

ÉTICA Y CONDUCTAS SUICIDAS

ALVARO FRANCO ZULUAGA *

Este ensayo aborda, desde la perspectiva de la bioética, los conflictos que se le presentan al psiquiatra o al médico del servicio de urgencias, ante el paciente con conducta suicida.

Inicialmente se presentan las posiciones de cuatro teorías éticas: Utilitarismo (cuyo principio básico es buscar las mejores consecuencias), Kantismo (que se fija más en los principios y no en las consecuencias), Individualismo liberal (que toma los derechos individuales como protectores de la vida, la libertad, la expresión y la propiedad) y Principialismo (moral común basada en principios).

Luego se analizan las conductas suicidas a la luz de principios bioéticos (autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia) y se propone un modelo para el tratamiento de este tipo de conductas desde la óptica de la teoría principialista, la cual permite sopesar los diferentes niveles de prioridad, al partir de deberes de *prima facie*.

Palabras Clave: Suicidio; Ética médica; Bioética.

ETHICS AND SUICIDAL BEHAVIORS

From a bioethical perspective, this paper reviews conflicts faced by psychiatrists and other physicians with suicidal patients in the emergency room.

Four ethical theories are presented: utilitarianism or searching the best consequences; kantism, focused on principles rather than in consequences; liberal individualism, with human rights protecting life, freedom, expression and property; and principialism or common moral based on principles. It also studies suicidal behaviors through bioethical principles (autonomy, harmless, beneficial and fair approaches) and poses a treatment model for this type of behaviors.

Key words: Suicide; Ethics, Medical; Bioethics.

* Profesor Asociado, Universidad El Bosque – Clínica Montserrat. Director del programa de Psiquiatría Infantil y de Adolescentes. Magíster en Bioética. Correo: afranco@unbosque.edu.co

INTRODUCCIÓN

¿Quién no ha pensado alguna vez en suicidarse? Pensar en el suicidio nos permite diferenciarnos de las especies no humanas, pues aun cuando se habla del suicidio de las ballenas, este al parecer corresponde más a un fenómeno de desorientación espacial que a un acto autodestructivo. La psicoanalista María Nagy, nos mostró como los humanos vamos desarrollando progresivamente el concepto de muerte, terminando este de manera obligatoria cuando consideramos, en general al inicio de la adolescencia, la posibilidad de autoeliminarnos. Luego, ante las crisis vitales generalmente lo consideramos de manera fugaz.

Al suicidio han llegado personajes de la filosofía como Sócrates, Séneca y Sartre; de la historia como Cleopatra; militares como Aníbal y Hitler; bíblicos como Saúl y Judas; literatos como Maupassant, Silva y Storni; matemáticos como Godel; científicos como Turing; mitológicos como Yocasta, la madre y esposa del celebre Edipo; eticistas como Kohlberg y millones de seres corrientes como nosotros.

Las circunstancias y motivaciones que llevan al suicidio son diferentes. Unos lo hicieron por orden de una entidad superior que no dejaba posibilidad de desobedecer como en el caso de Sócrates, frente al dilema "o tomas la cicuta o te mata el verdugo" y en Séneca "o te matas o te mata el esclavo público designado para ello".

Otros, para evitar una situación indigna como Cleopatra, quien lo prefirió a ser llevada a Roma encadenada y arrastrada por el carro de la Victoria. Hitler para evitar caer en manos de los rusos. Otra motivación es la derivada de los principios: por tradición, antes de la segunda guerra mundial, los capitanes de los barcos de guerra italianos debían hundirse con su barco.

El tema ha sido abordado desde diferentes perspectivas. En medicina, desde el tradicional juramento Hipocrático, en especial en lo referente al suicidio asistido: "... No administraré a nadie un fármaco mortal, aunque me lo pida, ni tomaré la iniciativa de una sugerencia de este tipo...", a la epidemiología, la psiquiatría y por supuesto la bioética clínica.

Ha sido extenso el aporte de la filosofía, las religiones, la sociología, el psicoanálisis, la antropología, la economía, y la literatura ... "No existe más que un problema filosófico verdaderamente serio y es el del suicidio... Juzgar si la vida merece o no la pena de vivirla equivale a responder a la pregunta fundamental de la filosofía", nos decía Mersault, en *El extranjero* de A. Camus; de otro genero literario, en 1991 se publicó un manual detallado sobre como suicidarse, escrito por el presidente de la Hemlock Society, *Final Exit*, el cual fue best seller en New York.

Mi intención, desde la aproximación de la bioética clínica es plantear

algunos elementos de reflexión. Tomo como marco de referencia general las teorías que considero han tenido mayor relevancia en torno al tema del suicidio: Utilitarismo, Kantismo, Individualismo liberal y Principialismo.

Aclaro que presento la posición de algunos autores respecto al tema y no la escuela que representan. Por ejemplo, en el caso de David Hume (1711-76), quien vivió un siglo antes que John Stuart Mill publicara *El Utilitarismo* en 1863 o H. Tristram Engelhardt tomado como liberal, lo cito en el utilitarismo; ambos autores en mi criterio, frente a este tema en particular toman posiciones claramente consecuencialistas. Me detendré en la explicación de la teoría Principialista, de gran influencia en la ética biomédica contemporánea y en la cual me baso para exponer mi punto de vista frente a las diferentes conductas suicidas.

UTILITARISMO

El utilitarismo clásico nos ofrece un único principio básico, buscar las mejores consecuencias. Habría que proceder siempre de la forma que permita tener el máximo beneficio individual y colectivo (el mayor beneficio, para el mayor número de personas) o el menor perjuicio posible. La utilidad también puede ser traducida en función de la felicidad o placer y de lo contrario, de evitar el dolor y el sufrimiento.

La posición del Utilitarismo frente a las conductas suicidas se inicia con David Hume ⁽¹⁾, quien se muestra

muy interesado en la moralidad de suicidio y encuentra numerosas razones para este, sus argumentos en el contexto del S. XVIII intentan desarrollar un modelo ético y no-teológico para afrontar el suicidio tratándolo como un deber para con uno mismo.

Hume, citado por Engelhardt, manifiesta: "Que el suicidio sea con frecuencia congruente con el propio interés y con el deber hacia nosotros mismos, no lo puede poner nadie en cuestión que reconozca que la edad, la enfermedad o el infortunio convierten la vida en una carga y en algo peor que la aniquilación... en determinadas circunstancias el suicidio es un acto de responsabilidad moral... supongamos que ya no esta en mi poder velar por el interés de la sociedad, supongamos que soy una carga para ella, en tales circunstancias mi renuncia a la vida no solo será inocente, sino loable" ⁽²⁾.

La posición, en el caso de Hume, permite realizar una reflexión entre la autonomía, la condición de vida y las motivaciones que en determinadas circunstancias llevan a tomar esta decisión y rompe toda una tradición teológica justificando el suicidio. El utilitarismo contemporáneo presenta varias vertientes en general centradas en el papel de la calidad de vida y el proyecto de vida como justificante de la acción suicida.

Peter Singer ⁽³⁾ da un papel primordial al sentido de la vida: "Vivir con algún fin", se podría inferir que al

perder el propósito de la vida pierde sentido esta justificando así el suicidio. Dicho autor es crítico tanto con los existencialistas como los positivistas lógicos al manifestar: "El universo es un conjunto que carece de sentido", y plantea que somos libres de darle nuestro propio sentido, no al universo en su conjunto sino a nuestras vidas.

H. Tristram Engelhardt ⁽⁴⁾, apela a Séneca: "Nadie está legitimado a quejarse de la vida o del sufrimiento, puesto que, si el dolor es excesivo, el suicidio es siempre una solución", de esta manera considera que, una guía que nos permite saber cuando debemos suicidarnos se encuentra en la evitación del dolor o del sufrimiento: "las personas no temerían envejecer hasta el extremo que la vida se convierta en una indignidad para ellos mismos y en una carga para los demás" ⁽⁵⁾.

Engelhardt considera que la única objeción al suicidio de una persona competente es la relativa a las obligaciones contractuales de mayor peso, como por ejemplo: la dependencia económica de los hijos menores, en cuyo caso sugiere tomar un seguro de vida en el cual, después de cierto tiempo, contemple la compensación económica en caso de suicidio ⁽⁶⁾. Dicho autor piensa, desde el punto de vista de la justicia distributiva, que es un acto patriótico que un ciudadano con enfermedad terminal se suicide para no recargar los fondos de la seguridad social.

En general, para el utilitarismo la calidad de vida de una persona es esencial para justificar las conductas suicidas, siendo éticamente válido el sufrimiento psicológico, el dolor físico o la pérdida de autonomía para realizar suicidio.

LA ETICA KANTIANA

Hoy hablamos de Kantismo cuando nos fijamos más en las acciones que en los resultados, o si se quiere, más en los principios y no en las consecuencias. La ética Kantiana y la deontología moderna, asumen que actuar moralmente es respetar las obligaciones o reglas de carácter universal. Esta es una concepción basada en las normas, que facilita la vida en comunidad, independientemente de las consecuencias.

Para Immanuel Kant (1724-1804), la ética esta basada en la libertad del hombre, la dignidad humana y la razón como fuente de obligación moral, más no en la tradición ni en la naturaleza; la acción debe ser no solo de acuerdo con, sino en nombre de la obligación como parte de un imperativo categórico: "Obra como si la máxima de tu acción debiera tornarse, por tu voluntad, ley universal de la naturaleza" ⁽⁷⁾.

En su obra: *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, describe los deberes en dos niveles:

1. Para con nosotros mismos o deberes perfectos, como la autonomía de la voluntad: actuar sabiendo que lo hace cumpliendo los requisitos del imperativo categórico, y

2. Deberes para con los demás hombres o deberes imperfectos, estos derivados de la virtud. De estos últimos surge a la vez, el imperativo práctico: “Obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre con un fin al mismo tiempo y nunca solamente como un medio”⁽⁸⁾.

En relación al suicidio, Kant plantea: “Uno que, por una serie de desgracias lindantes con la desesperación, siente desapego de la vida, tiene aún bastante razón para preguntarse si no será contrario al deber para consigo mismo el quitarse la vida. Prueba si la máxima de tu acción puede tornarse en ley universal de la naturaleza” ... “quien se destruye a sí mismo hace uso de la persona como un medio... No puede, pues disponer del hombre en mi persona, para mutilarle, estropearle o matarle”⁽⁹⁾.

Considera entonces Kant, que el hombre no debe tener la facultad de quitarse la vida. El suicidio es irracional por presentarse dentro de una contradicción, la actitud “egoísta” de promover su propio interés buscando escapar de un sufrimiento, y eliminado su autonomía al quitarse la vida, es decir tratándose simplemente como un medio.

Onora O’Neill,⁽¹⁰⁾ considera que la posición de Kant surge de dos fuentes primordiales: una gran influencia aristotélica, quien en su ética a Nicómaco afirma que el suicidio es injusto y no se puede permitir, no por que

vaya en contra del propio individuo, sino por que va en contra de la comunidad (*polis*), y por otro lado, recoge gran parte de la condenación cristiana al suicidio por invadir prerrogativas de Dios a quien pertenecemos; por lo tanto, como no poseemos nuestra vida, no nos la podemos quitar.

INDIVIDUALISMO LIBERAL

Esta corriente filosófica toma los derechos individuales como protectores de la vida, de la libertad, la expresión y la propiedad. Los derechos preceden a las obligaciones y las justifican, y su objetivo es evitar que la comunidad actúe en contra del individuo. Poseer derechos en una sociedad exige su cumplimiento, significando además, estar protegido, tener dignidad y autodeterminación; el hecho de respetar los derechos de los demás ya nos permite tener un límite ético.

Max Charlesworth, en su libro: *La bioética en una sociedad liberal* dedica un capítulo al análisis de la ética del suicidio. Señala que cuando una persona totalmente competente para tomar decisiones sobre su vida actúa como un agente moral, tiene derecho a controlar y determinar el curso de su vida y decidir como desea vivir. “El derecho a la autonomía moral lleva consigo un derecho subsidiario a controlar la duración de la vida de uno y la manera de morir”⁽¹¹⁾. En estos casos, prosigue Charlesworth: “... lo crucial es la percepción o juicio de estos pacientes de que la vida no merece la pena vivirse. En otras palabras

la estimación de la calidad de vida del paciente depende de la propia decisión y juicio del mismo sobre el propósito, significado y valor de su vida⁽¹²⁾.

El liberalismo critica a las corrientes utilitaristas al considerar que la calidad de vida no es cuantificable ni se pueden comparar las vidas de diferentes personas, se trata más de un proceso de valoración totalmente subjetivo para determinar el mejor interés, la infelicidad o el sufrimiento, y este debe respetarse reconociendo el estatus del individuo como agente moral autónomo.

Para el liberalismo, no se debe confundir la calidad de vida biológica y médica con la calidad de vida moral o personal, de esta manera en la ética liberal no existe el peligro de la llamada pendiente resbaladiza o "analogía nazi", por que el derecho a morir se basa en la autonomía moral del individuo, no lo que terceros piensen de él.

Sobre el papel del médico Charlesworth sostiene: " ... mientras mantienen su propia autonomía profesional y reconocen sus obligaciones profesionales, deben considerarse como los ayudantes del paciente, tanto si el paciente es competente como si no lo es" ⁽¹³⁾, reconociéndole una posición determinante en casos de suicidio asistido.

Otro gran exponente de la ética liberal es Ronald Dworkin, quien en el texto: *El dominio de la vida*, argumenta la importancia del valor intrínscico

de la vida. Refiere que en el caso de Jane Atkins (paciente con demencia en su fase inicial que se sometió a suicidio asistido con el Dr. Kevorkian): "... probablemente habría tenido más que ganar en lo que se refiere a experiencias placenteras..." ⁽¹⁴⁾; cita también a Stephen Hawkins, el cosmólogo quien a pesar de su problema neurológico mantiene una vida valiosa y con objetivos.

Otra cosa diferente es cuando se pierde este valor intrínscico de la vida, lo que para él constituye una afrenta a la dignidad. Recalca que en las sociedades liberales éticamente pluralistas ninguna minoría (religiosa) tiene derecho a pedir que el estado intervenga en términos de la moral privada, haciendo extensivo este concepto además del suicidio, al aborto y a la eutanasia.

De esta manera el liberalismo nos lleva a cuestionarnos si: ¿El derecho a la libertad es absoluto? o ¿prima el derecho a la vida sobre la libertad? Los derechos entran en conflicto y en ocasiones no se puede respetar uno sin violar el otro. ¿En el caso del suicida a qué le daríamos mayor peso? A su autonomía para terminar con la vida o al derecho a la vida, es claro que cuando existe la intención y se trata de un agente moral entendido como tal, desde esta perspectiva pesa más el derecho a la libertad. Aquí no se miden las consecuencias que se podrían derivar del hecho, como huérfanos desamparados, deudas, responsabilidad social y otros.

PRINCIPIALISMO

Beauchamp y Childress en su libro *Principios de ética biomédica*, definen al principialismo como una teoría moral común basada en principios, desarrollados a partir de criterios que proporcionan una base para evaluar y criticar los actos ⁽¹⁵⁾.

Estos principios derivan de juicios ponderados de la moral común y la tradición médica. El fundamento de este razonar se encuentra en la ética de los deberes de *prima facie*. Estos fueron propuestos por el filósofo Inglés Ross, quien los explica de la siguiente manera: «La obligación *prima facie* implica que la obligación debe cumplirse, salvo si entra en conflicto con una obligación de igual o mayor magnitud que debe ponderarse, los deberes de *prima facie* no suponen que unos principios morales sean más básicos que otros, por esto se requiere de una definición o especificación como una forma de resolver problemas a través de la deliberación y por lo tanto debe ser coherente”.

Hay cuatro grupos de *principios* morales: Autonomía, No-maleficencia, Beneficencia y Justicia. Los *principios* son guías generales que dejan lugar al juicio particular en casos específicos y que ayudan explícitamente en el desarrollo de *las reglas* y líneas de acción más detalladas. *Las reglas* tienen un contenido más específico y un alcance más restringido que los principios y funcionan como normas de conducta más detalladas, y establecen como se debe actuar en cada cir-

cunstancia. La siguiente visión panorámica sobre los principios y los dilemas éticos generados por las conductas suicidas nos permite tener una mayor claridad sobre estos:

AUTONOMIA

La autonomía se entiende como autogobierno, derecho a la libertad, intimidad, elección individual, libre voluntad, elegir el propio comportamiento, y ser dueño de uno mismo. Una persona con un déficit de la autonomía o es controlada por otros o es incapaz de reflexionar y actuar en función de sus propios deseos y planes. La incapacidad mental limita la autonomía de los deficientes y la institucionalización obligatoria disminuye la de los presos.

Hay dos condiciones esenciales para la autonomía: *La libertad* (actuar independientemente de las influencias que pretende controlar). *Ser agente* (tener la capacidad de actuar intencionadamente). Toda persona autónoma debe tener la capacidad de autogobierno que incluye: la comprensión, el razonamiento, la reflexión y la elección independiente. Pueden existir en una persona autónoma limitaciones temporales impuestas, por esto en las depresiones y en los otros trastornos mentales se pierde la autonomía y por lo tanto el médico puede actuar tratando a quien ha tenido la conducta suicida.

No debemos perder de vista que el respeto a la autonomía como cualquiera de los otros principios, sólo tiene valor *prima facie*, es decir que en

principio es correcto respetarlo, pero pueden existir condiciones de mayor valor y puede ser supeditado por otras condiciones morales. Así también en el análisis que nos ocupa, las conductas suicidas para ser calificadas como tal, exigen dos requisitos, a saber:

1. Que la muerte sea voluntariamente querida «in se», y
2. Que se tenga el propósito de quitársela uno mismo, directamente, por acción u omisión. Si falta uno de estos dos requisitos, no estamos en presencia de un acto suicida.

BENEFICENCIA

Se refiere a la obligación moral de actuar en beneficio de otros, o mirando sus resultados o utilidad la relación de equilibrio que debe existir entre los beneficios y los costos o riesgos. Esto difiere de la *benevolencia* la cual se considera un ideal no obligatorio.

El principio de la beneficencia gobernó la relación médico paciente, hasta mediados del S. XX, esta ha venido pasando de ser más benéfica o paternalista a autónoma en la cual, el usuario (paciente con derechos) puede optar o no por un tratamiento y debe ser respetado en todos sus derechos.

En la práctica aún existen dos tipos de paternalismo: el llamado «duro» en el cual se pasa por alto la autonomía, violando los derechos individuales y restringiendo indebidamente el

libre albedrío del paciente; y el «blando», el cual se utiliza para prevenir un daño del agente (usuario o paciente con derechos), en caso dado de una alteración del juicio del paciente, como podría ser en las conductas suicidas derivadas de un trastorno o enfermedad mental.

NO-MALEFICENCIA

La obligación de “no hacer daño” es conceptualmente diferente a la de hacer el bien o ayudar a los demás, (una de las acepciones del principio de beneficencia) aun cuando en algunas situaciones se debe infligir un pequeño daño (pinchar) para obtener un beneficio importante (vacunar). Las reglas de no-maleficencia serán: «No harás...» incluso: «no se debe interferir con la autonomía de los demás».

El daño es entendido como la interferencia para que se cumplan los intereses de una persona y es *prima facie* incorrecto (en caso de hacerlo debe estar justificado por un principio de mayor valor como en el caso de matar en legítima defensa o en guerra). En ética biomédica el término hace especial referencia a daños físicos, dolor, incapacidades y muerte.

Otro aspecto importante de este principio es el llamado “cuidado debido”, el que implica no exponer a un riesgo o infligir daño a alguien, de hacerlo se genera responsabilidad legal, por esto los profesionales de la salud deben haber recibido una formación adecuada, poseer ciertas habilidades y ser diligentes. En las conductas sui-

cidas se estaría interfiriendo con el cuidado debido en casos de incompetencia al evaluar mal a un suicida pensando que comete su intento en pleno ejercicio de autonomía y realmente padece de algún trastorno mental, y de negligencia al no brindarle la oportunidad de un tratamiento adecuado.

JUSTICIA

En la bioética principialista el concepto se centra en la justicia distributiva, entendiéndola como la distribución equitativa y apropiada de las cargas y los beneficios en la sociedad. Existe también la justicia penal y la rectificadora, de la cual se encarga el derecho civil.

En el principio de justicia hay un requisito mínimo expuesto por Aristóteles: «los iguales deben ser tratados igualmente» (igualdad formal). Pero están también los principios materiales de justicia: a cada persona una parte igual, o a cada persona de acuerdo con: la necesidad, esfuerzo, contribución, mérito y según los intercambios del libre mercado. Todos los anteriores son considerados obligaciones de *prima facie*, los que no se deben evaluar por fuera de un contexto.

El derecho a la asistencia sanitaria: ante la realidad expuesta hay necesidad de regular proponiendo la racionalización de los servicios y la atención en dos niveles: en el primer nivel asistencia básica y catástrofes; y en el segundo nivel otras necesidades y deseos de salud.

El derecho a la salud se podría perder cuando la persona no actúa responsablemente o atenta contra ella como el caso que nos ocupa, el conducir embriagado, fumar o en los tratamientos para insuficiencia hepática en los alcohólicos.

Hay que diferenciar muy bien si el suicida es autónomo, de no se así el sistema de salud debe cubrir los gastos que genere tanto su asistencia médica por el intento de suicidio como el tratamiento psiquiátrico posterior.

DISCUSIÓN

De los cuatro enfoques revisados, el Kantismo es abiertamente contrario al suicidio, tomando como base su imperativo categórico: “Obra como si la máxima de tu acción debiera tornarse, por tu voluntad, ley universal de la naturaleza”, asume una posición deontológica que limita la libertad, la cual contradictoriamente es fruto de la razón, el elemento central de esta visión ética.

En el se excluyen de antemano las posiciones filosóficas que precedieron al existencialismo y niega la voluntad de actuar del ser en determinadas situaciones. Es claro que tratar de generalizar a partir de imperativos categóricos, en mi concepto, hoy no tiene sentido, en un mundo cada vez más globalizado, en donde el respeto a la diferencia y por ende no las imposiciones deontológicas, determinan que las normas éticas deben ser sometidas a juicios individuales de

acuerdo a las diferencias sociales y culturales.

Desde el Utilitarismo, es éticamente aceptable el suicidio en determinadas circunstancias, en el S. XVIII lo fue el no ser útil a la sociedad y se entendía como un acto de responsabilidad social. Hoy se tienen en cuenta fundamentalmente los aspectos relacionados con la calidad de vida y el respeto por la autonomía en el que juega papel preponderante la capacidad para desarrollar un proyecto de vida.

En la Etica liberal, el respeto es total a la autonomía, siempre y cuando esta cumpla con todos los criterios para ser considerada competente, el conflicto se da básicamente al enfrentar la libertad contra el derecho a la vida, y como se anotaba con anterioridad en esta situación específica prima la libertad de elección del implicado como ser autónomo.

El Principialismo o moral común basada en principios con características *prima facie*, permite una visión pluralista, la cual facilita realizar una valoración crítica a partir de cada principio e incluso de algunas virtudes e ideales. En las conductas suicidas se presenta la mayor tensión o conflicto, entre el principio de autonomía y el de beneficencia, señalados estos por Diego Gracia ⁽¹⁶⁾, como deberes de obligación imperfecta correspondientes al ámbito privado de las personas. A pesar de ser el suicidio un acto íntimo, también se presentan conflictos en el ámbito público o de obligación perfecta en los principios de no-maleficencia y justicia.

AUTONOMÍA

Partiendo del hecho que para ser autónomos se requiere libertad y ser agente (capacidad de autogobierno), los límites de la autodeterminación de las personas en condiciones extremas, como las que se presentan en las tentativas de suicidio, no son claros de determinar en una sala de urgencia, pues si bien el paciente comete el acto dentro de su voluntad y en concordancia con sus cogniciones, es el especialista quien debe determinar la competencia del paciente, convirtiéndose esta en el tema central pues se derivan cursos de acción alternativos.

Si el individuo presenta algún tipo de trastorno mental diagnosticable, 90% de los intentos de suicidio ⁽¹⁷⁾, no cabría el respeto a la autonomía como valor superior ⁽¹⁸⁾, y esto a su vez nos llevaría a otro conflicto ético ¿Se debe tratar este paciente en contra de su voluntad? De nuevo se presenta el conflicto entre la autonomía y la beneficencia, como ya lo habíamos señalado al no ser competente, prima la beneficencia, representada en un paternalismo blando.

En otros pacientes el intento puede colocar en grave riesgo a la familia o a personas inocentes, como es el caso de las intoxicaciones con monóxido de carbono, gas, o cuando se utilizan elementos explosivos e incluso proyectiles, de salir con vida de este intento es necesaria su hospitalización, con el fin de proteger el ejercicio de la autonomía (vida) de quienes lo rodean.

Hay pacientes que solicitan confidencialidad frente a lo sucedido, la decisión también tendrá que depender del nivel de competencia del paciente, esta es una situación frecuente en el caso de adolescentes, sopesadas las circunstancias, la gravedad del intento y la presencia o no de trastorno mental además de la madurez del sujeto, entonces se podrá optar por mantener la confidencialidad o comunicárselo a la familia o responsables, primando también la beneficencia.

Cuando quien realiza un intento de suicidio está embarazada se presentan nuevos conflictos éticos, relacionados con la viabilidad del feto, posibles daños causados a éste durante el intento o daños residuales en casos de intoxicación; una vez superada la crisis suicida, la mujer debe estar informada adecuadamente con el fin de tomar autónomamente, si es competente o ha recuperado la competencia, la decisión final respecto a continuar o interrumpir su embarazo.

Para los pacientes con enfermedades que necesariamente los llevará a la muerte, o que no les permita tener una adecuada calidad de vida, según sus peculiaridades e intereses y que consideran indigna su existencia, que corresponden del 4 al 6% de los pacientes con intento de suicidio⁽¹⁷⁾; una vez sean evaluadas las posibles alternativas y refrendando su voluntad libre y expresa, se le debería informar sobre la posibilidad de un suicidio asistido, del cual sus implicaciones en

la ética biomédica exceden los términos de esta revisión.

En los casos anteriores sería necesario aplicar los conceptos de escala móvil propuestos por Beauchamp y Childress⁽¹⁸⁾, quien hoy no es competente, puede mañana llegar a serlo, también a la inversa, es por esto que ante las dudas sobre la autonomía, lo mejor es ser prudente y diferir las decisiones.

En individuos mayores de edad, competentes (del 4 al 6% restantes), en quienes su intento sea producto de un análisis libre de influencias como la manipulación, persuasión y de coacciones internas, como trastornos emocionales transitorios y coacciones externas: quiebras económicas, separación, etc., hay que dar preponderancia, al sopesar los principios, a la autonomía, puesto que estas personas competentes poseen el derecho moral secular de morir del modo que elijan.

BENEFICENCIA

Desde la beneficencia surgen los conflictos en la relación médico paciente, considero que en principio la relación debe tener las características de un paternalismo blando, presumiendo por los datos epidemiológicos que el sujeto pueda tener un trastorno mental y por lo tanto no es libre o autónomo para tomar sus decisiones y debe ser tratado.

Este principio nos permite buscar el bien de una persona, no secundarlo en decisiones que reflejan una proble-

mática mental. Cuando el paciente está psicótico o hay amenaza a terceros como en las situaciones previamente descritas, está plenamente justificada una actitud de paternalismo fuerte, aun cuando sea con intervenciones temporales ⁽¹⁹⁾.

La beneficencia para los casos donde hay competencia debe ser evaluada desde el punto de vista del mejor interés del paciente, de nuevo surgiría la pregunta sobre la posibilidad del suicidio asistido.

JUSTICIA

Este principio nos obliga a proporcionar dentro de lo posible las mismas posibilidades de tratamiento para todas las personas que presentan intentos de suicidio (derecho a la igualdad consagrado como un derecho fundamental en nuestra constitución y por lo tanto tutelable en caso de ser violado).

En Colombia, son atendidos dentro del marco de la seguridad social quienes tienen cobertura o tienen seguros privados, en la mayor parte de estos, medicina prepagada, pólizas de salud, etc., hay limitaciones de tipo contractual para esta problemática; igual sucede con las pólizas de seguros de vida, no sabemos si llevados por un criterio económico o por dar un tratamiento de características conductistas de claros lineamientos aversivos (...ahora por haber hecho algo inapropiado, ¡debes pagar la cuenta!).

Otro grupo importante de personas simplemente no tienen posibilidades

de acceder al sistema de salud. Otro problema que enfrentan los pacientes suicidas, más notorio en los hospitales y clínicas dirigidas por comunidades religiosas, es la discriminación e incluso culpabilización por haber realizado "un pecado" (desde la perspectiva de ellos).

Desde el punto de vista de la justicia distributiva, en general se considera que no se deben utilizar los recursos públicos en personas que han atentado contra sus vidas, el argumento contundente que contradice esta posición, es el epidemiológico. Como hemos visto más del 90% presentan algún trastorno o enfermedad mental y utilizan el intento de suicidio como un grito de ayuda, y tanto el estado como la sociedad tienen el deber de mejorar los efectos de la llamada lotería social y biológica de la vida ⁽²⁰⁾.

NO-MALEFICENCIA

El gran dilema en los servicios urgencias es el de iniciar o no un tratamiento en quien ha intentado suicidarse, nuevamente se deben ponderar varios factores, pero el inmediato esta relacionado con la letalidad del intento; por ejemplo, es frecuente que las heridas por proyectil en el cráneo permitan prolongar la vida con medidas de soporte en las unidades de cuidados intensivo, ¿pero se deberían usar medidas extraordinarias?, ¿iniciar o no el tratamiento?, en esta situación lo apropiado es dar un trato digno a la persona (medidas de soporte convencional), sin incurrir en

un tratamiento fútil ni extraordinario, respetando así la decisión del suicida.

En caso que el intento de suicidio sea por intoxicación, asfixia o trauma craneoencefálico al arrojarse al vacío, o aun vehículo en movimiento y como consecuencia de esto el paciente quede en estado vegetativo permanente, es evidente y siguiendo la regla del mejor beneficio para el paciente que la actitud no maleficiente es la retirada de elementos, asimilando el intento de suicidio a un testamento vital.

La mayor parte de quienes intentan suicidio presentan trastorno o enfermedad mental por lo que requieren un diagnóstico y tratamiento apropiados, en aquellos cuyas circunstancias pueden cambiar sería mejor la persuasión y en quienes tiene enfermedades progresivas o decrepitud y hubiesen manifestado su voluntad, nuevamente nos veríamos ante la posibilidad del suicidio asistido.

Considero que en los individuos competentes sería maleficiente intervenir en sus decisiones. Suicidio altruista: los héroes se distinguen por el control del miedo y el nivel del riesgo asumido en un momento determinado, existen muchos héroes anónimos quienes concientes de que morirán ejecutan la acción con el fin de salvar otras vidas.

CONCLUSIONES

Con relación a los aspectos éticos de las conductas suicidas vistos desde una perspectiva secular, como corres-

ponde en un estado social de derecho, estos se pueden abordar desde varias perspectivas, se ha escogido para el presente análisis, la teoría Principialista o moral común basada en principios, pues permite sopesar los diferentes niveles de prioridad ya que parte de deberes de *prima facie*.

Concluyo, que en casos de intentos de suicidio, no se puede generalizar, y convendría una actitud que permita valorar cada caso, según si exista patología mental o física subyacente, o sea producto de la autonomía (plena) del individuo que la realiza.

A manera de resumen propongo distinguir los siguientes «niveles», según hubiesen sido las características del acto suicida y las correspondientes posiciones éticas por parte del médico: Intento de suicidio que ponga en peligro la vida de terceras personas (agentes morales), como los realizados con gas doméstico, CO₂ y explosivos: paternalismo fuerte justificado es decir hospitalización y tratamiento obligatorio. Estado vegetativo persistente como consecuencia de un intento de suicidio: eutanasia, interpretando el intento de suicidio como un testamento vital.

Intento de suicidio como consecuencia de un trastorno o enfermedad mental: paternalismo blando, representado en la intervención psicoterapéutica con la finalidad que el usuario (paciente con derechos) acceda a tratamiento. Intento de suicidio con un tercero posiblemente perjudicado (feto), si hay trastorno o enfermedad

mental: paternalismo blando y luego de superada la crisis y evaluados los posibles daños al feto, la mujer debe decidir sobre la continuidad de su embarazo.

Intento de suicidio grave en personas con enfermedades crónicas o degenerativas que lleven necesariamente a la muerte, o sean gravemente discapacitantes: ofrecer la posibilidad del suicidio asistido. Suicidio en ejercicio pleno de la autonomía: respetar la decisión.

La anterior lista no tiene el propósito de ser una guía, cada caso se debe evaluar de manera independiente y tanto el psiquiatra como el médico de urgencias deben intervenir diligentemente en el manejo de la situación generada por el paciente con intento de suicidio.

AGRADECIMIENTOS

A las Doctoras Stella Núñez y Ana Millán, quienes aportaron valiosos comentarios y sugerencias que permitieron enriquecer este ensayo.

REFERENCIAS

1. Frey RG.: "Hume and suicide" J Med Philos 1999 Aug; 24(4):336-51.
2. Engelhardt HT : "Los fundamentos de la bioética". Barcelona: Paidós; 1995, p. 391.
3. Singer P., "Ética para vivir mejor". Barcelona: Ariel; 1995, pp. 231-243.
4. Engelhardt H.T., "Los fundamentos de la bioética", Barcelona: Paidós; 1995, p. 377.
5. Idem, p. 394.
6. Idem, p. 384.
7. Kant I.: "Fundamentación de la metafísica de las costumbres". Madrid: Colección Austral No. 648; 1975, p. 73
8. Idem, p. 84
9. Idem, p. 85
10. O'Neill, O: "La Ética Kantiana", En: Singer Peter; *Compendio de Ética*. Madrid: Alianza Editorial; 1995, p. 255.
11. Charlesworth M., "La bioética en una sociedad liberal". Cambridge University Press; 1996, p. 43.
12. Idem, p. 61.
13. Idem, p. 72.
14. Dworkin R. "El Dominio de la Vida". Barcelona: Editorial Ariel, Barcelona; 1994, p.254.
15. Beauchamp TL, Childress JF. "Principios de ética biomédica". Barcelona: Editorial Masson S.A.; 1999.
16. Gracia D. "Fundamentación y enseñanza de la bioética". Bogotá: Editorial El Buho; 1998, p. 98.
17. 15 American Psychiatry Press., "Tratado de Psiquiatría". Barcelona: Editorial Masson S.A.;2000, pp. 1380-1412.
18. Beauchamp TL, Childress JF. "Principios de ética biomédica", Barcelona: Editorial Masson S.A.; 1999, p. 132
19. Idem, p.267.
20. Idem, p.328.