

III. Bioética y política del internado no voluntario de pacientes suicidas en hospitales psiquiátricos

ABRAHAM GODÍNEZ ALDRETE
ANTONIO CORDERO ROMERO

La libertad consiste en saber que la libertad está en peligro.

LÉVINAS (2006, P.59)

En este capítulo se presenta el caso de Teresa (seudónimo) para reflexionar sobre el internado involuntario de pacientes suicidas en hospitales psiquiátricos. Primero, se describe el caso de Teresa y se destaca el dilema ético que este representa. Despues, se establece una discusión a propósito de la autonomía en el caso de pacientes suicidas, y al final se describe el modo en que se solucionó el dilema ético y los resultados de la resolución. Debido a que este caso clínico se presentó en un Hospital psiquiátrico de México, se otorga primordial importancia a la consideración de la Norma Oficial Mexicana (NOM-025-SSA2-2014) para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médica-psiquiátrica. El discurrir ético en este caso pertenece a la práctica de la medicina psiquiátrica, y la reflexión ética se suscribe al paradigma de esta ciencia.

EL DILEMA ÉTICO DE LA AUTONOMÍA: UN CASO CLÍNICO

Aunque aparenta menos edad, Teresa tiene 24 años. Ella es delgada con cabello corto, teñido de color azul brillante. Viste ropa juvenil, masculina en cierto grado. Actualmente vive sola. Trabaja en una empresa de *telemarketing*, porque domina el inglés. Además, realiza actividades relacionadas con la fotografía de modas y publicidad, de donde obtiene ganancias económicas.

Este oficio lo ha aprendido en cursos de fotografía y artes visuales que tomó a lo largo de la adolescencia.

Teresa se fue de casa hace dos años. Ella vivía con su madre de 47 años. Su padre de 46 años vive en Tijuana, y solo se comunica por redes sociales con ella. Teresa tiene una hermana mayor que ella (ya está casada) y un sobrino de un año. La relación entre Teresa y su hermana es conflictiva. Teresa convive más con su madre.

Teresa dice que salió de casa porque no aguantaba que su madre dirigiera su conducta, considera que no entienden sus aficiones, su vestimenta, su orientación sexual y sus actividades. Quería darse la oportunidad de vivir con otra muchacha con la que inició una relación sentimental. Al inicio, la relación de pareja era armoniosa, pero con el tiempo se tornó conflictiva. Había peleas constantes, incluso agresiones físicas. La pareja de Teresa se fue a vivir hace dos meses a una ciudad cercana, pero eventualmente pasa días con ella.

Además de la fotografía, Teresa está interesada en actividades y grupos de cosplay. Tiene una página donde representa un cosplayer con características vampíricas mezcladas con *anime oriental*. Tiene intervenidos los dientes caninos para que parezcan cuatro colmillos de la mitología vampírica. A pesar de esta actividad social, ella dice no hacer amistades: la pertenencia a grupos es únicamente por aficiones en común.

Teresa llegó por primera vez a urgencias del hospital psiquiátrico en enero de 2019. La paciente fue encontrada inconsciente en su cuarto dos horas después de haber puesto una nota póstuma en Facebook, donde aseguraba desear el suicidio ante una ruptura de pareja que no tendría marcha atrás. Los paramédicos de un hospital general privado la atendieron por ingestión de medicamento. Teresa había consumido aproximadamente 90 tabletas de tranquilizante con fines suicidas (este lo había tomado de la casa de la abuela materna, quien lo tenía recetado desde años previos, pero los acumulaba). El hurto del medicamento fue un mes antes del intento suicida, lo que hace suponer una planeación previa del suicidio. Fue valorada por una residente de Psiquiatría, quien realizó un interrogatorio a los paramédicos y a la madre. No era posible entrevistar a Teresa, porque estaba sedada de manera excesiva por la cantidad de fármacos que había tomado. A pesar de que ya habían pasado 48 horas en aquel hospital privado y se habían realizado procedimientos protectores de intoxicación letal, como el lavado gástrico, a

grandes rasgos, el riesgo de muerte por los fármacos ingeridos ya no estaba presente. Cuando se intentaba hablar con Teresa, ella decía algunas palabras que demostraban enojo y negativa, pero volvía a dormir. No era posible cumplir con un “examen mental” que es el instrumento que guía las decisiones en Psiquiatría. A causa de esta imposibilidad, la nota del hospital general que remarcaba con mayúsculas “mujer con alto riesgo suicida” constituyó un criterio importante para tomar decisiones. Cabe señalar que Teresa nunca estuvo despierta en ese hospital: ellos elaboraron el historial clínico a partir de las comunicaciones de la madre.

Después de ser una niña “ejemplar y con alto rendimiento escolar”, a los 13 años, Teresa comenzó a expresar frecuentemente ideas suicidas que la madre interpretaba como chantajes; sin embargo, hubo cambios en la personalidad de Teresa como periodos de tristeza intensa y periodos de recuperación. En ocasiones había conductas autolesivas en forma de cortes superficiales en la muñeca izquierda. En la edad adulta, Teresa comenzó a defender su independencia, sus gustos y aficiones, su orientación sexual y proyectos relacionados con las artes. Cuando había problemas, Teresa era frágil: se aislaba por varios días y expresaba ideas de morir. La madre recuerda que hace un año Teresa le avisó a su padre que ella intentaría suicidarse ante un conflicto sentimental. El padre tuvo una actitud pasiva. La madre interpreta que “el padre fue cómplice de Teresa, y le dio permiso para suicidarse”. Este hecho acrecentó el conflicto marital que existía desde antes de este acontecimiento.

Ante la evaluación psiquiátrica surgió en el residente dudas sobre la decisión a tomar. Los hechos estaban así: parecía claro haber un historial de síntomas de inestabilidad emocional, eventualmente expresión de ideas suicidas, una ruptura sentimental los días previos, una ingesta riesgosa de medicamentos. El profesional que daba seguimiento al caso refiere que se podía observar una familia poco estructurada y con poco apoyo práctico y afectivo para la paciente, y esta a su vez, no expresaba verbalmente mucho dado el estado de sedación. La decisión de tratamiento debía tomar en cuenta la protección de la paciente. La primera propuesta de tratamiento fue solicitarle a la madre que cuidara de Teresa en su casa, y esperar a que la paciente estuviera despierta para hacer una valoración psiquiátrica. Con esa estrategia se podía esperar a tener una narración de los hechos, los deseos y las emociones directamente de la paciente para decidir un tratamiento adecuado. La madre dijo que ella tenía la disposición de cuidar a su hija, pero le parecía

que el tratamiento propuesto mostraba insensibilidad del hospital. Ella exigía protección hospitalaria a Teresa. A la madre le preocupó la leyenda que tenía la nota de alta del hospital general: “Alto riesgo suicida”. Le angustiaba el riesgo de que Teresa terminara muerta por un nuevo intento suicida. Según el psiquiatra, en la madre se podían observar expresiones emocionales similares a otros casos de familiares que tienen que hacerse cargo de pacientes aquejados de los mismos padecimientos, a saber: sentimientos de rechazo o sobreprotección. La volubilidad de estos afectos y sus concomitantes acciones ambiguas afectan el curso del desarrollo del padecimiento en la paciente.

La alerta de “alto riesgo suicida” es una aseveración alarmante, hace pensar que el paciente está cercano a la muerte por suicidio; sin embargo, el origen de esta aseveración resulta ser ambiguo: frecuentemente para los profesionales de salud de áreas no psiquiátricas todos los intentos suicidas representan un alto riesgo suicida. No solo los intentos, también las ideas expresadas por el paciente representan alto riesgo suicida. La sola expresión del deseo de morir asusta al personal de los servicios de urgencias, quienes buscan proteger y eliminar este riesgo sin considerar otros factores. Este proceder es congruente con la *medicina paternalista* que busca prevenir el daño del paciente o esquivar la posible culpabilización por negligencia. En otros momentos, los profesionales de la salud pueden expresar frases que pretenden trivializar los actos o ideaciones en miras de menospreciar la importancia del caso: “si quisiera hacerlo, lo haría”; “solo está buscando llamar la atención”. Hay también expresiones de condenación; frases desafortunadas e irresponsables, por ejemplo: “si tanto se quiere matar, pues que se mate”. De frente a las distintas reacciones de los profesionales se propone en este escrito actuar de modo atinente a la demanda, sin caer en la protección paternalista o en la negligencia. En este aspecto la labor del psiquiatra o el psicólogo que atiende a pacientes con conducta suicida consiste en evaluar los factores de riesgos y confrontarlos con los factores protectores que tiene cada persona. Al final, se logra una idea del riesgo suicida real al momento de la evaluación. Considerar a un paciente como “siempre grave” o “siempre con alto riesgo suicida” es un modo de estigmatización; la conducta suicida es un síntoma dinámico.

Cuando los médicos atienden a un paciente sedado, es común que la decisión de internamiento la tome la familia. Este tipo de internamiento es calificado de “involuntario”, y para llevar a cabo este proceso en un hospital

psiquiátrico del estado es necesario que un familiar cercano firme la autorización de internar al paciente. El internado involuntario obliga que dos médicos estén enterados de la condición que lleva el ingreso y que se envíe aviso al ministerio público local de que el paciente está internado en contra de su voluntad (en el inicio de internamiento del caso que se presenta en este escrito, no había una contra-voluntad, más bien no había una voluntad expresa por la paciente). Finalmente, de acuerdo con las expectativas de la madre y con cierta congruencia con las “Guías de atención en suicidio” que rigen las decisiones hospitalarias, se aceptó un “ingreso involuntario” y durante toda la noche los signos vitales de Teresa estuvieron bajo observación.

Al día siguiente del ingreso, en una sección de internamiento donde se asignan los casos de riesgo suicida y otros padecimientos como manía o psicosis aguda, Teresa se encontraba despierta, aparentemente triste, sin tomar desayuno, sin hablar con nadie. La paciente ni siquiera responde a preguntas concretas, y se aleja de los demás pacientes. Se le realiza una entrevista clínica dirigida por un psiquiatra, una residente y una estudiante de medicina. Después de una breve presentación, Teresa no responde a ninguna pregunta. Ella no mira a los entrevistadores. Después de diez minutos en los que se intenta establecer comunicación con ella mediante diversas estrategias de entrevista psiquiátrica, Teresa aprieta el puño, llora en silencio. La paciente tiene un talante triste y dice: “no quiero estar aquí... no tienen derecho”. Teresa llora mucho y muestra una expresión de enojo. Ella hace un poco de contacto visual con los entrevistadores, y se retira. No es posible iniciar la medicación por el antecedente de la ingesta excesiva de medicamento, y es prudente esperar resultados de laboratorio para tener garantías de buen funcionamiento físico.

En el tercer día, el personal de enfermería refiere que el día anterior Teresa solo tomó agua. La paciente no quiso comer en ningún turno. Teresa pasó todo el día en cama. Ella no aceptó una entrevista inicial con la psicóloga de la sección. Se intentó una segunda entrevista con el mismo personal de psiquiatría: ahora la paciente se encuentra más tranquila, no llora. Tiene una expresión facial de desconfianza y dice no querer hacer la entrevista: desea salir del hospital. Teresa dice que está internada en el hospital contra su voluntad y exige hacer reconocer su derecho de autorizar o no un internamiento. El psiquiatra explica que está por protección a su vida, que existe un historial de conducta suicida y que esto ha exigido el internado. Aun sin

haber leído la Norma Oficial Mexicana (NOM-025-SSA2-2014) para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médica-psiquiátrica –Norma Oficial Mexicana 025 (NOM 025)–, ella defiende en varias ocasiones un procedimiento que está plasmado ahí: “4.4.2. En cuanto las condiciones del usuario lo permitan, deberá ser informado de su situación de internamiento involuntario, para que, en su caso, su condición cambie a la de ingreso voluntario”.

En general, este párrafo se aplica al estado de psicosis. Debido a la alteración de conciencia, en el momento del episodio psicótico las decisiones no pueden ser tomadas por el paciente, pero pasada la crisis puede existir esa capacidad. Sin embargo, el texto de la NOM 025 es muy ambiguo: la norma nunca define cuáles son las “condiciones del usuario” que permiten cambiar la condición a “ingreso voluntario”. A causa de esta ambigüedad, cada institución y –en algunos casos– cada psiquiatra determinan cuáles son esas “condiciones”.

Teresa no conoce la NOM 025, pero solicita algo acorde a ella: “Quiero que retiren la firma de mi madre. Ella solo quiere tenerme controlada, como siempre. Yo soy un adulto que puede responder por sí mismo”. En la entrevista se le explican tres cosas: La primera, el motivo del internamiento; la segunda, la razón por la que el internado debió ser involuntario; finalmente, la evaluación del riesgo potencial de los actos suicidas en las próximas horas o días (el riesgo se mide al conjugar la información respecto al acto cometido, las circunstancias de letalidad, la posibilidad de rescate, los eventos que llevaron a este, el reconocimiento del acto, el estado anímico actual, las estrategias de resolución, la posibilidad de contender con el deseo autolítico y la red de apoyo). A esto, Teresa respondió: “No tenían derecho. Yo no necesito de su ayuda. Ya tengo bastantes problemas. ¡Qué les importa a mi madre y a ustedes mis decisiones con mi vida o mi muerte! Yo decido sobre mi vida”.

Tras el análisis del riesgo suicida, Teresa seguía siendo considerada con un moderado-alto riesgo suicida, por estas razones: Ha habido un acto suicida; hay un historial de episodios depresivos y autolesiones; la paciente vive sola; la paciente no quiere recibir ayuda de su madre; la ruptura amorosa agudiza el riesgo suicida, y que no hay una red de apoyo conformada. Aunque por su estado de conciencia —y al no tener alteración de tipo psicótica— la recomendación de la NOM 025 es cambiar el internamiento a “voluntario” (así ella podría tomar la decisión de seguir internada o de solicitar su alta

voluntaria); sin embargo, en ese momento la paciente no logra garantizar su propia integridad.

El riesgo suicida es alto en ese tercer día, esta era una certeza clínica por los factores ya mencionados. Aunque no se puede establecer una relación terapéutica con Teresa, este diagnóstico se escribe en el expediente y parece dar tranquilidad al clínico de estar haciendo lo médicalemente correcto. Sobre este análisis clínico en el caso de Teresa y en muchos otros casos semejantes continúa pesando el temor de la familia a la desprotección (la experiencia del profesional de la salud que atiende el caso advierte que sí han existido suicidios consumados pocos días después de que el hospital no toma en cuenta este temor). En el caso de Teresa, la madre era la principal opositora a que se le otorgara la voluntad en su estancia, temía que saliera y ejecutara el acto suicida.

La duda surge cuando se reflexionan éticamente las posibilidades de tratamiento: ¿Se le otorga la oportunidad a Teresa de decidir salir del hospital desatendiendo la preocupación de la madre y el alto riesgo suicida del caso que conlleva la posibilidad de un desenlace fatal? ¿Se le miente a Teresa y se le dice que debido al riesgo de muerte ella no puede suspender su estancia en el hospital? ¿Se continúa con el internado involuntario, aunque Teresa sea una mujer mayor de edad que desea partir del hospital? ¿Qué hacer?

PONDERACIÓN

Teresa se encontraba enojada por la transgresión a su libertad y estaba ate-morizada de identificarse como paciente psiquiátrica (asustada de que se le asignara a un cuarto de “locos” y “deprimidos”, así ella los llamaba). Ella no aceptaba tener dolor y tristeza por la ruptura de su relación pareja; sin embargo, los médicos sospechaban que el acto suicida fue precipitado por este duelo. Ella solamente manifestaba su deseo de no ser privada de su libertad. Ella rechaza la ayuda impuesta, el auxilio que ella no pidió. Sin embargo, la ayuda que se le otorga deviene de los eventos ocurridos que ella misma oca-sionó: Teresa se provocó un estado de inconsciencia al consumir la sobredosis de tranquilizantes. En este dilema se piensan dos alternativas de solución:

- La primera, continuar con el internado mediante una “mentira protectora”, diciéndole a Teresa que no puede suspender su estancia en el hospital, porque se encuentra en riesgo de muerte.
- La segunda, aceptar el principio de autonomía, y darle a Teresa la oportunidad de salir voluntariamente del hospital aceptando el riesgo de un desenlace mortal (no sin considerar que la paciente se encontraba sin red de apoyo, y que el rechazo a la ayuda que le podría ofrecer su madre es un factor de alto riesgo).

La situación de Teresa es delicada: ella había intentado suicidarse con un método que efectivamente la pudo llevar a la muerte, tiene antecedentes de episodios depresivos, vive sola, rechaza la presencia de su madre por considerarla invasiva, está en situación de duelo por la finalización de una relación amorosa, hay una situación familiar desestructurada, no hay una red de apoyo conformada. Todos estos factores aumentan el riesgo de que se precipite impulsivamente un acto suicida. Ante esto, surge el enigma de saber cómo ayudar psicológica o psiquiátricamente a la paciente cuando ella rechaza el tratamiento: ¿La retención hospitalaria podría generar una mejora en el estado emocional de la paciente o puede provocar un agravamiento de la enfermedad? ¿Teresa puede sostenerse con vida sola en el estado de crisis emocional en la que se encuentra? ¿Es ético mentirle a la paciente y retenerla en el hospital en contra de su voluntad?

EXPOSICIÓN

Teresa no es consciente del riesgo y gravedad de su situación. En la práctica psiquiátrica el hecho de que un paciente no reconozca sus síntomas no siempre es indicativo de que estos no existan; precisamente dentro de la gama de sintomatología psiquiátrica existe un concepto que se llama “sin conciencia de enfermedad”. En estos casos el paciente no reconoce síntomas, conductas o pensamientos que sí son verificables por otros, más de un observador generalmente y con coincidencia en sus versiones. Para el psiquiatra se torna difícil diagnosticar y tomar decisiones cuando estas conductas ocurren (o se dice que ocurren) fuera del hospital y son narradas por la familia o personas cercanas al paciente. En el caso de Teresa, había existido efectivamente un intento de suicidio planeado con antelación, y la madre describía conductas

de riesgo. El problema se presenta cuando al ser capaz el paciente de ejercer su autonomía, preocupa al profesional y a la institución el resultado del ejercicio de esa autonomía. Se considera una situación clínica y éticamente complicada cuando una persona es capaz de tomar decisiones, pero en su discurso se emiten amenazas de dañarse o dañar a terceros (expresiones que se consideran como indicios de riesgo). El permitir el ejercicio de autonomía o autodirección pone al médico en la posibilidad de permitir que ocurra un daño a la integridad del paciente. ¿Con qué certeza ocurrirá un daño? Siempre será imposible saberlo. El actuar humano no es predecible, pero existe mayor probabilidad o menor probabilidad de riesgo. Se hace la evaluación del peligro, y se decide internar o no involuntariamente al paciente.

¿Es un acto ético de la psiquiatría restringir la autonomía de un paciente? Aunque parezca contradictorio, Gareth S. Owen y Richard A. Kanaan (2008) dicen que una motivación a la restricción de la autonomía es el hecho de que, al limitar momentáneamente la autonomía, en realidad se protege el ejercicio de la misma a lo largo de la vida de la persona. Este acto paradójico tiene contenido razonable, y podría ser análogo a poner una férula a la pierna a pesar de la negativa de la persona: hay una inmovilización parcial, para que pueda seguir habiendo movimiento en el futuro. Así como el resultado incapacitante temporal sirve para salvar la integridad de esa pierna a largo plazo, la suspensión de la autonomía, por un periodo corto de tiempo, puede garantizar la conservación de esta.

El argumento de Owen y Kanaan es razonable; sin embargo, hay pacientes (como el caso de algunas psicosis crónicas) que pasan gran parte de su vida internados en un hospital o bajo la tutela de un tercero. Estas personas nunca pueden ejercer su autonomía. Hay casos en los que –después de un periodo corto de internado– la familia etiqueta al paciente como enfermo mental, y la vigilancia y protección se vuelven excesivas. Este comportamiento es una consecuencia del estigma a la enfermedad mental, pues algunos consideran que el paciente siempre estará en una situación de grave peligro. En algunas ocasiones, las familias quieren que sus pacientes sean internados repetidamente y por periodos prolongados, pero el internamiento psiquiátrico debe utilizarse solamente para casos agudos que se encuentran en riesgo. El tratamiento recomendado como más adecuado es que se lleven a los pacientes a casa. Hay casos de abuso psiquiátrico en los que se trasgreden la libertad y la autonomía de un ciudadano (cfr. Avilés, 2007), y se realizan actos

perjudiciales al enfermo. Sin embargo, no es solo en estos casos donde se devalúa la libertad del individuo. Muchos de los actos médicos dan por hecho que se puede decidir lo que es el “bien” para otra persona. En la psiquiatría pesa más este fenómeno, porque se considera incompatible la enfermedad mental con la capacidad de decidir y de planear la propia vida. Si bien es cierto que existen casos en los que la persona necesita realmente que alguien más tome las decisiones (casos de psicosis agudas), en la mayoría de casos el paciente psiquiátrico es capaz de manifestar sus deseos y sus decisiones.

La referencia al concepto de autonomía ocupa lugar en diversos ámbitos desde individuales hasta políticos y sociales. Aunque el concepto es antiguo, sigue siendo necesario considerarlo y definirlo. Una cualidad del término autonomía es la multiplicidad de usos que se le atribuyen, desde la autonomía de un pueblo, autonomía económica de una familia, autonomía personal, hasta aquellos que designan la duración de una tecnología como el tiempo de autonomía de una batería. La autonomía es la posibilidad de decidir libremente sobre sí mismo y sobre las condiciones en las que se vive. En este contexto, de acuerdo con Juan Martínez (2007), utilizamos la noción de autonomía para situar la discusión de las condiciones que tiene una persona para ejercer la libertad en un espectro amplio.

Tom L. Beauchamp y James F. Childress (2001) aceptan que la “autonomía” es un término empleado en varias acepciones, de manera que siempre hay que definir en qué área necesitamos utilizarlo. Por las características del enfoque en ética biomédica, ellos lo diferencian del concepto de autorregulación política y se refieren siempre a la autonomía personal. Beauchamp y Childress (2001) definen autonomía como la regulación personal de uno mismo libre, sin interferencias externas que pretendan controlar y sin limitaciones personales, por ejemplo, una comprensión inadecuada que impida hacer una elección. Definen dos condiciones necesarias de la autonomía: la libertad y ser agente. El agente es aquella persona que puede actuar según su propia voluntad. La libertad es la condición en que estos actos se deciden. Beauchamp y Childress advierten que, aunque existen características o requisitos de racionalidad limitantes en el ejercicio de la autonomía, no incluyen esta característica como condicional de la autonomía.

De acuerdo con Stephen Post (2004), siguiendo la descripción de la *Encyclopedia of Bioethics*, hay tres elementos necesarios para la capacidad de autonomía: agencia, independencia y racionalidad. El primero se refiere al

“ser agente”, condición específica del ser humano, que es consciente de tener deseos e intención de alcanzarlos. “Independencia” se refiere a la relación que este “ser agente” guarda con condiciones ambientales o sociales que le permitan el alcance de la autonomía. Es decir, hay “agentes autónomos” que no son independientes. Y la tercera característica (“racionalidad”) se refiere a la capacidad de ejercer decisiones racionales por creencias validadas por la verdad y evidencia, capacidad de poder evaluar y ponderar las alternativas en el ejercicio de su autonomía, y en todo caso poder cambiar sus elecciones conforme cambien sus creencias.

Para Harry Frankfurt (2018), existe una condición más para considerar autonomía personal, la llamada organización jerárquica de deseos. Esta define que algunos deseos son de primer orden y otros de segundo orden. El primero se refiere a “lo que se quiere”, y el segundo se refiere a “querer lo que se quiere”. En este sentido, desear morir es un deseo de primer orden. En muchos casos de pacientes con riesgo suicida, el deseo de morir viene acompañado de mucha angustia: hay un deseo de no querer una situación de vida, pero no hay un deseo de tener el deseo morir. La angustia aparece ante un impulso mortal que en realidad no se desea, pero no se puede evitar. De acuerdo con Fabian Freyenhagen (2009), para considerar autónomo al agente, este tendría que cumplir con la característica de querer el deseo de muerte, ya que, si este primer deseo está en contra de su voluntad, entonces no se podría considerar que hay un agente autónomo. Aunque Beauchamp y Childress (2001) toman también en cuenta las diferencias entre deseos de primer y segundo orden, ellos consideran que es difícil definir la autonomía como la capacidad del control sobre los deseos de primer orden (describen la ambigüedad del origen de los deseos de segundo orden) y establecen que para considerar que una acción sea autónoma, no se requiere que el conocimiento y la independencia sean totales.

Frankfurt (2018) advierte en su análisis del ser persona que no solo el ser humano tiene las capacidades atribuibles a la persona refiriéndose a voluntad y decisiones. Algunos animales tienen deseos o voluntad y hacen decisiones; sin embargo, acepta el concepto de deseos de segundo orden para diferenciar la capacidad de los humanos. Esto último es posible, aunque no siempre está presente.

Algunas enfermedades mentales alteran el pensamiento y los impulsos, y la capacidad de elaborar deseos de segundo orden está sumamente afectada.

Esta afectación se corresponde con la hipótesis de que los deseos de primer orden, más ligados al estado emocional e instintivo del individuo, se originan en regiones internas del cerebro como el sistema límbico y este sistema puede soportar daños cerebrales; sin embargo, los deseos de segundo orden están originados en funciones de la corteza cerebral, predominantemente frontal, y esta región es fácilmente perjudicada por algunas enfermedades como lesiones por accidentes, depresión crónica, esquizofrenia, trastornos de la personalidad, deficiencia intelectual, etcétera.

Por otro lado, desde la perspectiva psicoanalítica, Jacques Lacan (2003, p.277) señala que la dimensión del bien levanta una muralla poderosa en la vía del deseo: ¿Qué es el bien? ¿Todo bien colectivo es un bien para una persona singular? ¿La vida o la verdad son bienes por sí mismos? Lacan (2003, p.382) argumenta que “no hay otro bien más que el que puede servir para pagar el precio del acceso al deseo”. El psicoanalista francés supone que el acto ético debe concernir el deseo del paciente; sin embargo, en otras épocas se ha considerado que un ser humano se esclaviza cuando no puede dominar sus deseos (por ejemplo, los estoicos creían que la libertad del hombre comienza cuando él puede discernir y gobernar sobre sus deseos).¹ Actualmente se define que una persona es autónoma cuando puede actuar conforme a su deseo y puede ser consciente de sus decisiones; sin embargo, puede haber deseos dañinos o deseos que ponen en peligro la vida de un sujeto.

En ocasiones el paciente no es consciente de los efectos de realizar un deseo inmediato. En el caso de los episodios psicóticos, el deseo puede aparecer en estado alucinatorio (sin reflexión alguna) y los actos pueden ser impulsivos e irreversibles.

Frente a la situación de que, un acto suicida que puede representar un episodio psicótico, Michel Foucault (2005, pp. 196–197) dice que el internado es un esfuerzo por imponer una realidad social mediante el poder psiquiátrico: “La realidad, gracias al asilo y por el juego mismo del funcionamiento asilar, va a poder imponer su autoridad a la locura [...] La disciplina asilar es a la vez la forma y la fuerza de la realidad”. Según Foucault (2005, pp. 202–204), la realidad que el poder psiquiátrico impone mediante el asilo es la obediencia

1. Para un análisis crítico-filosófico a la concepción de deseo en el psicoanálisis y en las sociedades neoliberales, véase Abraham Godínez (2019).

a la voluntad del médico, la exigencia de confesión, la subordinación a la clasificación psicopatológica y el sometimiento al modo de vida de la sociedad capitalista (vivir para trabajar y consumir). En la perspectiva del poder psiquiátrico descrito por Foucault (2005), el internado involuntario es un primer paso en una larga estrategia de dominación (aislamiento, sometimiento, medicación, confesión, subordinación).

Es verdad que a los hospitales psiquiátricos llegan personas que a simple vista no pueden cuidarse solas y que no poseen competencia para ejercer su autonomía (la psicosis o pérdida del contacto con la realidad, y la deficiencia intelectual son ejemplos claros de esto). En tales situaciones parece adecuado que las decisiones sean derivadas a alguien más que actúe bajo el principio de beneficencia para el paciente, incluso muchas instituciones tienen entre su misión y vocación tomar este rol protector del individuo. El problema viene cuando esta condición clínica no es tan clara, es decir, no hay psicosis, no hay deficiencia intelectual, pero hay una situación crítica y son casos en los que se tendría que hacer un análisis minucioso de la capacidad del paciente. A esta última situación corresponde el caso de Teresa.

EXPLICITACIÓN DE VALORES

La mentira protectora es una estrategia que con frecuencia se utiliza en los hospitales psiquiátricos. La mentira protectora no necesariamente aniquila la autonomía del paciente sino que le hace creer que no tiene posibilidad de decisión. Esto genera una ficción que el paciente acepta, y por lo tanto protege su vida; sin embargo, este modo de proceder sigue el régimen paternalista médico que ha dominado la Medicina durante las últimas décadas. El problema es que la “mentira protectora” no establece un diálogo honesto, y la creencia en información falsa (un paciente con riesgo suicida no tiene derecho a salir voluntariamente del hospital) significa una delimitación a la autonomía. ¿Es válido mentir para que el paciente acepte un internado que no desea? En este caso se construye una ficción (hacerle creer al paciente que no puede decidir por sí mismo su estancia en el hospital psiquiátrico) porque se quiere evitar la muerte; es decir, se le otorga mayor valor a la vida que a la verdad. Si el paciente le otorga valor de creencia a la mentira protectora, desiste el esfuerzo de abandonar el hospital psiquiátrico. Se puede argumentar que esta mentira no aniquila la autonomía, pero sí la modifica: el paciente no

cuenta con información verdadera, y por eso acepta una situación en la que su voluntad originaria no es respetada.

En el campo político, la utilización de la “mentira protectora” implica una distorsión del derecho del ciudadano a tener una vida autónoma y recibir información verdadera cuando hace uso de los servicios de salud que el estado proporciona. El derecho a la libertad es un derecho fundamental de todo ser humano. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha tratado de proteger este derecho siempre incluyéndolo en los diferentes tratados de derechos humanos. La autonomía tiene especial relevancia en el derecho al “libre desarrollo de la personalidad” que protege la autodeterminación del individuo en su propio proyecto de vida. Este derecho humano incluye la autonomía del sujeto para decidir en su propio existir. Respetar este derecho es difícil cuando se atienden personas con enfermedades mentales, porque la Organización Mundial de la Salud incita también a proteger la vida y la vulnerabilidad.

Existe un documento sobre la convención de las Naciones Unidas por los derechos de las personas con discapacidades, aquí se incluyen a los que padecen enfermedades mentales. El artículo 12 señala esto: “El individuo aun con enfermedad mental tiene el derecho de ejercer sus decisiones, sin posibilidad de que esta capacidad sea reemplazada por familiares o allegados” (Organización de las Naciones Unidas, ONU, 2006). Cuando se requiere un internamiento involuntario a un paciente que a causa de su estado mental se encuentra en vulnerabilidad y posibilidad de muerte, la pretensión de proteger puede afectar el derecho a ejercer decisiones. Este dilema, que pareciera tener clara solución mediante el seguimiento de guías éticas y clínicas que definen los derechos de los pacientes, se topa con esta recomendación de casi todos los reglamentos y procedimientos: el estado clínico del paciente hará que el psiquiatra tome la decisión de restringir la autonomía. Estos manuales especifican que el beneficio que se obtiene debe ser superior a la restricción de la autonomía.

La Unión Europea (UE) se ha posicionado en contra del internamiento involuntario a personas con enfermedad mental, denominadas como “personas con discapacidades psicosociales”. Esta oposición se fundamenta en “La carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea” (Unión Europea, UE, 2003) que en varios de sus artículos establece la protección del enfermo mental mediante derecho a la integridad, prohibición de tortura, tratamiento inhumano, degradación o castigos, derecho a libertad y seguridad, respeto por

la vida privada y familiar, no discriminación, integración social de personas con discapacidades y cuidado de la salud.

A la par se ha creado la CRPD “United Nations Convention on Rights of Persons with Disabilities” (ONU, 2006) en contra del *paternalismo médico*. Los enfermos mentales deben ser considerados como agentes de derechos, sujetos activos y no pasivos al cuidado médico. Artículos clave de esta convención son el 17 y 14 que respectivamente definen el derecho de las personas con “discapacidades psicosociales” al respeto por su integridad física y mental en igualdad con otros y al respeto a la libertad y seguridad. En esta convención se rechaza la privación de la libertad de las personas con “discapacidades psicosociales”.

La *Guía práctica para la evaluación y el tratamiento del paciente con conducta suicida* de Douglas Jacobs y Margaret Brewer (2004) es el instrumento protocolario más usado por los clínicos en Estados Unidos y alrededor del mundo. Aunque se han elaborado adecuaciones en cada país y se han creado guías propias, frecuentemente los lineamientos de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) son los principios fundamentales que las orientan. Esta guía define que la evaluación psiquiátrica es el elemento principal en el proceso de toma de decisiones, y que el tratamiento ambulatorio o internamiento deben partir de la evaluación médica. El psiquiatra tiene la facultad de tomar la decisión de internamiento. La evaluación permite que el psiquiatra identifique factores del riesgo suicida, defina un diagnóstico diferencial para planear el tratamiento, resguarde la inmediata seguridad del paciente y determine la más apropiada opción de tratamiento.

La guía acepta que el médico incluya información proporcionada por el paciente, familiares, amigos y personas de red de apoyo, así como otros profesionales de la salud. Esta guía da por entendido la buena fe de los informantes, situación que es conflictiva desde el punto de vista ético en el momento de tomar decisiones: hay ocasiones en las que los deseos del paciente son diferentes a los deseos de los informantes y tutores.

La APA (2017) estipula principios de ética médica con anotaciones especialmente aplicables a Psiquiatría. Los presenta como estándares de conducta honorable que son responsabilidad del médico hacia los pacientes y para beneficio de estos. Esta carta de principios se pronuncia reiteradamente por el respeto de los derechos de los pacientes, pero deja a la interpretación del profesional los derechos que se deben respetar y las circunstancias en

que estos entrarían en conflicto. Respecto al internamiento involuntario, el documento refiere esto:

El psiquiatra puede permitir que su certificación sea usada para el tratamiento involuntario de una persona, siguiendo su evaluación personal de tal persona. Para hacerlo debe encontrar que el paciente debido a su enfermedad mental no puede elaborar un juicio adecuado a su interés, y que, sin tal tratamiento, podría ocurrir algún daño a él u otras personas (APA, 2017).

En el pasaje citado se repite la misma recomendación: el psiquiatra puede determinar el riesgo suicida y puede realizar un internamiento involuntario. Ante esta situación, cabe realizar esta pregunta: ¿Cómo se puede decretar si la decisión del psiquiatra ha sido una decisión éticamente correcta cuando el riesgo suicida es una inferencia sobre un futuro difícilmente verificable?

La noción de “riesgo suicida” es tan difícilmente verificable que este diagnóstico puede producir diferentes decisiones entre distintos psiquiatras. La decisión de internar un paciente se basa en el conocimiento, la ética y la subjetividad del médico (moral, historia propia, preconcepciones sobre el suicidio, el valor que le asigna a la vida, etcétera). La carta de principios éticos de la APA advierte que las relaciones entre el psiquiatra y la sociedad (familia, compañías, organizaciones religiosas, asociaciones profesionales y comunidad en general) pueden afectar las decisiones que el médico tome para el “beneficio” del paciente. En la práctica psiquiátrica cotidiana, una relación fuerte entre el psiquiatra y la familia del paciente puede constituir un riesgo para el beneficio del paciente cuando el deseo de este último es contrario a las demandas familiares. Esto comienza a ser una situación conflictiva con la sigilosa acción del psiquiatra en los casos en que en el interrogatorio o en la entrevista diagnóstica, de forma directa o inadvertida, le parece más relevante al profesional la descripción que la familia hace de los síntomas, y no escucha el sentir del paciente.

La pertenencia a grupos sociales puede ser causante de que las decisiones del psiquiatra obedezcan a ideales (por ejemplo, valores de grupos religiosos o reclamos de grupos feministas), y desatiendan la situación particular del paciente. En estos casos las respuestas e inclinaciones del profesionista comienzan a perder de vista el bienestar del paciente, y algunos procedimientos buscan favorecer las exigencias de estos grupos.

La NOM 025 es el documento legal que rige las actividades de los hospitales psiquiátricos en México. Entre otras consideraciones técnicas, esta guía establece la descripción y la obligación del consentimiento informado. Sobre el ingreso involuntario al hospital psiquiátrico, la NOM 025 estipula esto:

Requiere un diagnóstico psicológico, neurológico, psiquiátrico y de aquellas especialidades médicas necesarias, según la condición clínica de la persona usuaria. El diagnóstico deberá acompañarse de un informe del área de trabajo social, el cual deberá estar avalado por los análisis y estudios conforme a sus síntomas y la solicitud de un familiar responsable, tutor o representante legal, todos por escrito. En caso de urgencia, la persona usuaria puede ingresar por indicación escrita de las y los especialistas antes referidos, requiriéndose la firma del familiar responsable que está de acuerdo con el internamiento quien está obligada de dar aviso al Ministerio Público. Define que en cuanto el estado del paciente lo permita, se debe cambiar el internamiento de involuntario a voluntario.

Tal como puede observarse en la cita anterior, la NOM 025 presenta una redacción normativa, pero no establece una reflexión ética. El cumplimiento de esta norma no induce el cuestionamiento ético sino más bien al llenado de un listado de requisitos o principios legales de actos correctos. La NOM 025 no aporta elementos de reflexión: el punto definitivo es la evaluación y la decisión del médico. En el caso de Teresa el riesgo de suicidio es alto y el dilema transita entre la verdad y la vida: ¿El médico debe reconocer la total autonomía de la paciente otorgándole información veraz sobre su situación de internamiento y corre el riesgo de que Teresa salga prematuramente del hospital o deliberadamente se le miente a la paciente y no se reconoce su autonomía con el objetivo de proteger su vida? La primera opción protege la verdad y la autonomía, pero pone en riesgo la vida; la segunda opción protege la vida, pero se falta a la verdad y se restringe la autonomía.

FUNDAMENTACIÓN DE LA DECISIÓN FINAL

En el caso de Teresa, el médico psiquiatra debía definir si se establecía un internado involuntario. La madre de la paciente exigía que su hija estuviera internada. Debido a que la paciente ingresó al hospital en estado alterado de

conciencia por el consumo de gran cantidad de ansiolíticos, no pudo realizarse un protocolo normal de ingreso: el médico no pudo entrevistarla, los trabajadores sociales no pudieron informar a la paciente sobre sus derechos, y los psicólogos no pudieron otorgar los primeros auxilios psicológicos. El médico psiquiatra tuvo que tomar las primeras decisiones con base en la información otorgada por la madre y la información otorgada por el hospital privado que atendió a Teresa en primera instancia. Cuando Teresa pudo ser entrevistada, ella solamente decía que quería salir del hospital. Ella no estaba dispuesta a hablar sobre su estado anímico, solamente quería recuperar la autonomía sobre su propia existencia. Teresa venía saliendo de un pasaje al acto. Hay argumentos psicoanalíticos que señalan que la mayoría de los actos suicidas acontecen en un estado de episodio psicótico, de acuerdo con Mauricio Abadi: “Todo suicidio, en cuanto representa una ‘salida mágica’ frente a angustias paranoídes, constituye siempre, a mi modo de ver (aun cuando se dé en paciente notoriamente neuróticos), un momento en que emerge y se hace manifiesto el núcleo psicótico subyacente” (1973, p.119).

Si en el momento del pasaje al acto suicida, la voluntad está distorsionada por un juicio erróneo de la realidad, se concluye que los tres elementos necesarios de autonomía (agencia, independencia y racionalidad) estipulados por la *Encyclopedia of Bioethics* no están presentes. Sigmund Freud (2001, p.244), por ejemplo, en el caso de las melancolías describe la presencia de “delirios de insignificancia”. En estas situaciones es arriesgado devolverle la autonomía al paciente sin una evaluación profunda que pueda asegurar que el acto no es una manifestación de un episodio psicótico. En el caso de Teresa no se podía realizar una evaluación adecuada, porque ella no quería hablar, por eso se decidió usar la “mentira protectora” y decirle que ella no podía decidir por voluntad propia salir del hospital. Se le dijo que ella intentó suicidarse, y que por ese motivo ella se encontraba en riesgo. Esto significaba que en este momento ella no era autónoma, y debía quedarse internada hasta que el estado crítico pasara y el hospital la diera de alta.

Se puede realizar una crítica y señalar que el equipo médico otorgó información falsa: el médico no informó de modo veraz al usuario sobre su derecho a suspender o rechazar el tratamiento de internamiento. Desde una perspectiva del ejercicio del poder psiquiátrico (Foucault, 2005), se puede señalar que la mentira protectora constituye un primer paso para imponer una realidad psiquiátrica al paciente, así se genera una situación de aislamiento

propicia para continuar con una estrategia de dominación. En un contra-argumento, se puede decir que se mintió para proteger la vida de la paciente, el beneficio –en este caso– es la conservación de la vida. Se puede cuestionar este segundo argumento con estas preguntas: ¿Por qué se tendría que considerar que la vida es un bien por sí mismo? ¿El estado tiene derecho a imponer la vida mediante el uso del poder psiquiátrico a un ciudadano que no quiere vivir?

Según Emmanuel Lévinas (2003), la ética es –ante todo– responsabilidad frente al sufrimiento del otro. En atención al sufrimiento de Teresa, la responsabilidad de los médicos y los psicólogos es irremplazable: nadie puede hacer por ella lo que en ese momento el hospital puede hacer. Del latín *hospitális*, la palabra “hospital” remite al huésped. El principio del hospital es la hospitalidad, el auxilio al desamparado: cumplir con el deber es prioridad (antes que la reflexión filosófica). El peso de este deber se encuentra en la vulnerabilidad del otro. El principio ético de la medicina es la conservación de la salud y la vida: “el suicidio es trágico, porque la muerte no soluciona los problemas que el nacimiento ha provocado”, dice Lévinas (2006, p.164).

La ideación y el intento de suicidio –en muchas ocasiones– puede expresar un estado de profundo desamparo (“Hilflosigkeit”),² una petición desesperada de ayuda, situación a la que no se puede responder con indiferencia. En este caso se ha decidido proteger la vida de Teresa para construir las condiciones mínimas de su propia libertad. Se utiliza la mentira protectora, porque esta no anula directamente la autonomía: se desalienta la posibilidad de salir del internado presentándola como una opción imposible. Se estableció una ficción que protege la vida y en consecuencia se puede cuidar la posibilidad de que Teresa sea autónoma en un futuro próximo (al terminar el tratamiento de internado). No se aniquila la libertad de Teresa ni se elimina el derecho al libre desarrollo de la personalidad, solamente se quiere asegurar que la paciente no tome una decisión irreversible en un estado de crisis. Finalizado el periodo de internado, Teresa puede tomar la decisión que quiera sobre su vida. La ventaja de este tipo de procedimiento es que la falta a la verdad (y como consecuencia la delimitación ficcional a la autonomía) es solamente

2. “Hilflosigkeit” es una palabra alemana que sirve para designar el estado de fragilidad y vulnerabilidad próximo a la angustia y la desesperación. Sobre el carácter ontológico de este término, véase Abraham Godínez (2017).

una falla transitoria; de lo contrario, en el caso de que la vida se ponga en riesgo y el desenlace sea fatal, el daño es permanente. Se prefiere, por lo tanto, participar en una falta transitoria a participar (por negligencia) en una falta que genere una situación fatal permanente e irreversible.

La decisión tomada pone en cuestión el valor de la verdad: ¿Es pertinente mentirle a un paciente para proteger su vida? La respuesta en este caso es afirmativa. La cultura está llena de ficciones. Friedrich Nietzsche (2011, p.613) afirma que “las verdades son ilusiones que se ha olvidado que lo son”. Desde las ilusiones religiosas, hasta la publicidad que llena el internet, los medios de comunicación masiva y los espacios de la ciudad, pasando por los discursos de los políticos, nuestra sociedad está llena de mentiras y manipulación de información. Si el mundo humano es un teatro, Nietzsche propone que se conserven aquellas ficciones que dan lugar a la vida. En este caso, se ha creado una ficción cuyo propósito es conservar la vida de la paciente. El principio de esta ficción es la responsabilidad con la vida. Los médicos tratantes no son indiferentes al destino de Teresa, y por eso quieren protegerla de que no decida erróneamente en una situación de impulso y crisis afectiva. El problema del acto suicida es que es una decisión que no es reversible. Aquel que muere ya no puede decidir. Protegiendo a Teresa de no cometer una decisión mortal en un momento de vulnerabilidad, enojo e impulso, se quiere conservar la voluntad de ella: se decidió cuidar del paciente en un momento crítico para que después, al salir del hospital psiquiátrico, con el juicio esclarecido, ella pueda tomar decisiones racionales en su vida. A diferencia de lo que sucede con otras prácticas clínicas (por ejemplo, en la praxis del psicoanálisis),³ el principal valor de la psiquiatría no es la verdad sino la salud. Con este argumento, el uso de mentiras protectoras para conservar la vida y la salud es una estrategia frecuente en la psiquiatría.

Se puede juzgar de paternalista la actitud de los médicos, pero algunos pacientes que no han sido retenidos por el hospital psiquiátrico han muerto a causa de un acto suicida. En el caso de Teresa, no se quería repetir el acontecimiento de un desenlace fatal. Si en nuestra sociedad parece que es válido manipular la información a favor del capital (la publicidad –por ejemplo–

3. Sobre la ética en psicoanálisis, Paul Ricoeur dice esto: “Lo que está en cuestión en el análisis es el acceso al discurso verdadero [...] Si por lo tanto la veracidad es el único valor ético implicado por la técnica analítica, el psicoanálisis está obligado a practicarla” (2009, p.151).

es el uso deliberado de la información para enriquecerse), sería injusto no darse el permiso de manipular la información para proteger la vida y la autonomía futura de un paciente que se encuentra en estado de riesgo y de vulnerabilidad.

DESCRIPCIÓN DE LOS EFECTOS

Con frecuencia en el hospital psiquiátrico hay un conflicto entre la autonomía de los pacientes y el interés clínico de proteger la vida. La mayoría de las ocasiones se decide proteger la vida, aunque el uso de la autonomía quede en reserva para un momento futuro. En el caso que hemos presentado desde el comienzo de este capítulo, Teresa quedó internada en el hospital psiquiátrico creyendo que ella no podía salir voluntariamente. Aun así, Teresa ejerció su libertad y no actuaba como paciente internada: al no participar en las actividades de internamiento, ella realizaba un acto de resistencia de su estancia no voluntaria. Si se considera que la noción de autonomía puede ser compleja y dinámica, la resistencia de Teresa puede comprenderse como un acto autónomo en una circunstancia (de internamiento) en el que la autonomía está temporalmente restringida.

Teresa sabía que a los médicos les interesaba saber qué pensaba y les importaba escuchar el modo en que iba evolucionando su tristeza. Teresa ocultó sus pensamientos y sus sentimientos hasta el final. Aunque estaba internada, Teresa no actuó como interna. Tal como lo establece Foucault (2002, p.116), a cada ejercicio de poder le corresponde igualmente una posibilidad de resistencia. El silencio de Teresa fue el precio que se debió pagar por la mentira ejercida por la institución al negarle durante doce días la posibilidad de decidir por sí misma, y sin embargo decidió.

Hubo algunos acontecimientos alentadores. Alrededor del séptimo día de internamiento, Teresa se muestra sociable con compañeras que tienen semejanzas con ella: Teresa apoya a sus compañeras, las auxilia, y acepta también a las pacientes con psicosis. Parece ser que Teresa desarrolló un sentimiento de empatía y solidaridad con sus compañeras de internado. Desde entonces, Teresa recibe visitas, pero sigue guardando silencio de sus emociones ante los tratantes. Al doceavo día, Teresa se ve de mejor ánimo. Después de doce días de internado, ella sale del hospital psiquiátrico. Al salir, la paciente rechaza la protección que la madre desea otorgarle al quererla mantener bajo

vigilancia en su casa. Teresa defendió su voluntad y regresó a vivir sola a su casa. Dos meses después en la sala de espera de consulta del hospital, se le observa tramitando una consulta. Ahora Teresa ha decidido voluntariamente regresar al hospital y hablar.

REFERENCIAS

- Abadi, M. (1973). *La fascinación de la muerte*. Buenos Aires: Paidós.
- Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (2013). *The principles of medical ethics. With annotations especially applicable to psychiatry*. Recuperado de <https://www.psychiatry.org>
- Avilés, J. (2007). *Los manicomios del poder: corrupción y violencia psiquiátrica en México*. Ciudad de México: Debate Editorial.
- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- Foucault, M. (2002). *Historia de la sexualidad. Tomo 1: la voluntad de saber* (29^a ed., U. Guiñazú, trad.). Ciudad de México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1973-1974)* (J. Lagrange, ed., bajo la dirección de F. Ewald y A. Fontan, 1^a ed., Horacio Pons, trad.). Ciudad de México: FCE.
- Frankfurt, H. (2018). Freedom of the will and the concept of a person. *Oxford studies in Agency And Responsibility*, 77-91. Nueva York: Routledge.
- Freud, S. (2001). Duelo y melancolía. En J.L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (vol.14, pp. 235-255). Buenos Aires: Amorrortu. [Trabajo original publicado en 1917].
- Freyenhagen, F. (2009). Personal autonomy and mental capacity. *Psychiatry*, 8(12), 465-467.
- Godínez, A. (2017). *La noción de ser en psicoanálisis, deconstrucción y re-planTEAMIENTO de la pregunta*. Ciudad Juárez: UACJ.
- Godínez, A. (2019). *Filosofía política y subjetividad: aportaciones a una genealogía del deseo*. Guadalajara: CUCSH-Universidad de Guadalajara.
- Jacobs, D. & Brewer, M. (2004). APA practice guideline provides recommendations for assessing and treating patients with suicidal behaviors. *Psychiatric Annals*, 34(5), 373-380.
- Lacan, J. (2003). *El seminario de Jacques Lacan: libro 7: la ética del psicoanálisis* (1^a ed., 8^a reimpr.). Buenos Aires: Paidós.

- Lévinas, E. (2003). *De otro modo que ser o más allá de la esencia* (A. Pintor, trad.). Salamanca: Sígueme.
- Lévinas, E. (2006). *Totalidad e infinito* (7^a ed., D.E. Guillot, trad.). Salamanca: Sígueme.
- Martínez Muñoz, J.A. (2007). Autonomía. *Anuario Jurídico y Económico Escorialense*, No.40, 713–764.
- Nietzsche, F. (2011). *Sobre verdad y mentira en sentido extramoral en Obras Completas, vol. 1. Escritos de juventud* (edición dirigida por D. Sánchez Meca. Traducción, introducciones y notas de J.B. Llinares, D. Sánchez & L.E. de Santiago). Madrid: Tecnos.
- Secretaría de Gobernación (2014). Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, para la integración de la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico psiquiátrica. *Diario Oficial de la Federación* (DOF). México: Secretaría de Gobernación.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2006). *Convention on the rights of persons with disabilities*. Recuperado el 8 de septiembre de 2019, de <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>
- Owen, G.S. & Kanaan, R.A. (2008). *The legal and ethical framework for psychiatry. Medicine*, 36(8), 391–392.
- Post, S.G. (ed.) (2004). *Encyclopedia of Bioethics* (vol. 1, pp. 246–250). Nueva York: Macmillan Reference USA.
- Ricoeur, P. (2009) *Psicoanálisis y valores morales en Escritos y conferencias alrededor del psicoanálisis* (A. Castañón, trad.). Ciudad de México: Siglo XXI.
- Unión Europea (UE) (2003). *Carta derechos fundamentales*. Oficina del Parlamento Europeo en España.