



Acta Bioethica

ISSN: 0717-5906

info@actabioethica.cl

Universidad de Chile

Chile

Mondragón, Liliana; Monroy, Zuraya; Ito, Ma. Emily; Medina-Mora, Ma. Elena  
DISYUNTIVAS EN LAS CONCEPCIONES SOBRE AUTONOMÍA Y BENEFICENCIA QUE AFECTAN  
LA TERAPÉUTICA DEL INTENTO SUICIDA

Acta Bioethica, vol. 16, núm. 1, 2010, pp. 77-86

Universidad de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55415501011>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# DISYUNTIVAS EN LAS CONCEPCIONES SOBRE AUTONOMÍA Y BENEFICENCIA QUE AFECTAN LA TERAPÉUTICA DEL INTENTO SUICIDA

Liliana Mondragón\*, Zuraya Monroy\*\*, Ma. Emily Ito\*\*, Ma. Elena Medina-Mora\*\*\*

**Resumen:** El objetivo del trabajo 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 –quienes eran atendidos en consulta externa a causa de una lesión autoinfligida en el último año– y a tres psiquiatras que trataban a estos 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, el respeto por los valores y las creencias de los pacientes, entre otros. Este trabajo presenta consideraciones éticas relevantes en el escenario clínico, al ofrecer al psiquiatra un análisis bioético que le permita actuar de acuerdo con la beneficencia y respetando la autonomía del paciente frente a casos de intento de suicidio y, de esta forma, procurar una mejor atención para ellos.

**Palabras clave:** bioética, autonomía personal, beneficencia, intento de suicidio, salud mental

## CONFLICTS BETWEEN AUTONOMY AND BENEFICENCE CONCEPTIONS WHICH AFFECT THE THERAPEUTICS OF SUICIDAL ATTEMPT

**Abstract:** The aim of this study is to know the conflicts between beneficence and autonomy principles present in physician-patient relationship during therapy of suicidal attempt.

Research was carried out in two psychiatry hospitals of the city of Mexico. The sample included three subjects with suicidal attempt, older than 18 years, attended as outpatients for an injure self inflicted last year, and three psychiatrists treating these patients. Information was obtained by individual interviews with previous informed consent. An argumentative discourse analysis was carried out to find meaning given by participants to bioethics principles and possible conflicts between them.

Conflicts between beneficence and autonomy were related to the benefit of treatment, respect to patients values and beliefs, among others. This study present relevant ethical considerations in the clinical scenery, by offering to the psychiatrist a bioethical analysis which allows him/her to act according with beneficence while respecting the autonomy of the patient in cases of suicidal attempt and, in this way, to give them better attention.

**Key words:** bioethics, personal autonomy, beneficence, suicidal attempt, mental health

## DISJUNÇÕES NAS CONCEPÇÕES SOBRE AUTONOMIA E BENEFICÊNCIA QUE AFETAM A TERAPÊUTICA DO INTENTO SUICIDA

**Resumo:** O objetivo do trabalho é conhecer as disjunções entre os principios de beneficência e autonomia que se apresentam na relação médico-paciente, durante a terapêutica do intento de suicidio.

A pesquisa foi realizada em dois hospitais psiquiátricos da Cidade do México. A amostra incluiu três sujeitos com intento suicida, maiores de 18 anos, que eram atendidos em consulta externa por causa de uma lesão autoinfligida no último ano, e a três psiquiatras que tratavam destes pacientes. A informação foi obtida com prévio consentimento informado em entrevistas individuais. Se levou a cabo uma análise de discurso argumentado para encontrar os significados que os participantes outorgaram aos principios bioéticos e as possíveis disjunções entre estes.

As discordâncias entre a beneficência e a autonomia estiveram relacionadas com o benefício do tratamento e o respeito pelos valores e as crenças dos pacientes, entre outros. Este trabalho apresenta considerações éticas relevantes para o cenário clínico ao oferecer ao psiquiatra uma análise bioética que lhe permita atuar de acordo com a beneficência e respeitar a autonomia do paciente frente aos casos de intenção de suicídio e, desta forma, procurar uma melhor atenção para eles.

**Palavras-chave:** bioética, autonomia pessoal, beneficência, intenção de suicídio, saúde mental

\* Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México. Beca del Programa de Ética de la Investigación Biomédica y Psicosocial, Fogarty International Center, Grant R25 TW006056, 2005

Correspondencia: lilian@imp.edu.mx

\*\* Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México

\*\*\* Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México

## Introducción

El tema del suicidio puede suscitar la creencia de que nadie, en su sano juicio, pudiera querer quitarse la vida; el suicidio es fundamentalmente considerado como un problema de salud mental(1), en el cual lo importante es la prevención 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 para su prevención, pareciera que no hay un fuerte impacto en la disminución de esta conducta, lo cual supone que estas intervenciones no han tenido el alcance necesario para evitar nuevos intentos e incluso prevenir el suicidio mismo(2).

Quizá el poco éxito de estas políticas se deba al exiguo entendimiento de las implicaciones sociales, culturales e históricas del suicidio y/o a la falta de aceptación de la doble moral y el estigma que envuelven a dicha conducta. Todo ello puede convertirse en obstáculos no sólo para la prevención, sino también para el tratamiento médico de 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, sino en el contacto entre el sujeto con expectativas suicidas y el médico durante el 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. 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 la incapacita mentalmente para tomar decisiones sobre su tratamiento, internamiento u otra medida que evite un daño mayor(3).

Como plantea Cohen, "...el problema es que la intervención paternalista, aunque tenga buenas intenciones, puede desencadenar efectos paradójicos"(4:4), pues presenta grandes dificultades en cuestiones prácticas. La primera es el grado de interferencia sobre la libertad de un individuo: quizás el paciente no permanezca incapacitado mentalmente durante todo su tratamiento; la segunda es que 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(3).

Una posible mediación para estos efectos paradójicos es fijar los límites del paternalismo, es decir, pensar que la intervención paternalista no es inadecuada en todo momento y en todos los casos de conducta suicida. Incluso, en ocasiones no hay más alternativa que ésta. El problema radica en que el paternalismo ha sido un modo autoritario de trato que ha llegado a lesionar la dignidad de los pacientes.

En bioética y ética médica la mayoría de los argumentos antipaternalistas se fundan en la autonomía de los pacientes, alegando la defensa de sus derechos(3), o bien en una beneficencia más humana, en vez de un paternalismo rígido, frío o áspero(5), considerando la actitud paternalista como una postura extrema de la beneficencia.

En este sentido, el principio de beneficencia está orientado a auxiliar al médico para que pueda comprender su actitud y tener un comportamiento moralmente apropiado en la atención del paciente. Esta manera de interpretar las significaciones morales de su actuar y de la solicitud expresa de su paciente conduce al médico a una serie de obligaciones y virtudes concretas(5), abordando la relación desde un modelo interpretativo(6) que 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.

El principio de autonomía 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 de los médicos hacia los valores y creencias de los pacientes, quienes son considerados como agentes morales que pueden o no ser autónomos, pero de ninguna manera debe abandonarse el respeto a su dignidad; o bien, dado el caso de ser considerados como personas con menos autonomía, entonces tienen derecho a la protección.

La presencia de estos principios (beneficencia y autonomía) en los escenarios de salud no resuelve totalmente los dilemas éticos, pero su aplicabilidad es materia de diálogo(7). Sin embargo, poco sabemos sobre las disyuntivas o concordancias entre los principios bioéticos que se presentan en la relación médico-paciente. Por ello, el propósito del presente trabajo es aproximarnos a los elementos que contribuyan a una posible disyunción entre estos principios, a partir de

los discursos de las personas que atentaron contra su vida y de psiquiatras que pueden afectar la terapéutica del intento de suicidio.

## Métodos

Cuando abordamos algunos problemas desde la bioética, podemos usar como referentes otras disciplinas, como la psicología social<sup>1</sup>, por ejemplo, con la cual se sustentaron los elementos metodológicos, a través de la aproximación comprensivo-interpretativa, para dilucidar los significados que los sujetos atribuyeron a su experiencia, a sus relaciones y a la realidad social.

La investigación se realizó en dos hospitales psiquiátricos de la Ciudad de México. La muestra<sup>2</sup> incluyó a tres sujetos con intento de suicidio, mayores de 18 años –quienes eran atendidos en consulta externa a causa de una lesión autoinfligida en el último año– y a tres psiquiatras que trataban a estos pacientes.

La información se obtuvo previo consentimiento informado, mediante entrevistas individuales, en una sesión de 50 minutos aproximadamente. La herramienta que se utilizó para este fin fue una guía de entrevista. Se llevó a cabo un análisis de discurso argumentado para dar lectura al material y encontrar los significados que los participantes otorgaron a los principios bioéticos y las posibles disyuntivas entre éstos.

El discurso argumentado(8) 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 de objetos de oposición (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(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. Principalmente, se contemplaron algunas de las Pautas del *Council for International Organizations of Medical Sciences - CIOMS(10)* y los principios de la Declaración de Helsinki(11). Asimismo, se atendieron 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. También se solicitó a los entrevistados autorización 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 podrían ser dolorosos. En esos casos, el participante podía declinar o seguir adelante según lo deseara. Un aspecto importante fue explicitar a los pacientes 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 tendría ninguna repercusión en su trabajo o ejercicio profesional.

## Resultados

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 respecto de dichos principios; asimismo, dilucidar su vínculo en la terapéutica del intento de suicidio.

En cuanto al principio de beneficencia, hubo factores que fueron disyuntivos y concordantes entre médicos y pacientes, por ejemplo, el beneficio del tratamiento, 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, se acomodaban en uno u otro punto de la concepción de beneficencia.

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(9).

2 El tamaño de muestra 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 al momento en que ya no se obtuvo información adicional “relevante”.

En los componentes disyuntivos, los pacientes aluden al principio bioético de beneficencia, en el cual el galeno es más afectivo, amistoso, confiable; los psiquiatras, en cambio, hacen referencia al paternalismo médico, en el cual el galeno debe desvincularse de sus pacientes y dejar de lado las emociones. Por ello, se percibe una discrepancia entre ambos actores. Esto evidentemente afecta a la atención del intento de suicidio, porque parece no haber un diálogo entre el médico y el paciente.

Para los pacientes, una “buena” relación con el tratante fue un elemento de disenso. Ellos plantean esta relación desde un modelo interpretativo, en el cual el médico es empático, escucha y acompaña a su paciente, responde a sus necesidades, da confianza, entre otros aspectos. Para los galenos, la “buena” relación está construida desde el modelo paternalista, en el cual el médico es “objetivo”, resuelve los problemas de su paciente, pone los límites e imparte órdenes. De esta forma, hay una distancia entre lo que el galeno proporciona y lo que el sujeto que intentó suicidarse demanda.

Tabla 1. Elementos disyuntivos de la beneficencia entre sujetos que intentaron suicidarse y el equipo de salud

Elementos del principio de beneficencia	Sujetos que intentaron suicidarse	Equipo de salud
<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.
“Buena” relación médico-paciente	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 vuelve 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).
<i>Los afectos</i>	Los pacientes expresaron su deseo de que sus médicos fueran más afectivos, cálidos.	El médico tiene el deber de desvincularse de los pacientes, crear una coraza que permita alejar al paciente y dejar de lado las emociones. El médico “no debe sentir”.

Los elementos concordantes del principio de beneficencia están relacionados con el paternalismo médico, en el cual el médico es la autoridad y da instrucciones de lo que se debe hacer; el paciente que intentó suicidarse es considerado como un sujeto que no tiene juicio ni conciencia. Hubo consenso en cuanto a la demanda de ayuda que tienen los pacientes que intentan suicidarse, debido al paternalismo en el que buscan ser tratados los pacientes y que los médicos practican.

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 consenso: ambos actores estuvieron alejados de una concepción paternalista, pero estos elementos son hipotéticos, casi nunca se llevan a cabo.

Tabla 2. Elementos concordantes de la beneficencia entre sujetos que intentaron suicidarse y el equipo de salud

Elementos del principio de beneficencia	Sujetos que intentaron suicidarse	Equipo de salud
<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 del paciente es que el médico 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 mejor tratamiento para el intento de suicidio</i>	Los pacientes en general quieren que sus médicos sean más afectivos y cálidos, además, esperan que las sesiones duren 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 en la cual 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.

En el discurso argumentado del equipo de salud, poco se hizo referencia a la autonomía de los pacientes, mostrando que ella no es reconocida. Por tanto, los elementos de disenso y consenso del principio de autonomía son pocos y parecen ser concepciones sobre lo que se consideró la búsqueda de ayuda, conciencia, juicio y voluntad, valores y creencias y, finalmente, la prevención del intento de suicidio.

Los componentes disyuntivos muestran la postura paternalista médica, que describe al sujeto que intentó suicidarse como una persona sin capacidad y competen-

cia para tomar decisiones, observándolo siempre como un ente biológico; en tanto los pacientes expresan la gradualidad de la autonomía.

Los valores y creencias son componentes morales de disenso. 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.

Tabla 3. Elementos disyuntivos de la autonomía, entre 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 este “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 “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.... ¡quitame de sufrir!”.	Los posibles valores o creencias con los que se trabaja son solamente del paciente y no del médico, pero... “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!”.

En los elementos concordantes, la autonomía es reconocida en la conciencia de sí mismo que tienen los pacientes cuando se sienten mal nuevamente y ello los lleva a pedir ayuda. Es decir, la búsqueda de ayuda es el único acto reconocido por los psiquiatras como voluntario y autónomo de los pacientes.

Los demás componentes de consenso 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; aunque en ocasiones estas sean medidas de coacción y creen otros dilemas éticos, como la estigmatización del paciente. 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 atentar 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>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. “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?’”.	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 inquietud que siente, es una mala sensación que se tiene, que de alguna forma “avisa” que el paciente se va a suicidar.

## Discusión

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 enferman. Estas son relevadas transitoriamente de sus obligaciones sociales, pero se espera que haga todo lo posible por sanar, confiándose a profesionales competentes. En estas circunstancias, lo que se ejerce en realidad es el paternalismo, que no es más que una beneficencia sin autonomía y que ha caracterizado a la medicina occidental desde tiempos hipocráticos(12).

La interferencia paternalista en conductas suicidas, como suele suceder en la atención de un caso de intento de suicidio, se basa en la intervención médica en contra de la voluntad del sujeto, bajo el supuesto de que, a futuro, pueda ser consentida por éste, al descubrir el daño que pudo haber sufrido(3).

No es que el paternalismo esté mal en cualquiera circunstancia; lo grave es que de él se deriva una manera de intervenir en conductas suicidas que se convierte en una espada de doble filo, porque, mientras muchas de sus acciones y decisiones están encaminadas a prevenir el suicidio, al mismo tiempo pueden llegar a facilitarlo o desencadenarlo(3).

Es difícil entender por qué el paternalismo continúa siendo la manera médica de tratar a los pacientes que intentaron suicidarse. Los médicos siguen pensando la beneficencia en términos paternalistas y no desde el “principio bioético” de beneficencia. Ante esta idea predominante, no hay cabida para la autonomía del paciente, en ninguna de sus formas o grados.

Si discutimos los elementos de disenso y consenso de los principios de beneficencia y autonomía en la relación 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 beneficio del tratamiento y las decisiones que se toman durante este están justificadas a partir del argumento paternalista: la discapacidad del paciente(3). No obstante, aun cuando la autonomía de un individuo es particularmente dañada por la enfermedad o las circunstancias, la prescripción de un profesional debería ser atender la responsabilidad moral hacia su paciente, cuya autonomía está disminuida y no completamente ausente(13).

Pero, más allá de la discapacidad por la autonomía disminuida, 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 resulta irrelevante. Más que compenetrarse en detalles técnicos y científicos, el paciente necesita tal vez información respecto de su tratamiento: es su derecho.

Kentsmith(13) mencionó 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 su conducta profesional juzgan desde su experticia sobre los mejores intereses de sus pacientes. El gran problema es que, en esta creencia, los médicos pueden asumir hacer el bien, adoptando decisiones inadecuadas o a veces crueles. Aunque sabemos que estas decisiones tampoco son tan “voluntarias”, dado el entramado institucional, la

conducta médica, muchas veces un conjunto de actos moldeados sobre la base de normas y procedimientos de manera inmediata, se olvida que la conducta debe ser en realidad una forma de vincularse con esas normas para hacerlas válidas en la práctica.

Entonces, al parecer, se necesita una *praxis* más consciente de los límites y alcances, entendiendo la existencia de motivaciones conscientes e inconscientes, reconociendo angustias y miedos y examinando la implicación personal. Parte del contenido ético de las profesiones reconoce su origen en el diálogo interior de quienes se relacionan con su ejercicio(14). De esta forma, el trabajo profesional sería una mezcla equilibrada de intuición, conocimiento, experiencia y emoción.

Por lo tanto, se requiere de un *ethos* médico distinto, contemplado en el principio bioético de beneficencia. En este trabajo reflexionamos no sólo acerca de la autonomía de los pacientes en contraposición del paternalismo(5), sino también en torno de 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(15).

El *ethos* remite a una concepción sobre la ética y a determinadas formas de comportamiento que se adquieren por medio de una estructura familiar, cultural y/o educativa(15). “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”(15:60), 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 y “benevolencia” en una vinculación humanizada(16).

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 (por ejemplo, el estigma) que afectan la terapéutica del intento de suicidio, pero sobre todo mermará las virtudes y los valores del médico.

El paternalismo, identificado en la investigación que se presenta, 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 generadores de otros dilemas éticos en la atención del intento de suicidio.

Por ejemplo, los psiquiatras mencionaron utilizar las creencias religiosas que consideran al suicidio como algo pecaminoso y a quien lo realiza como pecador para “hacer entender” a los pacientes que tienen que salir adelante y así evitar un nuevo intento de suicidio. El dilema reside en que el médico, mediante tal argumentación, supone estar evitando un daño, el intento suicida, pero al mismo tiempo estará reforzando el estigma hacia dicha conducta y hacia su ejecutor. No cabe duda de que lo más benéfico es lo primero, pero lo segundo representa también un mal, porque, además de no respetar los valores y creencias del paciente, es una práctica impuesta bajo el nombre de prevención(1), en donde la coerción psiquiátrica sustituye a la teológica.

Ciertamente, intentar convencer a una persona para que se abstenga de actuar de una manera que consideramos perjudicial para sus intereses morales, económicos o sanitarios es siempre algo permisible, pero esto no justifica sustituir la persuasión por la coerción(1). También, es real que los galenos tiendan a asumir que los otros (pacientes) comparten los mismos valores o motivaciones y expectativas. Esto puede oscurecer el significado de la comunicación con la asunción de que la gente piensa las mismas cosas y sólo las expresa con diferentes palabras(13).

Por ello, el principio de autonomía, que incluye valores y creencias del paciente como principal consideración, se difuminó ante el paternalismo prevaleciente en la determinación de las responsabilidades morales de los galenos. No obstante, del principio de beneficencia es rescatable el valor de la persona del médico, en cuanto a su labor humanizante, ayudando a adoptar libremente las decisiones que inspire la prudencia(17) como principal virtud. Así, los pacientes alcanzaron a reconocer

que la virtud se aprecia más en las cualidades empáticas y benevolentes del médico, mediante las cuales ellos percibieron la sensación de estar protegidos(18). Por esto, no hay que olvidar que el *ethos* de médico de la beneficencia apela a e incluye los valores y virtudes, y que 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”(19:43).

Con base en lo anterior, podemos reconocer que la relación médico-paciente no es una relación única y estética, sino un encuentro complejo y progresivo(20), en el que ambos actores pueden adoptar distintos papeles de acuerdo con factores como el tipo de enfermedad o las conductas normativas y las expectativas sociales(21). Sin embargo, queda claro que 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 conciencia 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”(19:43).

En la relación terapéutica que se establece para tratar los casos de intento de suicidio, la asimetría, a veces voluntaria y a veces involuntaria, en ocasiones necesaria y en otras inútil, puede llegar a extremos en los cuales exista un trato indiferente carente de commiseración por el paciente. Contra ello habría que percibir las circunstancias del paciente, su dependencia ante el médico y su necesidad de protección, apoyo y ayuda efectiva. Esto conlleva a una exigencia de la genuina *philia* y de juntar en un solo trato el respeto y la compasión(16,20). En otras palabras, la ética revela que la responsabilidad que cada quien tiene ante sí mismo y su propia conciencia, la tiene en el fondo ante los demás(22).

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 el diálogo, en los cuales el médico debería tener presente la autonomía disminuida del paciente y entender que la autonomía es gradual, es decir, puede ser relativa, por momentos o permanentemente(5,23), pero que 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, entre otros. Es decir, los pacientes no son homogéneos(15).

Si el paciente es tratado como un incapaz, incompetente *a priori* o en general, el médico no podrá entender que el intento de suicidio puede interpretarse como una forma de enfrentar un destino con un dolor o mal subjetivo (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(1).

Desde la psicología<sup>3</sup> 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 la necesidad de relacionarnos con otros seres humanos(1). 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.

Por esta misma razón, en el discurso médico se percibe una falta de reconocimiento de la gradualidad de la autonomía en los sujetos que intentaron suicidarse; ni siquiera es considerada o tomada en cuenta, como se observó en los disensos y consensos presentados en cuanto a la autonomía.

De esta manera, el paternalismo que subyace en la atención de los casos de intento de suicidio puede obstaculizar la presencia y acción de los principios bioéticos y dificultar la atención y prevención del intento de suicidio. Con ello, los discursos yuxtapuestos de los médicos y los pacientes parecen dar continuidad al paternalismo y eliminar el diálogo bioético.

No obstante, a partir de estos resultados, también podríamos concluir que los principios son evidentemente medios para el diálogo, cuyo “producto” más visible sería el consenso frente a ciertas decisiones que involucran a personas(7); 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– radica en la simplificación que otorgan al proceso de discerni-

3 En particular la psicología que estudia los procesos de la subjetividad.

miento bioético, convirtiéndolos en procedimiento para su aplicación.

Por último, la prevención del intento de suicidio parece no tener 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 mantienen los pacientes que intentan suicidarse parece abrir un dilema ético ante la idea de tratar de cambiar a otro tipo de atención y prevención sustentado en la bioética. Nuestra insistencia no obedece a una necesidad científica, sino a entender que la bioética permite ver que distintas concepciones de lo bueno deben tratar de convivir dentro del margen de lo justo(24); por ello, habría que continuar utilizando las herramientas de la bioética en aras de la prevención del fenómeno suicida.

Sabemos que 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 esta, 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, darle la oportunidad de salvaguardar su margen de “autonomía” disminuida(22) y no sólo buscar asegurarle la sobrevivencia.

### Agradecimientos

Este trabajo fue posible gracias al 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. El trabajo se enriqueció gracias a los seminarios del Proyecto de Investigación: *Epistemología, psicología y enseñanza de la ciencia*, DGAPA/PAPIIT IN401006 de la Universidad Nacional Autónoma de México y al Programa de Ética de la Investigación Biomédica y Psicosocial, Fogarty International Center, Grant R25 TW006056, 2005, Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile.

### Referencias

1. Szasz T. *Libertad fatal. Ética y política del suicidio*. España: Paidós; 2002.
2. Borges G, Wilcox H, Medina-Mora ME, Zambrano J, Blanco J, Walters E. Suicidal behaviour in the Mexican national comorbidity survey (M-NCS): lifetime and 12-month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental* 2005; 28(2): 40-46.
3. Cohen D. *Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2007.
4. Cohen D. *Inteligencia ética para una vida cotidiana*. Buenos Aires: Editorial Latinoamericana; 2006.
5. Beauchamp T, McCullough L. *Ética Médica*. Las responsabilidades morales de los médicos. Barcelona: Editorial Labor, S.A.; 1983.
6. Rodríguez E. Relación médico-paciente y práctica médica. In: Lolas F, ed. *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de bioética en la OPS*. Chile: OPS/OMS; 2004. p. 61-72.
7. Lolas F. *El diálogo moral de las ciencias de la vida*. 2n ed. Santiago, Buenos Aires, Montevideo: Mediterráneo; 2003.
8. Vignaux G. *La argumentación. Ensayo de lógica discursiva*. Argentina: Hachette; 1983.
9. Fernández L, Pimentel M. El sujeto de la salud mental a fin de siglo. *Tramas 10. UAM-Xochimilco* 1994: 179-182.
10. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos (ed. rev. 2002). Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2003.
11. World Medical Association. *Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Helsinki, Finlandia, 18th WMA General Assembly; Edimburgo, Escocia: 52nd WMA General Assembly; 2000.
12. Lolas F. *Bioética y antropología médica*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2003.
13. Kentsmith D, Salladay S, Miya P. *Ethics in mental health practice*. United Kingdom: Grune and Stratton, Inc.; 1986.
14. Lolas F. *Bioética y medicina. Aspectos de una relación*. Santiago de Chile: Biblioteca Americana; 2002.
15. Gil V. *Éthos médico. Las significaciones imaginarias de la profesión médica en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco; 2004.
16. González J. *El poder de eros. Fundamentos y valores de ética y bioética*. México: Paidós, UNAM; 2000.
17. Chauchard P. *Moral y medicamentos*. Madrid: Ediciones Morata; 1967.
18. Kottow M. Bioética y Biopolítica. *Revista Brasileira de Bioética* 2005; 1(2): 110-121.
19. Kottow M. Enseñando las paradojas de la autonomía. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2000; 24(3): 40-45.

20. Tauber A. *Patient autonomy and the ethics of responsibility*. Massachusetts: MIT Press; 2005.
21. Lee G, Sotelo G, Casa O. La objeción de conciencia en la práctica del médico. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM* 2006; 49(3): 121-125.
22. González J. *El ethos, destino del hombre*. México: Fondo de Cultura Económica, FFyL, UNAM; 1996.
23. Álvarez I. *La eutanasia voluntaria: autónoma*. Madrid: Editorial Madrid; 2002.
24. Beuchot M. *Interculturalidad y derechos humanos*. México: Siglo XXI, FFyL, UNAM; 2005.

Recibido: 13 de enero de 2009

Aceptado: 23 de junio de 2009