medicina, no es lo mismo tener una enfermedad que ser o asumirse como paciente (Szazs, 2001). Tal vez, esto marca la conjunción entre la presencia de la autonomía reducida y la beneficencia, sobre todo, porque en este pedido de ayuda, la no-intervención sería una falta de respeto por los deseos autónomos más profundos de la persona (Cohen, 2007).

²⁶ Véase el Glosario.

Por otro lado, sabemos que el principio de autonomía se justifica moralmente el respeto de los médicos hacia los valores y creencias de los pacientes (Beauchamp y McCullough, 1983) durante todo su tratamiento. Este tema suscita acuerdos y desacuerdos entre pacientes y médicos. Por un lado, los galenos expresaron que los posibles valores o creencias con los que se trabaja durante la atención son únicamente los del paciente, no los del médico; sin embargo, los propios médicos, en sus discursos antitéticos, expusieron sus valores y creencias, por ejemplo, Alejandra abiertamente refirió que el suicidio es como una rendición ante la vida; es decir, para ella es más digno luchar contra el “sufrimiento”- “mal subjetivo” que sucumbir ante él, de igual manera lo explicaba Marx (2006) en su libro *Sobre o suicídio*. Este argumento de Alejandra puede interpretarse en forma disyuntiva a las creencias de Aída, sobre querer morirse para dejar de sufrir, pidiéndole a Dios perdón por desear su muerte, o bien, por atentar contra su voluntad.

Lo anterior, podría significar que no existe un respeto a los valores y creencias de los pacientes, cuando el médico difiere de éstos. Pero tampoco el psiquiatra tiene respeto por sus propias creencias ya que se mantiene como médico tratante, lo cual trae consecuencias, como: el enojo del galeno, su desgaste emocional, la irritabilidad y agresión hacia los pacientes, de manera implícita o inconsciente, recordemos, que algunos psiquiatras usan del chiste y la sátira en contra de los pacientes durante su consulta. Bajo estas circunstancias se está presentando una confrontación de dos consciencias frente a un bien de interés para ambos, la vida y los valores (Lee et al., 2006). En estos casos, la posible solución sería que el médico hiciera uso de su derecho a la objeción de conciencia.

La objeción de conciencia, como se abordó en el capítulo IV,²⁷ es la pretensión pública individual de un imperativo ético; como derecho exige la protección de la libertad del médico y del paciente, para evitar consecuencias discriminatorias o represalias injustas que estén por arriba de la omisión para no cumplir con los deberes u obligaciones. La CONAMED (2008) ha señalado la objeción de conciencia como un derecho de los médicos. 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, muchos médicos no hacen uso de este derecho, o bien, ni siquiera creen que estén obligados a referir un paciente con otro médico, cuando la situación con el paciente sea objetable (Curlin, Lawrence, Chin y Lantos, 2007), esto es,

²⁷ Hay que recordar que nuestro marco teórico también se sustenta en ciertos elementos del derecho.

cuando sea contraria a los dictados de su conciencia (como la fe religiosa, los principios o reglas de la razón, como la ética) y se actúe a pesar de su objeción (Lee et al., 2006).

Cuando los médicos respetan y no tiene ninguna objeción por los valores y creencias de sus pacientes, aquellos son utilizados para “hacer entender” a los pacientes que tienen que salir adelante, y de esta forma tratan de evitar un nuevo intento. Ya Durkheim, había afirmado que las religiones han sido un factor esencial para inhibir las tendencias o las reacciones suicidas (González, 1996). Aunque en ocasiones esta manipulación refuerza el imaginario social donde la idea religiosa puede hacer una condena del acto suicida, de ver al suicidio como un pecado, y de esta forma estigmatizar al sujeto como pecador.

Finalmente, el reconocimiento de la autonomía reducida de los tres pacientes, tendría que atender a las premisas del principio de autonomía, que reza en que como agente moral, el sujeto que intentó suicidarse puede o no ser autónomo pero exige el respeto a su dignidad; o bien, que al ser consideradas como personas con menos autonomía tienen derecho a la protección. El trato de algunos médicos y enfermeras hacia los pacientes durante la atención inmediata del intento de suicidio, no sólo fue estigmatizante, sino que tal parece una trasgresión a la dignidad del paciente, dada por las amenazas, regaños y castigos, que nuevamente posicionaron a los pacientes en un malestar psicológico, traducido en desesperanza. La protección emana de una actitud moralmente adecuada y sobre todo responsable que no interfiere con los derechos, deberes y valores de la persona.

7.4 PRINCIPIO DE BENEFICENCIA Y PRINCIPIO DE AUTONOMIA

La tradición médica occidental, ha asignado al médico la obligación de la beneficencia, buscando el bien del que sufre. Pero esta beneficencia se ha acompañado, en ocasiones, de la restricción de la autonomía de las personas cuando caen enfermas. El enfermo es relevado transitoriamente de sus obligaciones sociales, más se espera que haga todo lo posible por sanar, confiándose a profesionales competentes. En estas circunstancias, aparece el paternalismo que no es más que una beneficencia sin autonomía, y que ha caracterizado a la medicina occidental desde tiempos hipocráticos (Lolas, 2003a).

La interferencia paternalista en conductas suicidas, como suele suceder en la atención de un caso de intento de suicidio, se basa en que más allá de que el sujeto esté en contra de la intervención médica, luego, cuando ya recobre el “sentido” y descubra el daño que pudo haber

sufrido, estará agradecido por tal acción terapéutica al suponer que a futuro consienta dicha intervención (Cohen, 2007).

Y es que 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 prevención a la fuerza del suicidio, presentándolas como tratamiento de vida o muerte, bajo la consigna de que todas las personas con tendencias suicidas en realidad desean vivir (Szasz, 2002), es categóricamente ponerle un límite a la libertad de acción del sujeto, fundamentándose en razones paternalistas. Por ello, es recomendable analizar cada caso en concreto.

No es que el paternalismo en cualquier circunstancia esté mal; lo grave de este modo tradicional es que de éste se deriva una manera de intervenir en conductas suicidas que es 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).

Bajo la mirada teórica, no es fácil entender por qué el paternalismo continúa siendo la manera médica de tratar a los pacientes que intentaron suicidarse. Los médicos siguen pensando a la beneficencia en términos paternalistas y no desde principio bioético de beneficencia. Ante esta idea predominante no hay cabida para la autonomía del paciente, en ninguna de sus formas o grados.

Los pacientes al sentirse “mal” se “ponen en manos” de los médicos”, acuden a “su” médico y se entregan en un compromiso radical de confianza (Kottow, 2000). Este acto significa el sacrificio de una parte de su autonomía a cambio de alguna medida de seguridad, servicio o cura. Es decir, los pacientes de algún modo saben que la “relación” con su médico implica algo de dependencia y una pérdida de autonomía (Szasz, 2002), más allá del padecimiento, malestar o por las circunstancias mismas. Son ellos, los sujetos que intentaron suicidarse, quienes demandan por un lado, una beneficencia entendida como el principio bioético, pero por otro lado, aceptan y mantienen el paternalismo de sus galenos.

Si discutimos los elementos de disenso y consenso de los principios de beneficencia y autonomía, en la médico-paciente entenderemos que el paternalismo está presente algunas veces obstaculizando y otras facilitando la terapéutica del intento de suicidio, pero tal vez sin permitir la injerencia bioética. Por ejemplo, el tratamiento de tipo farmacológico, el beneficio de pueda tener éste y las decisiones que se toman durante tal tratamiento, son sustentadas desde el procedimiento

paternalista, el cual excluye los afectos y distorsiona las virtudes y valores que deben tener los médicos, pero sobre todo lo que es la “buena” relación médico-paciente.

El medicamento, en estos casos el antidepresivo, fue un elemento concordante y al mismo tiempo disyuntivo. Es de entender que el tratamiento farmacológico es parte de la *praxis* de la medicina, que ha incorporado tecnologías complejas como los psicofármacos. Éstos han modificado la postura frente a las enfermedades mentales (Lolas, 2002); la medicación del que se encuentra en buen estado de salud física tiende a ser una tecnocracia²⁸ existencialista, como lo menciona Chauchard (1967). Aunque hay que reconocer que también la medicación resulta ser una técnica normativa de humanización cuando se interpreta como un beneficio para el paciente. El verdadero conflicto es que el medicamento por sí mismo no “cura” ni ayuda al enfermo. En este sentido, el “valor simbólico” del medicamento en conjunto con la persona del médico es parte importante del *ethos* del profesional (Lolas, 2002). Vale decir, el medicamento no tiene valor benéfico sin el médico que lo prescribe.

El beneficio del tratamiento y las decisiones que se toman durante éste, estuvieron justificadas a partir del argumento paternalista: discapacidad (Cohen, 2007). En estos puntos se evidencia el dilema ético clásico que circunda los escenarios de salud mental, cuando la autonomía de un individuo es particularmente dañada por la enfermedad o las circunstancias y la prescripción de un profesional no atiende la responsabilidad moral hacia su paciente, cuya autonomía es disminuida pero no completamente ausente (Kentsmith, Salladay y Miya, 1986), como en los tres pacientes que entrevistamos.

Es cierto que la autonomía está disminuida, pero más allá de esto, existe una postura insistente de los médicos 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 es irrelevante. Más que compenetrarse en detalles técnicos y científicos, el paciente tal vez necesita información al respecto de su tratamiento, es su derecho, como se explicitó en el capítulo IV.

Kentsmith et al. (1986) mencionaron que los profesionales de la salud mental toman decisiones de naturaleza moral en el curso de sus trabajos porque estos profesionales son inherentemente morales y en el rol de su entrenamiento profesional involucran juicios sobre la experticia hacia los mejores intereses de los otros, de sus pacientes. El gran problema es que en esta creencia, los médicos pueden creer hacer el bien, tomando decisiones inadecuadas o a veces

²⁸ Véase el Glosario.

cruels. Aunque sabemos que estas decisiones tampoco son tan “voluntarias”, dado el entramado institucional, la conducta médica es un conjunto de decisiones y actos que están moldeados sobre las normas y los procedimientos de la medicina de manera inmediata, olvidando así que la conducta es en realidad, una forma de vincularse con esas normas para hacerlas válidas en la realidad.

En cuanto al beneficio del tratamiento, es el fundamento de todo acto médico que siempre debe estar el beneficio del paciente, pero la bioética agrega que estos beneficios sean evaluados por el paciente, no por el agente. Es el paciente o afectado quien debe decidir si valora los beneficios de un tratamiento (Kottow, 2005) y nunca el médico, al menos no un médico paternalista.

Un punto transcendental es la exclusión de los afectos por parte del médico paternalista, que no son únicamente los afectos del paciente, sino los que el propio médico siente por “su” paciente. Vinculados en una “relación” los sujetos, ya sean enfermos o galenos, se organizan y dan significado a los conocimientos adquiridos por medio de su experiencia, sujetándose no sólo a un aprendizaje conceptual, sino a aspectos emocionales, afectivos y a esquemas de acción (Gil, 2004). Es decir, los afectos no se pueden evadir, están implicados en todas las acciones que realizamos.

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 médico se convierta en “todo amor” con su paciente, ya que como lo menciona Lolas (2002), un mal médico 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.

Entonces, parece que se necesita una *praxis* más consciente de los límites y alcances, entendiendo la existencia de motivaciones conscientes e inconscientes, reconociendo angustias y miedos, examinando 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, 2002). De esta forma, el trabajo profesional sería una mezcla equilibrada de intuición, conocimiento, experiencia y emoción.

Este cambio propuesto no es fácil, pues además de un cambio de paradigma o una ruptura histórica, se requiere de un *ethos* médico distinto, que está incluido en el principio bioético de la beneficencia. En este trabajo reflexionamos, no sólo en la autonomía de los pacientes en contraposición del paternalismo, sino también en la beneficencia, como un modo de ser del médico, apelando más allá de una alternativa, a un *ethos*, como fundamento del tratamiento y trato a los sujetos con conductas suicidas. El *ethos* determina el “modo de ser”, se construye por las acciones habituales en la vida cotidiana, en un espacio temporal, en una estructura social, permitiendo la identidad al interior de un grupo de pertenencia, construyendo un proyecto que se inicia con el reconocimiento de la memoria histórica singular y colectiva (Gil, 2004)

El *ethos* remite a una concepción sobre la ética, a ciertas formas de comportamiento que se adquieren por medio de una estructura familiar, cultural y/o educativa (Gil, 2004). “El *ethos* médico que conocemos está dado por estructuras de poder que han mediado la institucionalización de la medicina y el ejercicio de la profesión médica, permitiendo que se construya un modo de ser, de vivir, de actuar, de mirar, de expresar” (Gil, 2004, p. 60) de manera mayoritariamente paternalista.

El *ethos* del médico de la beneficencia bioética, se cifra en esencia en su capacidad de un genuino respeto por el paciente, de comprensión y compasión por “sentir con” el otro, se cifra en su capacidad de apoyo, generosidad, solidaridad, “benevolencia”, en una vinculación humanizada (González, 2000).

Sin este *ethos* médico como fundamento de la beneficencia, el tema de la negación, evitación o miedo a los afectos en el discurso médico, continuará obstruyendo la presencia del diálogo bioético, y seguirá fomentando otros elementos (el estigma, la empatía, la falta de escucha y de remisión, etc.) que afectan la terapéutica del intento de suicidio, como se mostró en los discursos de los participantes, pero sobre todo mermará las virtudes y los valores del médico.

El paternalismo existente en la investigación mostró los valores y virtudes que los médicos han heredado por siglos, desde tiempos hipocráticos. En este trabajo, ambos aspectos éticos y morales no sólo fueron elementos de disenso y consenso tanto de la beneficencia como de la autonomía, sino que generan otros dilemas éticos en la atención del intento de suicidio.

Las cuestiones morales surgen, precisamente, en el contexto de un conflicto entre valores: el conflicto raramente adopta la forma de lo correcto e incorrecto, sino que por lo general se ha de decidir entre dos valores deseables, por ejemplo, la amistad (ver al médico como amigo de acuerdo

con los pacientes) y la objetividad (los psiquiatras expresaron que ellos no son amigos porque son objetivos), aunque son mutuamente excluyentes.

Lo más curioso es que al igual que los afectos, los valores propios de los médicos parecían ser negados, en las entrevistas, por ellos mismos. No obstante, las costumbres morales, las creencias religiosas y las normas legales están implicadas en la medicina como práctica social (Lolas, 2002a). Sin embargo, 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).

El diálogo bioético es fundamento discursivo de la integración de perspectivas (ciencia y tecnología) y su dilucidación requiere de una axiología empírica que fundamente una psiquiatría basada en valores, que orienten y justifiquen principios morales y normas de conducta. Lolas y Valdebenito (2004) señalan que la incorporación de la noción de una práctica de la medicina valóricamente fundada (*value-based medicine*) en contraste con la más usual (*evidence –based medicine*) es porque las percepciones y construcciones de lo normal y patológico, están implícitas en la práctica médica y pertenecen a la cultura.

Quizá con la propuesta de los autores chilenos, se permita abrir una condición de posibilidad para que los médicos hagan valer su derecho a la objeción de conciencia, como imperativo de la ética médica y de la bioética. La acción objetora es de gran dignidad ética (Lee et al., 2006), por un lado, porque ejercen 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 significa para ellos el intento de suicidio, remitiendo al paciente que presenta dicho acto. Por otro lado, es un acto de prudencia que evita lesionar la integridad valórica de propio médico y a su vez de los pacientes.

En materia de virtudes y valores, habría que tener mucho cuidado, como ya se mencionó, debido a es un punto inherentemente dilemático, en este estudio, no hubo excepción. En el consenso de las virtudes y valores entre el médico y el sujeto que intentó suicidarse, en cuanto al principio de autonomía, se ejemplifica claramente que es uno de varios dilemas éticos que surgieron. Recordemos que los psiquiatras mencionaron que utilizan las creencias religiosas consideran al suicidio como algo pecaminoso y quien lo realiza como pecador, para “hacer entender” a los pacientes que tienen que salir adelante y así intentan evitar un nuevo intento de suicidio. El dilema está en el médico con tal argumentación puede evitar un daño, el intento suicida, pero estará reforzando el estigma en dicha conducta y en su ejecutor, claro lo más

benéfico será lo primero, pero lo segundo es un mal, porque además de no respetar los valores y creencias del paciente, es una práctica coercitiva impuesta bajo el nombre de prevención (Szasz, 2002), en donde la coerción psiquiátrica sustituye a la coerción teológica, que reza que toda criatura viviente es propiedad de Dios, y basándose en ello, todo sujeto pertenece al soberano (Szasz, 2002), que ahora se representa en el médico.

Es cierto que intentar persuadir a una persona para que se abstenga de actuar de una manera que consideramos prejudicial para sus intereses morales, económicos o sanitarios es siempre algo permisible, pero esto no justifica sustituir la persuasión por la coerción (Szasz, 2002). También es real que los galenos tienden a asumir que otros (los pacientes) comparten los mismos valores o motivaciones y expectativas. Esto puede oscurecer el significado de la comunicación con la asunción de la que gente dice las mismas cosas en diferentes palabras (Kentsmith et al., 1986).

Por esta acepción, el principio de autonomía, que considera 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, se difuminó ante el paternalismo prevaleciente. No obstante, del principio de beneficencia es rescatable como valor de la persona del médico, la labor humanizante que hace, ayudando a adoptar libremente las decisiones que inspire la prudencia (Chauchard, 1967), como principal virtud. Aunque al parecer los galenos entrevistados no siempre vislumbraron el justo medio de las virtudes manifiestas (confianza, paciencia, templanza, etc.), los pacientes alcanzaron a reconocer que la virtud se apreciará más en las cualidades empáticas y benevolentes del médico, mediante las cuales ellos percibieron la sensación de estar protegidos (Kottow, 2005). Por ello, no hay que olvidar que el *ethos* de médico de la beneficencia apela e incluye los valores y virtudes.

Con base en lo anterior, podemos reconocer que la relación médico-paciente no es una relación única y estática, sino un encuentro complejo y progresivo (Tauber, 2005), en el que ambos actores pueden 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, queda claro, que más que el paciente (autónomo o no) la responsabilidad del médico (beneficente o paternalista) consiste “en hacerse cargo de la asimetría de autodeterminación que hay entre el galeno y paciente, en tomar consciencia de la asimetría que está en permanente riesgo de traducirse en autoridad hecha poder. La responsabilidad del médico le impone 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).

En la relación terapéutica que se establece para tratar los casos de intento de suicidio, existe una asimetría, a veces voluntaria y otras involuntarias, en ocasiones necesaria y en otras inútiles. Lo grave es que esta situación lineal puede llegar a extremos donde exista un trato indiferente carente de conmiseración por el paciente, convirtiéndose en la deshumanización de la medicina. Contra ello, habría que percibir las circunstancias del paciente, su dependencia misma ante el médico y su necesidad de protección, apoyo y ayuda efectiva. Esto conlleva a una exigencia de la genuina *philía* y de conjuntar en una sola vivencia, en una sola actitud, en un solo trato, el respeto y la compasión (González, 2000; Tauber, 2005). En otras palabras, la ética revela que la responsabilidad de cada quien tiene ante sí mismo y su propia conciencia, la tiene en el fondo ante los demás (González, 1996).

Bajo la idea de la responsabilidad simultánea (con uno mismo y los otros), en el modelo interpretativo se desarrolla una relación entre médico y paciente, que se ciñe a los cánones éticos de la comunicación y diálogo. En este sentido, Kottow (2005) menciona que “la experiencia médica ratifica que la calidad y eficiencia del encuentro clínico se acrecienta mientras más interpersonal sea la relación entre médico y paciente [...] Más aún, mientras mejor sea la empatía con su médico, más razonable será el paciente en sus expectativas de curación, aceptando limitaciones” (p. 229).

De la misma manera, en el modelo interpretativo, el médico tendría que tener presente la autonomía disminuida del paciente, entender que la autonomía es gradual, vale decir, puede ser relativa, por momentos o permanentemente (Álvarez, 2002; Beauchamp y McCullough, 1983), pero esto 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 el paciente es tratado como un incapaz, incompetente *a priori* o en general, el médico no podrá entender que el intento de suicidio diádico puede interpretarse como una forma de enfrentar un destino con un dolor o mal subjetivo (humillación ante una infidelidad, la mala relación con la madre, la no aceptación de la orientación sexual, es decir, duelo, depresión, pocas ganas de vivir, miedo) considerado peor que la muerte. Por ello, quitarse la vida es una acción orientada al futuro, una anticipación (Szasz, 2002).

Desde la psicología²⁹ entendemos que la persona totalmente autónoma no existe; somos más o menos autónomos, siempre en función de las circunstancias y de las comparaciones con los demás o con nuestro pasado o futuro. Esto no resta valor al término, aunque obliga a tener en cuenta que nuestra necesidad de autonomía es intrínsecamente contradictoria con nuestra necesidad de relacionarnos con otros seres humanos (Szasz, 2002). Ejemplo de este argumento es cuando los pacientes buscan la ayuda del médico y se “ponen en sus manos”; de la “independencia” pasan a la “dependencia” en la relación con su médico.

También es cierto que el problema de la valoración moral del suicidio permea no sólo la institución médica, sino la jurídica, entre otras. Pero en ningún ámbito puede responderse con intolerancia e irracionalidad condenando sin piedad a los suicidas (como si su acto obedeciera a una pura “maligna voluntad”), ni tampoco, puede verse en él un acto indiferente nacido de la absoluta fatalidad y ajeno a toda valoración y a toda responsabilidad (González, 1996). 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 del cual el hombre 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, p103).

El suicidio plantea problemas de índole tan compleja y profunda, que no pueden responderse con soluciones rígidas, unívocas y definitivas (González, 1996) como lo sería un paternalismo médico. Sabemos que la muerte o la amenaza de muerte nos ponen frente al más radical hecho que invalida todo el sentido de la vida y pone en tela de juicio cualquier empeño moral.

Con lo anterior, se nos puede criticar de estar a favor del suicidio, de promoverlo o de aceptarlo sin prejuicio alguno. Ante esta crítica, la respuesta es que la muerte no invalida la ética, ni disuelve las diferencias entre bien y mal sino que las confirma de manera absoluta. Por ello, la afirmación de la vida y el rechazo a la muerte es, primordialmente imperativo ético (González, 1996). No está en nuestro poder evitar la muerte pero sí está en nosotros la respuesta ética y vital ante la muerte, la cualidad moral de ésta, su bien o su mal: su sentido propiamente humanizado. Para eso, apelamos al *ethos* del médico, cuyo fin sería luchar contra el dolor del paciente, de su cuerpo, y no sólo buscar asegurarle la sobrevivencia. Darle al “alma” la oportunidad de

²⁹ En particular la psicología que estudia los procesos de la subjetividad.

salvaguardar su margen de “autonomía” disminuida, como en el caso de los pacientes con intento suicida.

Hasta aquí hemos discutido los posibles elementos disyuntivos y concordantes sobre el principio de beneficencia y el de autonomía que parecen obstaculizar o facilitar, dependiendo del caso, la terapéutica de los casos de intento de suicidio. Sin embargo, en los discursos de los sujetos que atentaron contra su vida y los psiquiatras, también aparecieron, como anteriormente se mencionó, otros elementos que podemos llamar circundantes y que están íntimamente ligados a la atención médica. Algunos de estos temas son: la falta de escucha, la falta de remisión de un servicio de urgencias a un servicio especializado de salud mental, el estigma, la empatía pero sobre todo, la intuición del galeno que es a fin de cuentas con la que se atienden estos casos.

Esos elementos circundantes quizá apunten a la angustia y el miedo presentes en los profesionales de la salud que atienden a pacientes que han intentado suicidarse. Este señalamiento no es peyorativo, más bien, entendemos que en la atención a este tipo de pacientes, el profesional de salud, en especial el médico se sitúa en medio de una fuerte ambivalencia que crea un conflicto interno. Por un lado, el médico debe mantener y llegar al mandato de la institución médica- del modelo paternalista que se empeña en erradicar las emociones, expulsar la subjetividad (Tauber, 2005) negar los estigmas sociales y mantener estándares objetivistas y cientificistas. Por otro lado, el galeno, en la práctica “inmediata y realista”, podría actuar dejándose guiar en su sentido común.

La intención de enunciar estos elementos circundantes en la terapéutica del intento de suicidio es alejarnos de los juicios de valor hacia los médicos y entender que la institución médica ha quedado bajo los imperativos sociales que constituyen principios de autoridad, cuya función es determinar la obligación de cada cual, y en donde las costumbres se institucionalizan, como el paternalismo médico; por ello, los médicos y los pacientes, como una díada mantienen y se sujetan a dicho modelo.

Los discursos se encuentran íntimamente ligados a la mirada de los otros, lo que ha permitido que la ciencia médica, los médicos y la enfermedad se institucionalicen estableciendo reglas, normas, disciplinas, códigos, es decir, toda una estructura que ha marcado, junto con otras instituciones, el devenir de la sociedad (Gil, 2004).

El médico, el profesional de la salud, parece haberse ganado el derecho a la autonomía de determinar el mejor modo de ejercer su experticia. Pero el médico no es libre de aplicar incondicionalmente su saber. Hay múltiples instancias que le obligan a considerar el contexto de esta aplicación, instancias que van desde los deseos del paciente (temor al riesgo, indisposición a

sacrificar calidad de vida), las normativas institucionales y legales y, ante todo en la medicina contemporánea, las restricciones económicas impuestas por el financiamiento y la administración de los servicios médicos.

Los profesionales a menudo deben lidiar con genuinos dilemas morales que implican un conflicto entre valores que se desean preservar-valores tales como el bienestar del paciente, su derecho a la privacidad y a la confidencialidad, la equidad, la veracidad, la integridad personal, la lealtad da un colega, el bien público, entre otros-. En ninguno de ellos, el profesional puede escapar a tomar una decisión moral.

Es lógico que el profesional de la salud se sienta incómodo frente a la superposición de incertidumbre y responsabilidad que le exige el mundo en el que estamos. ¿Qué profesional puede dominar todos los ámbitos del conocimiento? El buen profesional no puede dudar, entre otras cosas, porque no puede eludir el tomar una decisión, tiene que actuar. Sin embargo, la falta de certezas sólidas no puede ser excusa para eludir la responsabilidad profesional o ética (Camps, 2006).

A los profesionales de la salud se les caracteriza y jerarquiza por sus años de formación, por sus conocimientos y estudios, por el modo en que dicho conocimiento se pone al servicio de sus pacientes, por su defensa de ciertos valores fundamentales y por la atención depositada en las necesidades de sus pacientes.

Sin embargo, como Priani (2004) expresa, cuando los residentes tienen demasiado trabajo se preocupan menos por sus pacientes y la empatía, y se preocupan más por ellos mismos. El entrenamiento riguroso y estresante, el trato inconsciente y a veces cruel para los estudiantes y residentes irremediamente resultará posteriormente en un comportamiento indeseable y de cuidado sub-óptimo hacia los pacientes. Por ello, es importante comprender que la formación académica nos hace depositarios de bienes universales y nos otorga en realidad “poderes” decisivos. Hay ciertamente un poder inmenso en el saber, pero sin ética, los bienes del conocimiento pueden tornarse lo contrario. El saber no vale por sí, sin sus fines éticos (González, 1996).

Muchos de los practicantes conocen muy poco de cómo el estudio de la ética y bioética puede ayudar, porque hay poca familiaridad con la filosofía y no se entiende el efecto que puede tener sobre sus decisiones. Los practicantes pueden tomar decisiones mejores y ser más claros en sus valoraciones aplicando un pensamiento ético y bioético en su práctica (Kentsmith et al, 1986).

El afán de “hacer bien” lo que se hace, de hacerlo de la mejor manera posible, con excelencia, es inherente también a la ética del trabajo profesional. Coincide con lo que debe entenderse por “profesionalismo”, el cual no es otra cosa que esa responsabilidad básica manifiesta en el trabajo bien hecho (González, 1996).

Por último, la prevención del intento y del suicidio, parece que no tiene grandes esperanzas con el paternalismo, pues ha sido con este modelo que desde siempre que se ha tratado de prevenir. Continuar con el paternalismo que practican los médicos psiquiatras y mantiene los pacientes que intentan suicidarse parece que abre un dilema ético ante la idea de tratar de cambiar a otro tipo de atención y prevención, sustentadas en la bioética. Nuestra insistencia no obedece a una necesidad científica, sino a entender que la bioética nos permite ver que distintas concepciones de lo bueno tienen que tratar de convivir dentro del margen de lo justo (Beuchot, 2005); por ello, habría que continuar utilizando las herramientas de la bioética y la psicología en aras de la prevención del fenómeno suicida.

En esta discusión tratamos de dar una panorámica amplia de los puntos más relevantes a deliberar de toda la investigación, centrándonos principalmente en los hallazgos obtenidos. El siguiente paso es dar cabida a algunas propuestas que intentan tener repercusiones bioéticas potencialmente significativas en el escenario clínico, ofreciendo al equipo de salud, con base en los resultados, un análisis de los elementos presentes, desde una perspectiva bioética, que le permita actuar de acuerdo a la beneficencia, virtudes y deberes frente a casos de intentos de suicidio.

Para finalizar este capítulo, es importante mencionar que el análisis y la acción bioética representa un desafío, quizá la mayor de las emociones y frustraciones en el área de la investigación, porque confronta a los profesionales de la salud mental. Estos desafíos son imposibles de ignorar o evitar porque esta es un área de investigación que requiere que cada practicante de la salud mental de manera individual haga una contribución (Kentsmith et al., 1986), al menos en su práctica cotidiana.

CAPITULO VIII. CONCLUSIONES

*En la medida en que el saber, el conocimiento, tiene una forma,
en la medida en que funciona de manera tal que
es capaz de generar el éthos, es útil.*

Michel Foucault

En este apartado se abordan las principales conclusiones del trabajo de investigación. Además, se esbozan algunas propuestas que intentan tener repercusiones bioéticas potencialmente significativas en el escenario clínico, ofreciendo al equipo de salud, con base en los hallazgos, un análisis de los elementos disyuntivos y concordantes de los principios bioéticos, que le permita actuar de acuerdo a la beneficencia, virtudes y deberes, frente a casos de intentos de suicidio.

La diferencia entre un dilema moral y otra clase de problemas es que en el dilema se pone en juego ciertos valores, mientras que los problemas corrientes tratan de hechos. Aunque los hechos son muy importantes para tomar decisiones morales, éstas involucran juicios de valor que no están presentes en los hechos (Cohen, 2007). Con este planteamiento, desde el inicio del trabajo, argumentamos que el dilema ético que se presenta en el intento de suicidio es una disyunción entre los principios bioéticos de beneficencia y autonomía, debido al paternalismo en la atención a los sujetos suicidas en escenarios clínicos.

Para solventar el dilema ético del intento de suicidio, el propósito de la presente investigación fue comprender primeramente, los significados de las concepciones bioéticas (autonomía y beneficencia), para posteriormente aproximarnos a los elementos que contribuyen a una posible disyunción entre estos principios en los discursos de ambos actores (personas suicidas y equipo de salud) que dificultaron la terapéutica del intento de suicidio.

De esta forma podemos retomar cuatro puntos para desarrollar en este apartado:

1. El significado de beneficencia y autonomía en la experiencia de la atención médica a los sujetos que han intentado suicidarse.
2. El significado de autonomía y beneficencia en cuanto a las decisiones y acciones de los sujetos suicidas para el equipo de salud tratante.
3. Elementos paradójicos sobre la autonomía (acciones terapéuticas).
4. Los componentes discordantes de la beneficencia (sobre las acciones terapéuticas).

8.1 SIGNIFICADOS DE LOS PRINCIPIOS BIOÉTICOS

Los principios bioéticos se consideran como orientadores que no eximen del análisis ético y que deben aceptar la crítica de no estar arraigados en leyes morales reconocidas como absolutamente válidas (Kottow, 2005). Lo anterior implica que los principios pretenden ser universales, pero en realidad se trata de puntos de encuentro de las diferentes variantes morales y por ende son medios para el diálogo (Mondragón, 2007). En este sentido, es importante preponderantemente aproximarnos a los diversos significados que los sujetos atribuyen a los principios de beneficencia y autonomía, como contenido y referente discursivo, para que consecutivamente podamos entablar un diálogo.

El significado de beneficencia y autonomía en la experiencia de la atención médica de los sujetos que han intentado suicidarse.

Beneficencia o de las virtudes y deberes. La beneficencia se significó como los bienes que se obtienen del tratamiento de manera rápida, el sentirse mejor o bien, las características de los médicos, su *ethos* o modo de ser, las virtudes, los valores y los deberes de los galenos; la beneficencia parecer ser la buena relación médico- paciente- familia.

El medicamento puede ser considerado un bien y un mal. Se considera un bien porque atenúa la ansiedad, la falta de sueño, la angustia. Es un mal, porque no “quita” el dolor psicológico que provoca la humillación por la infidelidad, o la aceptación de haber contraído una enfermedad mortal; además el medicamento fue la vía de acceso como método utilizado para el intento suicida.

La beneficencia es quizá esperar del médico las instrucciones de qué hacer, de forma verbal o a través de la prescripción de los medicamentos. Cuando no existe un beneficio inmediato del tratamiento, se recurre a otros métodos como el consumo de alcohol o bien, a otros tratamientos alternos, para tratar de estar mejor, de curarse, aunque en ocasiones las indicaciones médicas sean contrarias y coloquen a los pacientes “entre la espada y la pared” a la hora de tomar las decisiones.

Un médico virtuoso es el que está “preparado”, es decir, es un profesional, actualizado en el tema de la conducta suicida, asimismo, es una persona comprensiva y bondadosa. El médico puede representar autoridad porque “responde” a lo que el paciente pregunta, da la “recomendación, la opinión”, pero de igual forma es como un amigo; además, al médico “no se le oculta nada”, se le tiene que “decir todo” porque es una persona confiable.

En la relación médico-paciente, el médico acompaña, apoya y responde en el momento en que los pacientes lo necesitan. Estas características pertenecen a un modelo interpretativo, en el

que también pueden incluirse los afectos. Sin embargo, los afectos suelen significar un bien y un mal. Un bien, en el sentido de que, los pacientes deseaban que sus médicos fueran más afectivos, cálidos como componentes de un modelo interpretativo; pero del mismo modo, pueden representar un mal, pues al ser cálidos, los pacientes “caerían en una dependencia emocional”.

El lugar de la familia en la relación médico-paciente, puede ser nuevamente un bien pero también un mal. Como bien, al ser el sujeto que intentó suicidarse miembro del sistema familiar tendrá los mismos valores y creencias que sus familiares, lo que permitirá que los afectos y preocupaciones de éstos contribuyan a la recuperación de la autonomía del paciente. Como mal, la familia en muchas ocasiones es paternalista.

Finalmente, los pacientes exaltan todos estos elementos como significado de la beneficencia, no obstante, argumentos como que esperan que los “lleven casi de la mano...para ir superando” o bien, que les digan “esto es lo que tienes que hacer”, podrían significar que los pacientes buscan una relación paternalista más que beneficente.

Autonomía o de respeto por las personas. La autonomía parece significarse en la elección de quitarse la vida, en estar consciente de los motivos que llevan a dicho acto, y en la asunción del resultado de la esta acción. También la autonomía es “entrar en razón” que se traduce en la decisión de ir por su propia voluntad al tratamiento, como disposición y compromiso de acudir a éste y que a su vez evita actuar sólo por los impulsos o las pasiones, o bien, por las necesidades de los demás.

La conciencia de sí mismos de los pacientes concedió el reconocimiento de la gradualidad de su autonomía, manifestada en su malestar, en su falta de control, quizá como “perdida de la razón”, esto permitió la búsqueda de ayuda.

Por otro lado, los pacientes significaban su autonomía con una toma de decisiones, misma que en muchas ocasiones no llegaron a realizar, lo cual podría interpretarse como reducción de la autonomía. Desde el enfoque médico jurídico, los criterios de autonomía y competencia, nos ha permitido comprender que los tres sujetos que intentaron suicidarse presentaron una autonomía reducida y una competencia disminuida.

El significado de beneficencia y autonomía en cuanto a las decisiones y acciones de los sujetos suicidas para el equipo de salud tratante.

Beneficencia o de las virtudes y deberes. La beneficencia puede significarse en lo que se considera una “buena” relación médico-paciente, en las decisiones que toma el médico sobre el tratamiento, en los beneficios que tiene el tratamiento, en la intuición para la atención, en la empatía, en la falta de escucha, en el reconocimiento de las emociones, en el estigma del intento suicida y en los valores y creencias implícitos en el tratamiento.

La “buena” relación médico-paciente podría ser construida por el galeno, a través de poner límites y de ser objetivo. El médico da las órdenes para cambiar la actitud del paciente, para que no vuelva a intentar quitarse la vida, lo ayuda a resolver sus problemas con psicofármacos a fin de “formarle” el juicio, que el paciente perdió con la enfermedad. En sí, este tipo de relación es un bien. Dentro de dicha relación, los pacientes parecen ser considerados como personas con estructuras frágiles y como niños que necesitan aprender límites, además durante el tratamiento, los pacientes cambian y tienen muchos matices. La “buena” relación incluye constancia, negociación y límites. En esta relación, el médico involucra a la familia del enfermo, aunque sabe que la responsabilidad del buen funcionamiento de la relación quizá depende de él.

Las decisiones que se toman durante el tratamiento generalmente las hace el médico, ya que el paciente está deprimido y tiene un juicio nublado por su ideación o intento de suicidio. Por ello, las decisiones pueden ser tomadas por el médico previa consulta a los familiares, y se consideran bienes para los pacientes. Asimismo, se firman papeles que formalizan las decisiones tomadas, entre el galeno y la familia, hasta que al paciente le hagan efecto los medicamentos y pueda asumir toda la responsabilidad del caso.

Entre los posibles beneficios del tratamiento se encuentran: la empatía, la psicoterapia del médico y la relación médico-paciente en general, pero principalmente, los pacientes no quieren beneficios sino un médico paternalista que les diga qué hacer y cómo deben ser las cosas. Así, el paternalismo necesario puede concebirse como un bien.

El estigma del intento de suicidio es porque este acto no se considera un problema médico; además se estigmatiza al paciente porque quizá el galeno se siente fatigado, de mal humor o porque no hay empatía. Con esto, el estigma es reconocido como un mal.

La empatía que el médico siente durante el tratamiento es con la familia del paciente y no con éste. Mucho tiene que ver con la personalidad del médico, si a un galeno le provoca “coraje”

el intento de suicidio, entonces no tendrá empatía con el paciente que lleva a cabo este acto. No obstante, esta falta de empatía se puede traducir en un mal.

La falta de escucha probablemente es porque, por un lado, los pacientes que intentaron suicidarse representan muchos problemas, los cuales el médico no sabe cómo manejar, por otro lado, son personas que quieren que les digan lo que tienen que hacer y no les gusta, les desespera, la actitud del psiquiatra perfecto, es decir, pasivo y receptivo. Igualmente, la falta de escucha puede darse porque no hay mucho tiempo de consulta para escuchar al paciente y resolverles sus problemas, por ello, es que se debe centrar la escucha en las partes en donde el paciente exprese por qué se quiere matar. Aunque en realidad, la falta de escucha es entendida como un mal

La beneficencia se significó como la intuición, sentido común o *“feeling”* que se necesita para atender a los pacientes. Estos no se enseñan en la escuela, en la formación profesional, se aprenden con la experiencia; hay que confiar en ellos porque representan un criterio para “diagnosticar” a los sujetos que están en riesgo suicida, es decir, es algo que se “siente” que avisa que el paciente se va a matar. Es decir, aplicar el sentido común en la atención a estos pacientes con intento de suicidio puede ser considerado un bien.

En relación a los valores y creencias, lo benéfico podría manipular las creencias religiosas y algunos aspectos morales de los pacientes, ya que con estos, los médicos pueden “hacer entender” a los sujetos que intentaron suicidarse que tienen que salir adelante. Pero para los psiquiatras, los valores y creencias de los pacientes son los únicos que están implicados durante el tratamiento; es decir, ellos no toman en cuenta sus propios valores y creencias que también están implícitos en la relación con el paciente.

La beneficencia también tuvo un gran significado con las emociones. Los afectos pueden representar un mal para los propios médicos, pues son considerados como riesgos de trabajar con los pacientes que han atentado contra su vida, por ejemplo, frustración, impotencia, irritabilidad, agresividad, etc., también porque crean una gran incertidumbre, es decir, no se sabe si el paciente va a vivir o morir, ya que su “enfermedad” o tratamiento no tiene que ver con un designio o con el destino, sino con la propia voluntad del paciente. De igual manera, trabajar con casos de intento suicida, quizá provoca miedo, pues si el paciente se mata, el médico interpreta este hecho como un error de él, que lo hace sentir culpable.

Los afectos también podrían representar un bien, al aprender a “utilizarlos” para atender mejor a los pacientes, como la “contratransferencia”; asimismo, pueden trabajarse en psicoterapia

para que los médicos se conozcan bien y sepan cómo manejar sus emociones, o bien, apoyarse en grupos especializados o en supervisión con otros médicos.

Finalmente, el principio de beneficencia puede significarse idealmente en lo que sería el mejor tratamiento para los casos de intento de suicidio, el cual incluye el tratamiento farmacológico, trabajar con la impulsividad, la afectividad y la contención, que el médico se haga presente con el contacto, la escucha, con tiempo y espacio, y no siendo rígido. Es decir, que la relación médico-paciente se sustente en la confianza, comunicación y paciencia.

Autonomía o de respeto por las personas. La autonomía se reconoce en el momento en el que el paciente se siente mal y busca ayuda, o bien, hasta que el medicamento hace efecto, o hasta que el paciente deja de estar enfermo, pero principalmente cuando se suicida.

En un primer momento se entiende que la autonomía del paciente lo lleva a suicidarse durante el tratamiento, pero en realidad, los galenos expresan que con este acto mortal se debe evaluar la actuación del médico, ya que se considera un error por parte de éste.

Los pacientes parecen no ser autónomos, porque no tienen conciencia ni juicio, el médico regula el juicio, modulando el sistema serotoninérgico del sujeto para reducir su ideación y evitar que atenten contra su vida nuevamente.

La autonomía es la búsqueda de ayuda que hacen los pacientes cuando se sienten mal, ya que esto es un acto voluntario, que a su vez permite prevenir un intento suicida.

En general, no se puede significar algo que se considera ausente, o que simplemente no se reconoce, como pasa con la autonomía disminuida del paciente con intento suicida.

8.2 ELEMENTOS PARADÓJICOS DE LOS PRINCIPIOS BIOÉTICOS

Elementos paradójicos y concordantes sobre la beneficencia (acciones terapéuticas)

Los elementos paradójicos y concordantes del principio de beneficencia parecían estar relacionados a la relación médico-paciente, al tratamiento (decisiones y beneficios), incluyendo el medicamento, a las virtudes y valores atribuidos a la persona del médico, y a los afectos.

Ciertos elementos fueron parte del disenso y consenso entre los médicos y los pacientes, algunos de éstos son: la concepción de lo que se considera una “buena” relación médico-paciente, el beneficio del tratamiento, el medicamento y las virtudes y valores.

La “buena” relación médico-paciente: fue un elemento disyuntivo porque los pacientes plantean esta relación desde un modelo interpretativo, en donde el médico acompaña, apoya y responde a las necesidades del paciente, en tanto, los médicos la fundamentan con el paternalismo, es decir, les dan órdenes a los pacientes para que cambien su actitud. Como elemento concordante la “buena” relación entre el galeno y el sujeto que intentó suicidarse, se dio en términos hipotéticos, es decir, en cómo debería de ser... así ambos actores estuvieron de acuerdo en que este vínculo debe contener confianza, apoyo, comunicación, acompañamiento y paciencia.

La demanda terapéutica es la resolución de sus problemas y fue un componente de consenso, ya que ambos actores saben que si el galeno no cumple tal demanda, el sujeto atentará contra su vida; o bien, recurrirá a otros métodos, como el consumo de alcohol.

Las decisiones del tratamiento: incluyó elementos quizá más paradójicos, porque cuando el paciente expresa que no está de acuerdo con el tratamiento, no va a tomar el medicamento o no se quiere hospitalizar, de antemano no es tomado en cuenta, dado que el médico considera que los pacientes tienen un juicio nublado y por tanto no están bien para tomar decisiones.

La familia como tercer actor: este elemento fue un consenso entre médicos y pacientes, ya que la familia es considerada como otro actor paternalista que procurará el bienestar de su enfermo sin tomar en cuenta sus propias decisiones.

El beneficio del tratamiento: parece ser un factor de discordancia y concordancia. La diferencia de opinión está relacionada a que los pacientes exigen un beneficio inmediato del tratamiento, pero los médicos saben que no hay un pronto beneficio; no obstante, el galeno se atemoriza porque no sabe qué hacer si el paciente expresa que no ve beneficio de su tratamiento. De manera análoga, el beneficio del tratamiento puede ser visto como la forma paternalista, es decir, los pacientes esperan que los “lleven de la mano” y les digan lo que tienen que hacer.

El medicamento: como componente antitético, el psicofármaco no quita el malestar psicológico y es usado como método del intento suicida, y es que si esto sucede, el intento, el médico elevará la dosis o cambiará el fármaco. Por otro lado, de común acuerdo, el paciente y el médico saben que el medicamento quita la ansiedad, la falta de sueño y puede permitir que los pacientes bajo su “efecto” puedan ya tomar decisiones.

El intento de suicidio estando en tratamiento psiquiátrico: puede interpretarse como un punto en el que concuerdan médicos y pacientes, pues al ser diádico el intento de suicidio, el

médico puede representar ese otro al que se le quiere agredir con un acto autoinfligido, por eso, el paciente al sentirse incomprendido por su médico, atentará contra su vida con el fin de afectarlo.

El tiempo: es un factor discordante, los pacientes desean más tiempo de sesiones, para sentirse acompañados por sus médicos, pero éstos se ven constreñidos¹ por las instituciones en las que laboran, que sólo les permiten un tiempo limitado y fijo de treinta minutos de consulta.

Virtudes y valores: inherentemente este elemento moral es dilemático, por ello, en los discursos de los pacientes y los médicos aparece como discordante y concordante. De manera disyuntiva, el médico es visto por sus pacientes como autoridad y amigo, en cambio los médicos se ven a ellos mismos como una persona que ayuda a los enfermos a resolver sus problemas con fármacos, es decir, no es amigo ni confidente. En lo que sí están de acuerdo ambos actores, es que el médico es paciente, bondadoso, confiable, da seguridad, tranquilidad y cuida de su paciente.

La confianza en la relación médico-paciente: este elemento es primordial en la relación, por lo que los psiquiatras y pacientes consensaron que la confianza es un compromiso médico, razón por la cual se le tiene que “decir todo” al galeno.

La virtud de la excelencia: es un factor de concordancia, ya que el médico, desde antaño, es visto como un profesional capaz, cuyo conocimiento es excelso, pues sabe hasta lo que el paciente no dice.

Los afectos: fueron un punto de quiebre entre los pacientes y los médicos, porque por un lado, los primeros quieren que los psiquiatras sean más afectivos y cálidos; y por otro, los médicos tiene el deber de desvincularse, de no sentir, de crear una coraza que permita alejarse de sus pacientes.

Dolor subjetivo: tanto psiquiatras como pacientes, reconocen que el intento de suicidio es un dolor subjetivo que se denomina como pocas ganas de vivir, miedo o sufrimiento.

El mejor tratamiento para el intento de suicidio: aunque de manera muy hipotética, los sujetos que atentaron contra su vida y los galenos estuvieron de acuerdo en que el mejor tratamiento para este tipo de pacientes es a través de la escucha, del contacto, brindándoles tiempo, espacio y no siendo rígidos.

¹ Véase el Glosario.

Los componentes discordantes y concordantes de la autonomía (sobre las acciones terapéuticas).

Los elementos de disenso y consenso del principio de autonomía parecen ser concepciones sobre lo que se consideró un intento de suicidio, la búsqueda de ayuda, conciencia, juicio y voluntad, los valores y creencias y finalmente, la prevención del intento de suicidio.

El intento de suicidio: es considerado por médicos y pacientes como un acto para llamar la atención.

Búsqueda de ayuda: es un elemento en donde tal parece que hay acuerdo, ya que es único acto reconocido por los psiquiatras como voluntario y autónomo de los pacientes. Al sentir que pierde el control el paciente busca ayuda.

Conciencia, juicio y voluntad: estos son conceptos que son discordantes entre médicos y pacientes, para estos últimos, el intento de suicidio es acto consciente y “bien pensado”, pero para los galenos, los sujetos con intento de suicidio no tienen conciencia porque pierden el juicio, el cual será devuelto por el psiquiatra al modularle su sistema serotoninérgico.

Valores y creencias: Estos componentes morales son tanto de disenso, como de consenso. Para los pacientes el intento de suicidio se da porque ya no se quiere vivir y se quiere dejar de sufrir. En cambio, para algunos médicos, el acto fallido es “rendirse antes de luchar”, es decir, se contrapone al valor de la vida: lo que en este caso representa poco respeto por las creencias y valores de los pacientes. De manera análoga, pareciera que los galenos respetan los valores y creencias de los pacientes, pues los utilizan para “hacer entender” a éstos sujetos que tienen que salir adelante, aunque en ocasiones estas medidas sean coaccionadoras y crean otros dilemas éticos.

La prevención del intento de suicidio: es un elemento concordante en el sentido de que el paciente sabe que puede “recaer”, se siente mal y ya no se controla, es cuando intenta suicidarse, mientras que el médico siente una intranquilidad, una mala sensación que de alguna forma le avisa que el paciente se va a suicidar, es decir, el psiquiatra se guía por su “sexto sentido” y de esta manera previene el intento de suicidio.

En general, podemos de alguna forma concluir que pareciera que los elementos concordantes que mayoritariamente están presentes en la concepción de beneficencia entre los pacientes y los médicos, pertenecen más al paternalismo médico que al principio bioético. Por esta misma razón, es comprensible la presencia de los pocos disensos y consensos en cuanto a la

autonomía, ya que esto da cuenta de su falta de reconocimiento en el discurso médico, incluso de la gradualidad de la autonomía, es decir, su reducción o disminución, en los sujetos que intentaron suicidarse, que ni siquiera es considerada o tomada en cuenta. De esta manera, el paternalismo que subyace en la atención de los casos del intento de suicidio puede obstaculizar la presencia y acción de los principios bioéticos, con ello, los discursos yuxtapuestos de los médicos y los pacientes, parecen dar continuidad al paternalismo y eliminar el diálogo bioético, o por lo menos, la manifestación de la beneficencia y la autonomía.

No obstante, con estos resultados, también podríamos concluir que los principios evidentemente son medios para el diálogo, cuyo “producto” más visible sería el consenso frente a ciertas decisiones que involucran a personas (Lolas, 2003), en tanto que su disenso, ayuda a formular los problemas, diseñar estrategias de resolución y permitir el ordenado debate sobre las discrepancias. En sí, el mérito de los dos principios de la bioética, beneficencia y autonomía, debe reiterarse, radica en la simplificación que otorgan al proceso de discernimiento bioético, convirtiéndolos en procedimiento para su aplicación.

Desde la realidad de la atención de los casos de intento de suicidio, el paternalismo continuará presentándose en los escenarios de salud, no sólo porque los médicos lo ejercen sino porque también los pacientes lo mantienen y prefieren. Quizá porque ambos actores no conocen otra forma de atención médica, el conservacionismo y las técnicas del bio-poder, permiten este panorama. Y es que la bioética nos ha llegado un poco tarde para hacer un cambio radical y evidente, pero eso no significa que no se pueda incidir en su aplicación, pues la condición “pontifical” de la bioética -es decir, su función y puente- está directamente relacionada con el valor instrumental del diálogo (Lolas, 2006b) en calidad de herramienta técnica que puede aprenderse y debe enseñarse.

8.3 LIMITACIONES Y ALCANCES

Como en todo trabajo de investigación existen limitaciones que debemos enunciar para poder mejorar los trabajos científicos posteriores en esta línea. Algunas limitaciones son las inherentes a al estudio científico, al método basado a la aproximación comprensivo-interpretativa, al contexto reflexivo y teórico de la bioética y la psicología, como lo discutimos ya en el capítulo anterior.

Una de las limitaciones se refiere a que nos centramos en el tema del intento de suicidio diádico. Antes de esta investigación, poco sabíamos de los componentes bioéticos implicados en la

atención de estos casos, pero al ser un tema novedoso, encontramos dificultades y limitaciones en cuando a antecedentes que sustentaran nuestro marco conceptual, teórico y metodológico. Esto aunado a que como la bioética no ha incluido en su campo problemáticas de salud mental, existe una serie de inconvenientes de distinta índole.

La interdisciplinariedad representó en ciertos momentos una limitación, aunque la investigación se fundamenta en la psicología y la bioética, en ocasiones se entendía como un estudio de orden más filosófico o biomédico. Sin embargo, sabemos que la bioética permite y es en sí misma un diálogo transdisciplinar, por ello, puntualizamos de manera muy sucinta los elementos básicos de varias disciplinas que aportaban entendimiento al fenómeno de estudio, sin profundizar en cada área del conocimiento.

El tema del derecho fue planteado de manera puntual en el marco teórico del estudio, dado que el interés fue conocer y explicitar los derechos de pacientes y médicos, pero no se abordó en las entrevistas a los participantes, razón por la cual, no se pudo retomar como un eje de discusión de los resultados. No obstante, es importante considerar la normativa jurídica en próximas investigaciones, ya que es un tema poco explorado en problemáticas de salud mental y bioética.

Un punto que puede interpretarse como una limitación entre los lectores poco familiarizados con la investigación cualitativa, y que por supuesto no lo es, es el tamaño de muestra. La aproximación comprensivo-interpretativa no pretende tener muestras representativas y resultados generalizables, sino comprender su objeto de estudio desde una realidad narrada por los propios actores, lo cual implica otra forma de rigor sustentado en una epistemología y ontología distinta a los estudios de corte cuantitativo.

De la misma manera, los dilemas éticos que encontramos en el proceso de la investigación no los consideramos como limitaciones de nuestro estudio. Sabemos que en toda investigación surgen dilemas éticos, y en ésta no fue una excepción, pues se trabajó en un contexto moralmente heterogéneo, dando primacía a la subjetividad y al reconocimiento de la otredad, tratando de entender los procesos de individuación y del orden social, trabajando con la historicidad y la cultura, con el ejercicio del poder y con la voluntad de saber (Foucault, 1999b). Es decir, con los elementos que representan y son inherentes a la investigación psicosocial (Mondragón, 2007).

Aunque entendemos que los problemas de índole ética a los que nos enfrentamos los investigadores tienden a eludirse, quizá porque no se interpretan como tales, o porque se pueden

considerar, en la mayoría de los casos, como equivocaciones o deficiencias del propio investigador, quien no está dispuesto a exponerlos ante la comunidad científica (Mondragón, 2007), en este caso, nuestros dilemas han sido explicitados y expuestos, pues de ninguna manera en esta investigación fueron considerados como errores, sino como parte de la naturaleza moral de todo estudio científico.

En cuanto a los alcances, podríamos brevemente mencionar cuatro. Primero, señalar y exponer la necesidad de que la bioética se encargue del estudio de malestares de salud mental, como el intento de suicidio diádico; segundo, conocer y comprender los elementos de disenso y consenso de los principios bioéticos, beneficencia y autonomía, implicados en la relación médico-paciente, y que pueden afectar la terapéutica de los casos de intentos de suicidio diádico; tercero, conjuntar la psicología con otras disciplinas a fin de enriquecerlas; cuarto, aproximarnos a la realidad de los sujetos que han intentado suicidarse y los psiquiatras que atienden a este tipo de pacientes.

Con el tema de los alcances de la investigación nos cuestionamos sobre ¿cuáles son los alcances potenciales del discurso bioético en la práctica médica? (González, 2000), ¿cuáles es la utilidad bioética de los hallazgos de esta investigación? Las contestación a estos cuestionamientos se dilucidan en forma de propuestas, que a su vez obedecen a los últimos objetivos del presente estudio.

8.4 PROPUESTAS

Las propuestas que se hacen intentan poner de relieve los dispositivos (consentimiento informado, comités de bioética) desde la perspectiva de la bioética, para la aplicación de los principios de beneficencia y autonomía en la terapéutica del intento de suicidio, en el equipo de salud tratante. Además de aportar elementos metodológicos (diálogo, consenso y toma de decisiones) para estudiar la concepción de autonomía, beneficencia y los significados psicológicos del intento de suicidio en sujetos suicidas y el equipo de salud tratante.

8.4.1 El aporte de la bioética en el estudio del intento de suicidio diádico

Este apartado tiene como objetivo ilustrar la aplicación de los principios de beneficencia y autonomía en la terapéutica del intento de suicidio, como un dispositivo, en donde se deberían

establecer los elementos de cada principio, vinculados permanentemente con la práctica médica como construcción de un *ethos* médico.

Aplicación del principio de beneficencia

La justificación de la intervención médica en el intento de suicidio se apoya en consideraciones morales y éticas: el respeto a la vida y la beneficencia más de tipo paternalista. Sin embargo, de tal intervención surgen cuestionamientos sobre cómo brindar una mejor ayuda evitando los males.

La beneficencia es la virtud de hacer bien. El principio de beneficencia remite atender los intereses del paciente estableciendo las responsabilidades de los médicos, buscando el mayor beneficio y evitando los males. El principio de beneficencia está orientado a auxiliar al médico para que permita alcanzar una actitud y un comportamiento moralmente apropiado, en la atención al paciente (Beauchamp y McCullough, 1983).

El principio de beneficencia debe considerar los bienes y los males, los cuales subyacen a la aplicación de este principio. Históricamente, los bienes y los 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 juicios de valor conducen a sopesar los bienes y los males, para mejorar el malestar del paciente (Beauchamp y McCullough, 1983).

Entre los bienes el principio de beneficencia está el modelo interpretativo de la relación médico-paciente, las virtudes y los deberes. En tanto que un nuevo intento o lograr el suicidio consumado, soslayar el estigma y la discriminación, y ser un médico paternalista cuando sea innecesario, son considerados como males.

Interpretar las significaciones morales de su actuar como médico y de la solicitud expresa de su paciente, conduce al profesional de la salud a una serie de obligaciones y virtudes concretas. De manera específica, el principio de beneficencia propone virtudes y deberes de los médicos. Un médico virtuoso puede ser un profesional, actualizado en el tema de la conducta suicida, además de ser una persona paciente, bondadosa y confiable, quien tenga autoridad, pero que al mismo tiempo sea amigo. En la relación médico-paciente, desde un modelo interpretativo, el galeno tratará de evitar el estigma o la discriminación hacia su aquejado, será respetuoso de los valores y creencias de la persona que intentó suicidarse, que este interesado en todo momento de acompañar, apoyar y responder cuando el paciente lo necesite.

El médico virtuoso tendrá a su vez deberes y obligaciones, como hacer primar el bienestar y salud de su paciente durante todo su tratamiento. La beneficencia conlleva a la obligación de justificar los beneficios, superando cualquier efecto negativo que pudiera tener la intervención. Este compromiso también requiere que el médico procure por todos los medios, la mejor alternativa, con base en su capacidad profesional.

Por ello, el médico deberá estar actualizado en el tema de la conducta suicida. Asimismo, como experto, se espera que el médico pueda manejar adecuadamente sus propias emociones ante la problemática que representa un intento de suicidio. Sin embargo, el tema de la muerte que ronda dicha problemática no es fácil tratar, por esto, es recomendable que los profesionales de la salud a cargo del tratamiento de las personas con conducta suicida, tengan un apoyo psicológico, en donde puedan llevar a cabo un trabajo terapéutico, como un espacio en el que trabaje las fantasías, las emociones, los miedos, la amenaza de muerte, etc., a fin que esta psicoterapia facilite el trato ético con estos pacientes. Del mismo modo, el médico tendrá el deber de remitir o canalizar al paciente que intentó suicidarse con un colega, si éste hace uso de su derecho a la objeción de conciencia, es decir, negarse a tratar al paciente con intento de suicidio porque dicha problemática atenta contra los valores y creencias del médico. Finalmente, uno de los deberes del médico o profesional de la salud será evitar un nuevo intento de suicidio o bien el suicidio consumado.

Aplicación del principio de beneficencia en la atención al sujeto que intentó suicidarse

<i>Bienes</i>	<i>Males</i>
Evitar complicaciones médicas: un nuevo intento de suicidio.	Complicaciones médicas: nuevo intento suicida
Evitar complicaciones médicas a largo plazo: el suicidio consumado.	Complicaciones médicas a largo plazo: el Suicidio consumado.
Evitar riesgos: estigmatización y discriminación del sujeto suicida,	Falta de escucha, nuevo intento
Obligaciones: El bienestar del paciente, Respeto por los valores y creencias del paciente.	

<i>Bienes</i>	<i>Males</i>
Actualización del profesional de salud en el tema de la conducta suicida	
Posibles bienes: Modelo interpretativo de la relación médico-paciente. La objeción de conciencia Atención psicológica a los profesionales de salud que traten a personas con conducta suicida.	Paternalismo cuando es innecesario

La propuesta es que la aplicación del principio de beneficencia puede ser una manera práctica para construir una visión que permita mejorar la atención a los pacientes con intento de suicidio, ofreciendo al médico un análisis ético que pueda guiar sus acciones de acuerdo con las virtudes y deberes en su práctica médica y de esta forma reconstituir un *ethos* médico.

Aplicación del principio de autonomía

La aplicación de este principio conlleva a la pregunta de cómo éste puede ayudar al médico en la problemática en que se encuentra el sujeto que intentó suicidarse. Según Beauchamp y McCullough (1983) el principio requiere considerar las ventajas e inconvenientes de la aplicación del principio de beneficencia, y sugiere que se evite que primen las creencias personales del médico.

Con el principio de autonomía, la propuesta de aplicación es que, por un lado, aunque el agente moral puede presentar una autonomía reducida o disminuida, su dignidad humana deberá ser siempre respetada. Por otro lado, en la aplicación del principio no deben primar las creencias religiosas, ni los juicios de valor de los médicos o equipo de salud tratante al determinar sus obligaciones hacia el sujeto que intentó suicidarse tras su consulta o atención. Si estas son diferentes, o bien, tiene una implicación directa con la forma en que se conciba un intento de suicidio, por ejemplo, como: pecado, desde la religión católica; error médico, si se suicida el paciente; rendirse antes de luchar o un acto contra natura, habría que apelar a la objeción de conciencia. Así, es mejor que los médicos o el equipo de salud, remitan al sujeto con otro colega que no comparta los mismos valores y creencias que él; el médico tampoco debe actuar

contrariamente a sus valores personales básicos, hacerlo sería una violación al propio respeto de su autonomía. Esto podría evitar una estigmatización y discriminación al sujeto con intento suicida. Asimismo, puede permitir que se lleve a cabo una mejor atención, con base en la dignidad humana del individuo, cuya mayor virtud será la posibilidad de evitar nuevos intentos y la consumación del suicidio, y en donde más que nada, se prevendrá el suicidio.

Además, vale la pena repensar las metas hipocráticas, incluir no sólo los aspectos biológicos, sino como dice Pessini (2004), integrar la biografía de las personas, lo cual implica su historia, sus valores y opciones de vida, considerándolo así, como un actuante dialógico, con mayor dignidad y no estigmatizado.

Finalmente, la aplicación del principio de autonomía se ha llevado a cabo 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 médica, podría nunca llegar al paciente.

El consentimiento informado (CI) tiene que concebirse como proceso para que su discernimiento y cumplimiento posibilite el ejercicio ético dialógico, reflexivo y responsable del médico. El consentimiento informado no es un formato establecido que los galenos repliquen, se trata de que la *praxis* del CI sea una tarea cotidiana dentro de la práctica médica, como comunicación deliberativa y crítica, responsable y comprometida entre dos agentes morales, inclusive cuando exista en uno de ellos una autonomía reducida.

A manera de conclusión, los principios bioéticos, beneficencia y autonomía, deberán coexistir en la atención la persona con intento de suicidio, en aras de la dignidad humana y la prevención del suicidio. Debe enfatizarse que no podemos diseñar programas de prevención de la conducta suicida, si de antemano no existe un manejo ético en su atención.

Por otro lado, entendemos que con estos principios no se resuelven totalmente los dilemas, pero sabemos que su aplicabilidad es materia de diálogo (Lolas, 2003), ya que ambos principios (beneficencia y autonomía) son los mínimos que cualquier ser racional y con voluntad de hacer el bien acepta como punto de partida de un debate moral (Camps, 2006).

Actualmente, las preocupaciones éticas sólo se encomiendan a los comités de ética, dado que los médicos o personal de salud ven esto como mera imposición de moda y no asumen que son quienes tienen la capacidad y sensibilidad, por su experiencia, de identificar y atenuar los dilemas éticos de su práctica diaria. Por esta razón, la aplicación de los principios bioéticos no sólo incumbe a

los médicos, pues al sustentarnos en la bioética, y no en la ética médica, la responsabilidad atañe a médicos, profesionales de la salud y a miembros de comités de bioética. El acompañamiento de un comité de bioética, siempre debe posibilitarse, ya que su función dialógica opera con diversidad de visiones y opiniones, que no impiden el debate, sino que promueven la reflexión.

En resumen, los elementos que aporta de la bioética en el estudio del intento de suicidio pueden ser tres: 1) el principio de beneficencia, que apunta a las virtudes y deberes de los médicos como beneficios para el paciente, y a la reconstitución de un *ethos* médico; 2) el principio de autonomía, en el que se incluye el respeto por los valores y creencias de los pacientes, ejercer el derecho de la objeción de conciencia, reconocer y respetar la autonomía reducida del paciente, y con ello, entender el consentimiento informado como un proceso dialógico; 3) Comprender que la responsabilidad de la aplicación de los principios bioéticos de beneficencia y autonomía no sólo concierne a los médicos psiquiatras, sino a todo profesionales de la salud y a los miembros de comités de bioética, quienes deberán acompañar a los especialistas en sus compromisos morales hacia sus pacientes.

8.4.2 El aporte de la psicología a la bioética en el estudio del intento suicida diádico

Este apartado tiene como objetivo dar el aporte de la psicología a la bioética en el estudio del intento suicida, con la finalidad de complementar y conjugarse con la aplicación de los principios de beneficencia y autonomía. Con mirada de la psicología se intentó aportar elementos metodológicos y conceptuales para estudiar los principios bioéticos (autonomía y beneficencia) y los significados psicológicos del intento de suicidio en sujetos suicidas y el equipo de salud tratante. La psicología y la bioética, nos permiten comprender que los sujetos suicidas están insertados en el orden social, toman decisiones permeadas por las creencias y valores de su moral y su sociedad.

La revolución tecnológica que se dio en el campo biomédico, condujo a la práctica médica a poner mayor énfasis en la técnica. De esta forma, abandonó los aspectos sociales, psicológicos, emocionales y subjetivos de los sujetos enfermos o pacientes.

El mismo acontecimiento rebasó los planteamientos de la ética clásica, dando pie al surgimiento de la bioética, la cual se ha encargado de situaciones emergentes consecuentes de esa revolución tecnológica y científica. La bioética pretende entre otras, promover la calidad de vida, y ha retornado a la preocupación de los aspectos sociales, a través de un diálogo multidisciplinario en un contexto pluralista. Es decir, no establece fronteras con otros campos del conocimiento.

Bajo este planteamiento, el cuestionamiento es ¿cuál es el aporte de la psicología a la bioética? Quizá una respuesta rápida sea el retorno de los aspectos psicológicos, pero dicha respuesta es muy simplista, quizá una más amplia sería la inclusión de la preocupación de los aspectos emocionales y subjetivos de los pacientes, enfermos o simplemente sujetos de investigación. En los siguientes párrafos se argumentarán tales respuestas, no sin antes advertir que la idea principal es abrir la reflexión al respecto, no llegar a conclusiones definitivas.

Primeramente, hay que aclarar de qué psicología estamos hablando. No existe “una” psicología, existen muchas psicologías cuyas brechas más que teóricas son epistemológicas. Así, plantear una problemática como el intento de suicidio, entendido desde la psicología resulta complejo por estas brechas, generalmente porque provienen de otras disciplinas como sociología, filosofía, antropología, medicina, neurociencias, psiquiatría, epidemiología, etc., y dificultan encontrar una teoría exclusiva de una psicología.

No obstante, a continuación nos enfocamos a una psicología que en el proceso de este trabajo se fue desarrollando. Lo importante fue plantear elementos que nos permiten enunciar los ejes a seguir desde la psicología. Más allá de entender este manuscrito desde la mirada totalmente psicológica, porque de primer momento, la postura de quien lo expone es a partir de una concepción y formación psicológica. Entonces, hablaremos de elementos de la psicología y explicamos cuestiones alrededor del intento de suicidio.

En este sentido, desde la psicología se plantea, según algunas corrientes, que los síntomas y procesos, tanto afectivos como cognoscitivos y comportamentales, que se usan para designar a una persona o grupo social como mentalmente sano o enfermo, varían según el imaginario social y los paradigmas científicos dominantes en cada cultura y periodo histórico (Rodríguez y García, 1996). Asimismo, el que una persona sea considerada como paciente, enfermo o con un deterioro en su bienestar psicológico, no sólo depende de alteraciones emocionales, sino de la postura social con relación a ese tipo de alteraciones o fenómenos como el intento de suicidio. De igual manera, las corrientes psicológicas revisan la construcción social de un fenómeno, como el intento de suicidio, los efectos de las actitudes de los profesionales de la salud sobre el proceso de atención, y la actitud del paciente y su familia (Rodríguez y García, 1996).

Lo cierto es que en psicología también retomamos la noción de subjetividad, como elemento central que parte de los procesos que producen y son producidos por el mundo simbólico

humano, como constitutiva de la condición de ser humano y cuyo carácter está lejano al orden de la naturaleza. De esta forma, la subjetividad es comprendida como multiplicidad, proceso producido históricamente y como trama de redes institucionales que trascienden y anteceden al individuo (Baz, Jáidar y Vargas, 2002).

Esta noción de la psicología, podría ser el primer aporte a la bioética, ¿por qué la subjetividad? Si para considerar algo como científico hay que ser objetivo, hay que buscar la objetividad. Quizá la respuesta a este cuestionamiento sea que, desde otro paradigma científico, la subjetividad siempre ha tenido relevancia. La importancia de esta noción es que, si entendemos la bioética como diálogo, la subjetividad no puede estar ausente, aunque de esta forma se haría referencia a una deliberación intersubjetiva para construir espacios comunes, de acuerdo con la bioética.

Husserl introduce la idea de intersubjetividad desde la fenomenología, al llamar a ésta el mundo de vida, específicamente con la idea de lo propio. Plantea al sujeto y su propia experiencia, y al sujeto y la experiencia del otro. En la intersubjetividad siempre están presentes la palabra y discurso de los otros, asimismo, la escucha.

La implicación ética involucra una relación intersubjetiva con el otro, en donde el diálogo será necesario, pero también la escucha ¿qué tipo de escucha?, no la cotidiana, sino una escucha psicológica, en donde la atención esté dirigida a entender lo que se dice y lo que se responde. Quizá éste sea un segundo aporte de la psicología a la bioética. Si bien es cierto que la importancia de la escucha, la rescata y enriquece el psicoanálisis, siendo Freud el que da cuenta de su importancia en la cura en el proceso inconsciente, en el mismo psicoanálisis. La escucha que proponemos tiene sus orígenes obviamente en el psicoanálisis, pero la planteamos, como aporte dentro de la investigación bioética.

Por un lado, en el interés de escuchar al otro queda explícito el interés por el saber. Saber de lo que aqueja y que es una vía para saber-comprender los significados, nuevamente algo psicológico, de los sujetos. Por otro lado, escuchar al otro es crear condiciones de intervención que propicien ese hablar entre ambos actores, investigador-investigado, en torno a la experiencia, para hacer que ésta sea contada, y permitir al sujeto abrirse a una permanente transformación de sí mismo.

En este sentido, es importante separarse de la neutralidad y aprender de los obstáculos propios, advertir los valores, deseos, prejuicios y perplejidades propios, para escuchar lo que el

otro ejerce y provoca en los sentimientos. Esta propuesta, más que enmarcarla en una técnica metodológica, la entrevista, consiste en exponer y desarrollar la idea de escuchar la palabra del sujeto, como epistemología y ontología de la investigación.

Otro aspecto importante de plantear que no podríamos prescindir del aporte de la psicología es para entender que, si bien es cierto que el intento de suicidio en un primer momento está lejos del dolor físico, existe en él un dolor o mal subjetivo, psicológico que lo lleva a tomar la decisión de quitarse la vida.

Así, el intento de suicidio debe alejarse del estigma de ser una conducta pecaminosa,² criminal, un arrebató de locura, de insanidad o un acto contra natura. El interés desde la psicología entonces, versa en la subjetividad del sujeto suicida, considerando así su propio testimonio, para entablar un diálogo que permita conocer la vivencia desde él mismo y su realidad, desde una postura ética y política, es decir, respetando y valorando las perspectivas y sistema de ideas y valores de los sujetos suicidas, esperando encontrar las verdades y saberes de esto individuos.

En resumen, los elementos que aporta una mirada psicológica a la bioética pueden ser tres: la subjetividad, la escucha psicológica y el dolor subjetivo. La subjetividad no debe estar ausente en el diálogo bioético, sería un referente de la deliberación intersubjetiva para construir espacios comunes. El diálogo es necesario, pero también la escucha psicológica, en donde la atención esté dirigida a entender lo que se dice y lo que se responde. La escucha que proponemos tiene sus orígenes obviamente en el psicoanálisis, pero la planteamos, como aporte dentro de la epistemología y ontología de la investigación bioética.

El tercer aporte de la psicología es considerar que en el intento de suicidio existe un dolor subjetivo, psicológico que lleva al sujeto a tomar la decisión de quitarse la vida. Esta consideración podría permitir alejar al intento de suicidio del estigma.

8.5 EPÍLOGO

El deber ético de la psicología es no emitir juicios de valor y no dirigir las acciones de los otros. La consideración de los procesos de subjetivación es una norma a seguir en todo vínculo, además de “reflexionar sobre algunas conductas y acciones que en el campo de la psicología requieren un posicionamiento inaugural para intervenir y actuar con respeto por la situación y por la dignidad

² Para quien no profesa la religión católica, considerar el suicidio como una ofensa a Dios, bajo el calificativo de pecado no tendría ningún sentido.

del otro [...] portador de una historia y de un sufrimiento por el que nos convoca” (Fernández, 2004, p 46).

Ahora entendemos que en el campo de la psicológica la perspectiva bioética es ineludible, ya que como lo menciona Fernández (2004)

La voluntad o las buenas intenciones no son suficientes en el campo de la ética, es imprescindible una actitud reflexiva que indague y conozca los elementos normativos, el momento histórico por el que atraviesan los sujetos, su historia personal y familiar para contar con una análisis fino que permita orientar la acción. El psicólogo tiene que considerar el contexto donde los sujetos actúan los compromisos que desarrollan en los distintos ámbitos, tiene que conocer las creencias de todo tipo que suscriben. De este modo podrá evaluar la situación y acompañar al sujeto en sus decisiones. Es aquí donde la narrativa de los sujetos y el valor de su palabra adquieren todo el peso que venimos atribuyendo al diálogo con el otro desde una perspectiva ética. La posibilidad de reflexión apunta a un intercambio responsable y mediato de nuestras acciones como profesionales que no admite ningún tipo de complacencia o improvisación (p. 55).

De esta manera, debemos plantear que ninguna disciplina tendría que erigirse en legítima para decidir libremente por los otros sin que éstos sean escuchados. Por otro lado, también proponemos que en la bioética, la psicología tenga un lugar permanente, en este sentido, no se trata de reducir el terreno complejo de las acciones morales a una visión psicológica, sino de incluir una reflexión en torno a la contingencia de la condición y no restringirla a situaciones ideales de comportamiento (Fernández, 2004).

En general, la psicología y la bioética son disciplinas que claramente se conjuntan y en esta ocasión lo hemos podido demostrar, al reunir las para abordar el tema de intento de suicidio diádico. Los resultados de esta relación son fructíferos e inauguran una línea de investigación que tendrá que continuar desarrollándose.

Ahora bien, no se puede dejar de pensar en la proyección de los resultados y acciones de este estudio, y en el compromiso que esto supone. Ya hemos comentado reiteradamente los saberes que se han derivado de esta investigación, que a su vez nos posibilitan su aplicación con las propuestas anteriormente expuestas. Sin embargo, el verdadero impacto de este estudio tiene dos vertientes. La primera vertiente es, por un lado, que la práctica médica psiquiátrica esté de tal modo imbuida de lo bioético, como para no generar elementos de conflicto en una práctica cuya esencia es ayudar al paciente. Por otro lado, contribuir a políticas en salud mental favoreciendo, con la práctica bioética, la calidad y la calidez a las personas afectadas durante la atención. Así, la relevancia está en la prevención del intento de suicidio en los escenarios clínicos, a través de

elementos bioéticos como los principios, que contribuyen a su vez a prevenir violaciones a los derechos humanos y la discriminación de las personas con trastornos psiquiátricos.

La segunda vertiente del impacto de la presente investigación, se refiere a un compromiso ético doble, es decir, con uno mismo y con los otros; este imperativo es la manifestación expresa de proveer conocimientos, destrezas y habilidades en la interacción con personas, de comprender los deberes de las profesiones, los derechos de los participantes, así como, desarrollar una sensibilidad para reconocer los distintos matices culturales, las expresiones de diversidad grupal y la vulnerabilidad de la condición humana.

Para finalizar, es necesario reiterar que una forma de continuar trabajando en el tema de investigación es abrir espacios de diálogo y deliberación, donde se analicen de manera crítica las implicaciones bioéticas en el escenario clínico, y de esta forma, tratar de impregnar de un matiz bioético toda acción en la atención médica a los pacientes con intento de suicidio diádico.

REFERENCIAS

- Abbagnano, N. (1989). *Diccionario de Filosofía* (7ª.ed.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Abraham, T. (1988). *Foucault y la ética*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- 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.
- Amuchástegui, A. (2001). *Virginidad e iniciación sexual en México. Experiencias y significados*. México: EDAMEX.
- Aranda, H.A. & Ramos, V.E. (1986). *Investigación sobre la influencia de la depresión, aislamiento, agresividad inhibida e ideas de suicidio en el intento de suicidio*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad del Valle de México, México.
- Araujo, G. & Fernández, L. (1999). La entrevista grupal: herramienta de la metodología cualitativa de la investigación. En: I. Zsasz & S. Lerner (Comp.) *Para comprender la subjetividad: investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México: El Colegio de México, Centro de estudios demográficos y de desarrollo urbano.
- Aristóteles ([330 a. C] 1970). *Ética a Nicómaco*. Madrid: Instituto de Estudios Públicos.
- Baz, M., Jáidar, I. & Vargas, L.E. (2002). *La psicología. Un largo sendero una breve historia*. México: UAM-Xochimilco.
- Beauchamp, T. & Childress, J. (1983). *Principles of biomedical ethics*. England: Oxford University Press.
- Beauchamp, T. & McCullough, L. (1983). *Ética Médica*. Las responsabilidades morales de los médicos. Barcelona: Editorial Labor, S.A.
- Beaumont, G. & Hetzel, W. (1992). Patients at risk of suicide and overdose. *Psychopharmacology*, 106, 123-126.
- Beuchot, M. (2005). *Interculturalidad y derechos humanos*. México: Siglo XXI, FFyL, UNAM.
- Bishop, J. & Jotterand, F. (2006). Bioethics as Biopolitics. *Journal of Medicine and Philosophy*, 31, 205-212.
- Bleger, J. (1998). *Temas de psicología (entrevista y grupos)*. Argentina: Nueva Visión.

- Bongar, B. (1991). *The suicidal patient: clinical and legal standards of care*. USA: American Psychological Association.
- Borges, G., Anthony, J. & Garrison, C. (1995). Methodological relevant to epidemiologic investigations of suicidal behaviors of adolescents. *Epidemiol Rev*, 17(1), 228-239.
- 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.
- Borges, G., Angst, J., Nock, M., Meron, A., Walters, E. & Kessler, R. (2006). A risk index for 12-months suicide attempts in the national comorbidity survey replication (NCS-R). *Psychological Medicine*, 36, 1747-1757.
- Brook, R., Klap, R., Liao, D. & Wells, K. (2006). Mental health care for adults with suicide ideation. *General Hospital Psychiatry*, 28, 271-277.
- Camps, V. (2006). Un marco ético para la bioética. En R. Herrera (Coord.). *Hacia una nueva ética* (pp. 37-47). México: Siglo XXI, Universidad de Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.
- Casado, M. (2002). ¿Por qué bioética y derecho? *Acta Bioethica*, 2, 183-193.
- 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.

- De la Garza, M.T. (2008). Bioética y Biopolítica. En J. González (Coord.). *Perspectivas de bioética* (pp. 108-122). México: Fondo de Cultura Económica, UNAM, FFyL, Comisión Nacional de Derechos Humanos.
- Del Corral, A.R. (1986). *El suicidio y su relación con el alcoholismo*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Intercontinental, México.
- Durkheim, E. ([1897] 1974). *El suicidio*. México, Universidad Nacional Autónoma de México. De la versión original: Durkheim, E. *Le suicide*. Etude de sociologie. XII-462, París, Alcan.
- Engelhardt, T. (1995). *Los fundamentos de la bioética* (1ª ed.). Barcelona: Paidós.
- Farmer, R.D.T. (1988). Assessing the Epidemiology of suicide and parasuicide. *British Journal of Psychiatry*, 153, 16-20.
- Fernández, L. & Pimentel, M. (1994). El sujeto de la salud mental a fin de siglo. *Tramas 10. UAM-Xochimilco*, 179-182.
- Fernández, R.L. (2004). Algunas consideraciones éticas en el campo de la psicología. En L.E. Vargas (Comp.). *Territorios de la ética* (pp. 45-59). México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Figuroa, J.G. & Rodríguez, Y.A. (2000). Programas de salud y educación para población adolescente: una evaluación ética. *Perspectivas bioéticas, Facultad latinoamericana de Ciencias Sociales*, 10, 101-119.
- Foucault, M. (1992). *Historia de la locura en la época clásica I*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1996). *Hermenéutica del sujeto*. Argentina: Altamira.
- Foucault, M. (1999a). *Historia de la locura en la época clásica II*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1999b). *Las palabras y las cosas*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1999c). Nacimiento de la biopolítica. En A. Gabilondo (Ed.). *Michel Foucault. Obras esenciales: Vol. 3. Estética, ética y hermenéutica* (pp. 209-234). Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1999d). La locura y la sociedad. En A. Gabilondo (Ed.). *Michel Foucault. Obras esenciales: Vol. 3. Estética, ética y hermenéutica* (pp. 73-95). Barcelona: Paidós.

- Foucault, M. (1999e). La evolución del concepto de “individuo peligroso” en la psiquiatría legal del siglo XIX. En A. Gabilondo (Ed.). *Michel Foucault. Obras esenciales: Vol. 3. Estética, ética y hermenéutica* (pp. 37-58). Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1999f). La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad. En A. Gabilondo (Ed.). *Michel Foucault. Obras esenciales: Vol. 3. Estética, ética y hermenéutica* (pp. 394-415). Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (2000). *Historia de la sexualidad. I La voluntad de saber*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2001). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI.
- Freud, S. ([1910] 1996a). *Escritos Breves. Contribuciones para un debate sobre el suicidio*. Tomo XI. Obras completas (9ª reimpresión). Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. ([1915] 1996b). *Pulsiones y destinos de pulsión*. Tomo XIV. Obras completas (9ª reimpresión). Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. ([1915-1917] 1996c). *Duelo y Melancolía*. Tomo XIV. Obras completas (9ª reimpresión). Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. ([1920] 1996d). *Más allá del principio de placer*. Tomo XVIII. Obras completas (9ª reimpresión). Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. ([1921] 1996e). *Psicología de las masas y análisis del yo*. Tomo XVIII. Obras completas (9ª reimpresión). Argentina: Amorrortu Editores.
- Freud, S. ([1930 [1929] 1996f). *El malestar en la cultura*. Tomo XXI. Obras completas (9ª reimpresión). Argentina: Amorrortu Editores.
- García, C.M.I. (1999). Foucault, filósofo del espacio. *Revista Versión*, 9, 43-68.
- García, C.M.I. (2002). *Foucault y el poder*. México: División de Ciencias Sociales y Humanidades, UAM-Xochimilco.
- 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.
- Gómez, A., Lolas, F. & Barrera, A. (1991). Los condicionantes psicosociales de la conducta suicida. *Salud Mental*, 14(1), 25-31.

- 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. (1999). Investigación en sujetos humanos: implicaciones lógicas, históricas y éticas. En A.F. Pellegrini & R. Macklin (Eds.). *Investigación en Sujetos Humanos: Experiencia Internacional. Research on Human Subjects: International Experience* (pp. 63-82). Santiago de Chile: Organización Panamericana de la Salud.
- Hume, D. ([1783] 2002). *Del suicidio. De la inmortalidad del alma*. México: Editorial Océano.
- Kant, I. ([1785] 2004). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. México: Editorial Porrúa.
- Kaufmann, P (1996). Elementos para una enciclopedia del psicoanálisis. El aporte freudiano. México: Paidós.
- Kentsmith, D., Salladay, S., Miya, P. (1986), *Ethics in mental health practice*. United Kingdom: Grune and Stratton, Inc.
- Kessler, R.C., Borges, G. & Walters, E.E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 617-626.
- 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.
- Kraus, A. (2004a, 21 de abril) Memoria moral. *La jornada, Política/opinión*, p. 24.
- Kraus, A. (2004b, 11 de febrero) Suicídios frustrados. *La jornada, Política/opinión*, p. 20.
- Kvale, S. (1996). *Interviews. An Introduction to qualitative research interviewing*. Newbury Park: Sage.
- Ladrière, J. (2000). Del sentido de la bioética. *Acta Bioética*, 6(2), 199-218.
- Lacan, J. (1981). El seminario 1. Los escritos técnicos de Freud. España: Paidós.
- Lacan, J. (1981a). El seminario 10. La angustia. Seminarios de Lacan, Compac Disc. [Software de cómputo] México.

- Lacan, J. (2003). *El seminario 7. La ética del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- 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.
- Lévinas, E. (1993). *El tiempo y el otro*. Barcelona: Pensamiento contemporáneo, Paidós, I.C.E./U.A.B.
- Lévinas, E. (1998). *Humanismo del otro hombre*. España: Caparrós Editores.
- Lévinas, E. (2000). *Ética e Infinito*. Madrid: La balsa de la Medusa.
- Lévinas, E. (2001). *Entre nosotros. Ensayos para pensar al otro*. Valencia: Pre-textos.
- Locke, J. ([1690] 1960). *Ensayo sobre el gobierno civil*. Buenos Aires: M. Aguilar.
- Lolas, F. (2002). *Bioética y medicina. Aspectos de una relación*. Santiago de Chile: Biblioteca Americana.
- Lolas, F. (2002a). Bioethics and psychiatry: a challenging future. *World Psychiatry*, 1(2), 123-124.
- Lolas, F. (2003). *El diálogo moral de las ciencias de la vida* (2ª ed.). Santiago, Buenos Aires, Montevideo: Mediterráneo.
- Lolas, F. (2003a). *Bioética y antropología médica*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Lolas, F. & Valdebenito, C. (2004). Hacia una reconstrucción técnico-axiográfica del caso en Psiquiatría: Una nota bioética. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 67 (3-4), 182-187.
- Lolas, F. & Outomuro, D. (2006) Bioética y salud pública. En F. Lolas, A. Quezada & E. Rodríguez (Eds.). *Investigación en Salud. Dimensión Ética* (pp. 103-115). Santiago de Chile: Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile.
- Lolas, F., Quezada, A & Rodríguez E. (Eds.) (2006a). *Investigación en Salud. Dimensión Ética*. Santiago de Chile: Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile.
- Lolas, F. (2006b). Bioética para los profesionales de la salud. *Bioética Informa*. Unidad de Bioética. Organización Panamericana de la Salud, 39, 3.
- Luna, F. & Salles, A. (1995). *Decisiones de vida y muerte*. Buenos Aires: Ed. Sudamericana.
- Maglio, F. (1996). Ética médica frente al paciente crítico. *Alcmeon. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiá*, 5(17), 1-2.
- Maris, R.W. (2002). Suicide. *Lancet*, 360(9329), 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.
- Marx, K. (2006). *Sobre o suicidio* (R. Enderle & F. Fontanella, Trads). Brasil: Boitempo Editorial.
- 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. (2007). Ética de la investigación psicosocial. *Salud Mental*, 30(6), 25-31.
- Mondragón, L. & Caballero, M.A. (2008) Del sujeto que ha intentado suicidarse y el Otro: la Institución Psiquiátrica. Revista Observaciones Filosóficas. N° 7. <http://www.observacionesfilosoficas.net/delsujetoquehaintentadosuicidarse.htm>.
- Morón, P. (1992). *¿Qué sé? El Suicidio*. México: Publicaciones Cruz O., S.A.
- 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.
- Narváez, A., Rosovsky, H. & López, J.L. (1991). Evaluación del Consumo de Alcohol en los Intentos de Suicidio: un Estudio con Pacientes Atendidos en Servicios de Urgencias. *Salud Mental*, 14(3), 6-12.
- 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 Panamericana de la Salud (2005). La violencia autoinfligida. *Revista Futuros-OPS*; 3(9), 201-231.
- Pellegrino, E.D. (1995). La metamorfosis de la ética médica. *Cuadernos del Programa Regional de Bioética, OPS*, 1, 19-34.

- Pessini, L. (2004). Bioética y cuestiones éticas esenciales en el final de la vida. En: F. Lolas: *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de bioética en la OPS* (pp. 45-60). Chile: OPS/OMS.
- Platts, M. (1999). *Sobre usos y abusos de la moral. Ética, sida, sociedad*. México: Paidós, Instituto de Investigaciones Filosóficas, UNAM.
- Priani, E. (2004). *Los médico empáticos*. Documento presentado en la Conferencia Errores Médico, en la Facultad de Medicina, UNAM. México D.F., México.
- Organización de las Naciones Unidas (1991). Principios para la Protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. Ginebra: Consejo Económico y Social de Naciones Unidas. Recuperado el 22 de junio de 2008, de http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/68_sp.htm.
- 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.encuentra.com/documento.php?f_doc=4607&f_tipo_doc=9.
- Rajchman, J. (2000). *Lacan, Foucault y la cuestión de la ética*. México: École lacanienne de psychanalyse.
- 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.htm>.
- Reich, W.T. (Ed.). (1995). *Encyclopedia of bioethics*. New York: Simon & Schuster Mac Millan.
- Rich, A., Kirkpatrick, J., Bonner, R. & Jans, F. (1992). Gender differences in the psycho-social correlates of suicidal ideation among adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22(3), 364-373.
- Rivera, C. (1998). Análisis criminológico del suicidio en el Distrito Federal. *Psiquiatría*, 14(1), 33-44.
- Rivero, P. & Pérez Tamayo, R (2006, 20 de agosto). Ética y Bioética. *Nexos*, 28(343,) 23-27.
- Rodríguez, E. (2004). Relación médico-paciente y práctica médica. En: F. Lolas: *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de bioética en la OPS* (pp. 61-72). Chile: OPS/OMS.
- Rodríguez, J. & García, J. (1996). Psicología social de la salud. En J.L. Álvaro, A. Garrido & A. Torregrasa (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.
- San Agustín ([413-426] 1990). *La Ciudad de Dios*. México: Editorial Porrúa.
- Sagols, L., Linares, J., De la Garza, M.T. (2005). *Ética y valores I*. México: McGrawHill.
- Sánchez, A. (1969). *Ética*. México: Grijalbo.
- Secretaría de Salud. (2004). *Salud: México 2004*. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Secretaría de Salud. Recuperado el 3 de mayo de 2005, de www.salud.gob.mx.
- Schramm, F.R. & Kottow, M. (2001). Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad. Saúde Pública*, 17(4), 1-12.
- Szasz, T. (2001). *El mito de la enfermedad mental. Razón, locura y sociedad* (13ª ed.). México: Siglo XXI.
- 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.
- Terán, O. (1995). *Michel Foucault. Discurso, poder y subjetividad*. Argentina: Ediciones El Cielo por Asalto.
- Vignaux, G. (1983). *La argumentación. Ensayo de lógica discursiva*. Argentina: Hachette.
- Yousaf, F., Hawthorne, M. & Sedgwick P. (2002). Impact of patient suicide on psychiatric trainees. *Psychiatr. Bull*, 26, 53-55.
- World Medical Association (2000). *Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Helsinki, Finlandia, 18th WMA General Assembly; Edinburgo, Escocia: 52nd WMA General Assembly.

GLOSARIO¹

Coacción: Obligación impuesta por medio de una sanción social.

Competencia: Mostrar la pericia, aptitud e idoneidad para hacer algo. Un paciente es competente para tomar una decisión si es capaz de entender la información material, hacer un juicio sobre dicha información tomando como base sus valores personales, alcanzar un determinado objetivo y exponer sus deseos.

Constricción: Limitación o restricción de un acto.

Creencia: Actitud o estado psicológico por el que adherimos a la verdad de un enunciado. La creencia es una actitud subjetiva que puede basarse en razones, mientras que la verdad es una propiedad del enunciado que puede demostrarse.

Derecho: Facultad del ser humano para hacer legítimamente lo que conduce a los fines de su vida. Facultad de hacer o exigir todo aquello que la ley o la autoridad establece en nuestro favor. Consecuencia natural de estado de una persona, o de sus relaciones con respecto a otras.

Derechos humanos: Aquellos que competen al hombre por el mero hecho de serlo, y que, por tanto dimanan directamente de su propia naturaleza. Son derechos declarados, pero carecen de la imposición jurídica positiva que los convertiría en derechos en sentido estricto: son propiamente exigencias. Su vaguedad queda contrarrestada por la universalidad de su extensión y de su fundamento.

Dilema: Situación que plantea la necesidad de elegir dos soluciones posibles, pero con la opción final siempre conflictiva.

Episteme: Afirmación, verdadera o falsa, que se caracteriza por poseer fundamentos (razones, argumentos, explicaciones)

Epistemología: Estudio crítico del conocimiento y método científicos, y de los principios en que se fundan.

Equidad: Igualdad de oportunidades. Disposición del ánimo que mueve a dar a cada uno lo que merece.

Estatuto: Conjunto de normas, derechos, deberes que conciernen a una organización, persona u organismo. Establecimiento, regla que tiene fuerza de ley para el

¹ Lolas, Quezada y Rodríguez, 2006a, pp.369-381; Garzón, 1999, pp.62-63.

gobierno.

Juicio: Operación del entendimiento, que consiste en comparar dos ideas para conocer y determinar sus relaciones. Facultad del alma, por la que el hombre puede distinguir el bien del mal y lo verdadero de lo falso.

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.

Praxis: Actividad práctica a partir de la cual transformamos la naturaleza y creamos un mundo social, histórico y cultural.

Privacidad: Ámbito de la vida privada que se tiene derecho a proteger de cualquier intromisión. El derecho a la privacidad salvaguarda el acceso, por parte de terceros y sin el consentimiento del sujeto, a la información sobre la persona, sus objetos y sus relaciones íntimas con otras personas.

Responsabilidad: Carga u obligación moral que resulta para uno del posible yerro en una cosa o asunto determinado. Capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente.

Tecnocracia: Ejercicio del poder por los tecnócratas. Teoría que explica las dificultades económicas como consecuencia del insuficiente aprovechamiento de las posibilidades inherentes al progreso técnico, por lo que reclama el predominio del éste

Valor: Lo que hace que el hombre aprecie o desee algo, por sí mismo o por su relación con otra cosa. La cualidad por la que se desean o estiman las cosas por su proporción o aptitud a satisfacer nuestras necesidades.

Vulnerable: Que puede ser herido o recibir lesión, física o moral.

APÉNDICES

A. Carta de Consentimiento Informado para el proyecto sobre aspectos éticos involucrados en la atención de los pacientes

Participantes

Propósitos

Usted está invitado a participar voluntariamente en el presente proyecto de investigación, que busca conocer y comprender los aspectos éticos (como toma de decisiones, respeto, trato del médico, etc.) que facilitan o que dificultan la atención entre médicos y pacientes en el servicio de consulta externa de [REDACTED], durante el 2006. El proyecto está dirigido por la Maestra en Psicología Social Liliana Mondragón Barrios, estudiante del doctorado en psicología, de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), quien recibe una beca del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) para el apoyo y desarrollo de su estudios e investigación. [REDACTED]. El proyecto se basa en la comprensión e interpretación de las experiencias que usted ha tenido con su médico u otro profesional de la salud en su tratamiento. Se pretende discutir y proponer criterios éticos que orienten al equipo de salud. Los participantes en la investigación deben ser personas mayores de 18 años, que sean atendidos en consulta externa del [REDACTED]. Usted cumple con estas características. Si lo desea, puede recibir una copia completa del proyecto de investigación.

Procedimientos

Si usted decide participar en este proyecto, su colaboración consistirá en entrevistarse en forma confidencial e individual con la investigadora Liliana Mondragón Barrios. La entrevista consiste en responder voluntariamente las preguntas sobre aspectos asociado a su tratamiento médico, como: la relación con su médico, sus beneficios e inconformidades, la información que le dan al respecto, etc. En la última parte, las preguntas se referirán a su edad, escolaridad, ocupación, estado civil, etc. Si usted tiene dudas, la investigadora estará dispuesta a explicarle. Las respuestas son confidenciales y privadas.

El tiempo aproximado de este proceso es de 50 minutos, es una sola sesión. La entrevista será audiograbada si usted lo autoriza, y será transcrita al final de la sesión, a la cual podrá tener acceso. El encuentro se hará según las condiciones que usted estime convenientes. Al final, la transcripción será guardada anónimamente y bajo la responsabilidad de la investigadora; y su fin será únicamente para el proyecto en cuestión. No será necesario citarlo nuevamente ni realizar otro tipo de procedimientos.

Confidencialidad

El instrumento ha sido diseñado de tal manera que se garantice la confidencialidad del participante. Las preguntas hacen referencia a los aspectos asociado a su tratamiento médico. No se indagan aspectos personales íntimos de cada participante. La entrevista no lleva ningún distintivo y se manejará por separado del presente formulario de consentimiento informado. En la publicación de los resultados no se hará referencia directa a las personas participantes ni a la institución a la que pertenecen. Los datos de esta investigación se conservarán en todo momento bajo confidencialidad y privacidad de los mismos. Como ya se mencionó, las entrevistas grabadas serán guardadas directamente por la investigadora.

Beneficios

Con su colaboración, la investigación explorará el estado actual del tema en discusión (aspectos éticos, por ejemplo: toma de decisiones, respeto, trato del médico, etc. que facilitan o que dificultan la atención entre médicos y pacientes). Con los resultados se pueden proponer recomendaciones que ayudarán a los participantes y en general a los profesionales de salud en el trato ético. Esta investigación no busca obtener beneficio económico alguno, ni para el investigador ni para los colaboradores del estudio. Los hallazgos de la investigación serán dados a conocer a los involucrados una vez se realice el respectivo proceso de análisis.

Molestias y riesgos esperables

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos con la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 2000 y con las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud de 2000. Es clasificada como una investigación de *Riesgo Mínimo*. Si usted decide participar en el estudio, se le harán algunas preguntas cuyas respuestas no son consideradas ni como buenas ni como malas. También es importante mencionarle que durante la entrevista se puede hablar de cosas que le causen muchos sentimientos, como tranquilidad, alegría, paz, o bien, tristeza, miedo o angustia, pero usted puede expresarlo y no responder. En cualquier momento puede parar o suspender la entrevista, sin ninguna repercusión en su tratamiento. Su participación no afectará en nada su atención o tratamiento en el Instituto, ya que será totalmente independiente de ello.

Participación voluntaria

Su participación en esta investigación es voluntaria y usted es libre de retirarse en cualquier momento, sin consecuencias. Si acepta participar, debe firmar el presente formulario de consentimiento informado que implica que usted ha comprendido su contenido y que la investigadora ha respondido a todas sus preguntas. Este formulario debe ser firmado antes de llevar a cabo cualquier evaluación, además usted recibirá una copia del mismo.

La investigadora Liliana Mondragón Barrios me ha informado sobre los propósitos, procedimientos, confidencialidad, beneficios, molestias y riesgos esperables así como mi participación voluntaria es esta investigación. Hago constar que he comprendido este texto y que se me ha dado la información y aclaración que he solicitado. Al firmar el formulario de consentimiento informado estoy de acuerdo en participar voluntariamente en esta investigación.

Firma del participante

Firma del Investigador

Fecha: _____

En caso de cualquier pregunta adicional puede comunicarse con el Investigador Principal: Mtra. Liliana Mondragón a los teléfonos [REDACTED]. Dirección electrónica: [REDACTED]

B. Carta de Consentimiento Informado para el proyecto sobre aspectos éticos involucrados en la atención de los pacientes
Equipo de salud

Propósitos

Usted está invitado a participar voluntariamente en el presente proyecto de investigación, que busca conocer y comprender los aspectos éticos (como beneficios del tratamiento, prevención de riesgos, toma de decisiones, respeto, empatía, etc.) que facilitan o que dificultan la atención entre médicos y pacientes en el servicio de consulta externa de [REDACTED], durante el 2006. El proyecto está dirigido por la Maestra en Psicología Social Liliana Mondragón Barrios, estudiante del doctorado en psicología, de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), quien recibe una beca del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) para el apoyo y desarrollo de su estudios e investigación. [REDACTED]. El proyecto se basa en la comprensión e interpretación de las experiencias que usted ha tenido en el tratamiento del paciente con intento de suicidio. Se pretende discutir y proponer criterios éticos que orienten al paciente y al equipo de salud. Los participantes en la investigación deben ser profesionales de la salud que hayan tratado o tenido contacto en la atención de al menos un sujeto suicida y que trabajen en consulta externa del [REDACTED]. Usted cumple con estas características. Si lo desea, puede recibir una copia completa del proyecto de investigación.

Procedimientos

Si usted decide participar en este proyecto, su colaboración consistirá en entrevistarse en forma confidencial e individual con la investigadora Liliana Mondragón Barrios. La entrevista consiste en responder voluntariamente las preguntas sobre aspectos asociados a la relación con su paciente, sus beneficios, inconformidades, la información que se proporciona al respecto, etc. En la última parte, las preguntas se referirán a su edad, estado civil, etc. Si usted tiene dudas, la investigadora estará dispuesta a explicarle. Las respuestas son confidenciales y privadas.

El tiempo aproximado de este proceso es de 50 minutos, es una sola sesión. La entrevista será audiograbada si usted lo autoriza, y será transcrita al final de la sesión, a la cual podrá tener acceso. El encuentro se hará según las condiciones que usted estime convenientes. Al final, la transcripción será guardada anónimamente y bajo la responsabilidad de la investigadora; y su fin será únicamente para el proyecto en cuestión. No será necesario citarlo nuevamente ni realizar otro tipo de procedimientos.

Confidencialidad

El instrumento ha sido diseñado de tal manera que se garantice la confidencialidad del participante. Las preguntas hacen referencia a los aspectos asociados al tratamiento del paciente con intento de suicidio. No se indagan aspectos personales íntimos de cada participante. La entrevista no lleva ningún distintivo y se manejará por separado del presente formulario de consentimiento informado. En la publicación de los resultados no se hará referencia directa a las personas participantes ni a la institución a la que pertenecen. Los datos de esta investigación se conservarán en todo momento bajo confidencialidad y privacidad de los mismos. Como ya se mencionó, las entrevistas grabadas serán guardadas directamente por la investigadora.

Beneficios

Con su colaboración, la investigación explorará el estado actual del tema en discusión (aspectos éticos, por ejemplo: beneficios del tratamiento, prevención de riesgos, toma de decisiones, respeto, empatía, etc. que facilitan o que dificultan la atención entre médicos y pacientes). Con los resultados se pueden proponer recomendaciones que ayudarán a los participantes y en general a los profesionales de salud en el trato ético. Esta investigación no busca obtener beneficio económico alguno, ni para el investigador ni para los colaboradores del estudio. Los hallazgos de la investigación serán dados a conocer a los involucrados una vez que se realice el respectivo proceso de análisis.

Molestias y riesgos esperables

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos con la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 2000 y con las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos del

Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Medicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud de 2000. Es clasificada como una investigación de *Riesgo Mínimo*. Si usted decide participar en el estudio, se le harán algunas preguntas cuyas respuestas no son consideradas ni como buenas ni como malas. También es importante mencionarle que durante la entrevista se puede hablar de cosas que le causen muchos sentimientos, como tranquilidad, alegría, paz, o bien, tristeza, miedo o angustia, pero usted puede expresarlo y no responder. En cualquier momento puede parar o suspender la entrevista, sin ninguna repercusión en su trabajo o ejercicio profesional.

Participación voluntaria

Su participación en esta investigación es voluntaria y usted es libre de retirarse en cualquier momento, sin consecuencias. Si acepta participar, debe firmar el presente formulario de consentimiento informado que implica que usted ha comprendido su contenido y que la investigadora ha respondido a todas sus preguntas. Este formulario debe ser firmado antes de llevar a cabo cualquier evaluación, además usted recibirá una copia del mismo.

La investigadora Liliana Mondragón Barrios me ha informado sobre los propósitos, procedimientos, confidencialidad, beneficios, molestias y riesgos esperables así como mi participación voluntaria es esta investigación. Hago constar que he comprendido este texto y que se me ha dado la información y aclaración que he solicitado. Al firmar el formulario de consentimiento informado estoy de acuerdo en participar voluntariamente en esta investigación.

Firma del participante

Firma del Investigador

Fecha

En caso de cualquier pregunta adicional puede comunicarse con el Investigador Principal: Mtra. Liliana Mondragón a los teléfonos XXXXXXXXXX