

Rancagua, 3 de septiembre del 2021

Estimado equipo de la red de Atención Primaria de Rancagua:

Les saluda cordialmente el Comité de Ética Asistencial de la Atención Primaria de la Corporación Municipal de Rancagua.

Mediante la presente carta, sugerimos considerar algunos **aspectos éticos fundamentales** para el manejo de pacientes con riesgo suicida que rechazan tratamiento.

Hoy se nos presenta un caso, derivado de un CESFAM de la comuna. Joven de aprox. 20 años derivado a través de la red sanitaria, mediante contacto del Servicio de Salud al encargado del programa de Salud Mental local. Sin mayores antecedentes del modo de intento de suicidio, se revisa la ficha clínica. En ella, se registró hace 2 años un ingreso al programa de Salud Mental (SM), derivado por oficio de tribunales debido a violencia intrafamiliar y descontrol de impulsos. En aquel entonces, él se avergonzaba de su situación y no quería verse expuesto. El paciente abandonó el tratamiento y se dio el alta administrativa según lo que señala la norma. El encargado del programa de SM, se contacta con el paciente para indagar la situación actual y ofrecer una primera atención. En este primer contacto, el paciente refiere estar bien y afirma no necesitar ningún tipo de apoyo. Tampoco se muestra dispuesto a establecer un diálogo. Se finaliza el contacto, informando las opciones de apoyo terapéutico. Ante lo sucedido el equipo psico-social decide concretar un visita domiciliaria integral. En la visita se muestra un poco más receptivo y agradecido de la preocupación, pero persiste en no entregar mayores detalles de lo ocurrido. Él insiste que actualmente se siente mucho mejor. Vive con su madre, quien estuvo presente en la visita y refiere estar preocupada por su hijo, pero es él quién no quiere ningún tipo de ayuda. Con la dupla psico-social se acuerda que el paciente deberá firmar el rechazo de la atención desde el Programa de Salud Mental, en el cual se estipula que si cambia de parecer, puede solicitar apoyo en cualquier momento. Se deja teléfono de contacto y se informa de esto a su madre.

Ante esta situación es cuestionable:

1. ¿ Está el paciente en su derecho a rechazar el tratamiento ?
2. ¿ Cuán competente es el paciente para tomar una decisión autónoma respecto a su situación?
3. ¿ Es suficiente intervención, por parte del equipo de salud, una visita domiciliaria y la firma de un rechazo de tratamiento?

4. ¿ Ante el rechazo de tratamiento, debe el equipo respetar la decisión del paciente?
Cabe mencionar para el análisis:

ANTECEDENTES:

1.- El comportamiento suicida constituye un problema complejo y multidimensional, siendo la enfermedad mental uno de los factores más importante que predispone al comportamiento suicida (aumentando 10 veces este riesgo). Los problemas mentales más a menudo asociados a los comportamientos suicidas son la depresión y los trastornos bipolares, el abuso de drogas y alcohol y la esquizofrenia¹.

2.- Las personas que han intentado suicidarse presentan riesgos elevados de más tentativas en el futuro, especialmente dentro de los primeros seis a doce meses siguientes.

3.- Los contextos socioeconómicos, educacionales, sociales de pobreza, las limitaciones en la salud física, se asocian también a comportamientos suicidas².

4.- Los acontecimientos estresantes como las rupturas, la pérdida de seres queridos, los conflictos legales, financieros, laborales , así como los acontecimientos que conducen al estigma, a la humillación, o a la vergüenza, pueden provocar tentativas de suicidio (IAPS-OMS, 2006).

5.- Recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años.

6.- El nivel primario de atención es el lugar más indicado para detectar a las personas en riesgo de suicidio, por lo que ante la presencia de factores de riesgo es fundamental evaluar las ideas de suicidio, sobre todo en consultantes con depresión, consumo perjudicial o dependencia de alcohol, o con psicosis. Para evaluar el riesgo suicida, la entrevista clínica es la herramienta principal. Todos los profesionales del nivel primario deben estar capacitados para realizar una entrevista clínica tranquila, con tiempo para escuchar cálida y atentamente, tratando al paciente con respeto, sin emitir juicios y estableciendo una relación empática.

VALORES Y PRINCIPIOS COMPROMETIDOS

Autonomía: supone el reconocimiento del ser humano como quien es capaz de autorregular sus propios objetivos e intereses, lo que implica voluntad, información y capacidad.

¹ IASP; OMS. Día Mundial de Prevención del Suicidio “Más conocimiento, más esperanza”. Septiembre 2006. En www.iasp.info

² International Association for Suicide Prevention; World Health Organization. Suicide Prevention across the Life Span. September 2007. En www.iasp.info

No maleficencia: (*Primum non nocere*) supone no hacer daño.

Beneficencia: supone acciones razonadas, razonables y prudentes para llegar a resultados beneficiosos para los pacientes.

ANÁLISIS

El intento suicida se refiere a conductas o actos que intencionalmente busca el ser humano para causarse daño hasta alcanzar la muerte, no logrando la consumación de ésta.

Cabe mencionar que detrás de un suicidio existen elementos abordables³ desde una terapia psicológica y son necesarios a considerar:

1. El propósito común del suicidio es **buscar una solución**
2. El objetivo común es el **cese de la conciencia**
3. El estímulo común es el **Dolor Psicológico Insoportable**
4. El estresor común son las **Necesidades Psicológicas Insatisfechas**
5. La emoción común es la **desesperanza, la desesperación**
6. El estado cognoscitivo común es la **ambivalencia**
7. El estado perceptual común es la **constricción (visión de túnel)**
8. La acción común es **escapar**
9. El acto interpersonal común es la **comunicación de la intención suicida**
10. La consistencia común es con **los patrones de enfrentamiento de toda la vida**

Por lo anterior, el caso de un paciente con intento suicida representa una autonomía disminuida en cuanto a su competencia para tomar una decisión razonada. Rasgos de su personalidad pueden estar afectando la capacidad para tomar decisiones, como también la desesperanza, el dolor psicológico o un estado de ambivalencia. Con ello es posible afirmar que, si bien un documento firmado por el paciente de rechazo al tratamiento es útil para registrar en la ficha clínica (como respaldo), no es suficiente como intervención del caso de manera integral y benéfica. El abandono de este caso, sería vulnerar el principio de no maleficencia, por estar frente a un rechazo de tratamiento de una persona sin la capacidad suficiente para decidir y con riesgo de quitarse la vida.

RECOMENDACIONES

- Ante la situación de rechazo de tratamiento por parte del paciente con intento suicida, nos parece recomendable indagar qué es lo que el paciente rechaza: ¿ Habrá

³ Cardona1, Gloria del Pilar; Ladino, Francy Milena. Conducta Suicida en la Localidad de Kennedy: Análisis y Estrategias de Prevención desde el Modelo de Sobreposición De Blumenthal. 2009, Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología, Vol. 10 No1, 23-38

tenido una mala experiencia anterior con algún profesional tratante ? ¿ Sentirá una invasión de su vida por desconocidos? ¿ Estará en una etapa pre-contemplativa?

- Relevante será activar la red de apoyo más cercana como su madre. Ella puede actuar en calidad de informante, intermediaria y contenedora, para acercarlo al equipo del CESFAM. Será necesario que su madre sea entrevistada en profundidad para esclarecer aspectos relevantes en la intervención como por ejemplo: rasgos de impulsividad, hostilidad (hacia sí mismo o hacia los demás), tendencia a la actuación, irritabilidad, inmadurez, dependencia e inestabilidad emocional, historias de traumas o abusos, infancia problemática, dificultades económicas, aislamiento, uso de sustancias, antecedentes familiares, pérdidas de seres queridos, etc.
- No abandonar el caso, aún cuando exista un documento firmado de rechazo del apoyo terapéutico. Nos parece que es un paciente de alto riesgo y será relevante continuar el contacto a través de su red social más cercana, que en ese caso sería su madre. Será necesario, en este compromiso por lograr una relación terapéutica, que el paciente esté en conocimiento que el equipo seguirá en contacto con su madre y que está disponible para apoyarle, aun bajo su negativa de aceptarlo, pues su vida está en peligro si persiste con conductas de auto-agresión.
- Activar la red sanitaria. Derivar al centro de referencia comunitario de salud mental (COSAM) para actuar en alianza, pues la evaluación psiquiátrica debe llevarse a cabo lo antes posible y este dispositivo cuenta con prestaciones en domicilio. La decisión de hospitalizar o remitir al domicilio bajo supervisión familiar, depende de la gravedad del intento y de la ponderación de los controles internos y externos sobre la conducta del paciente. Estos datos deben ser consultados a quien hizo la derivación desde el Servicio de Salud.

Sesionamos hoy:

Klga. Natalia Miranda (presidenta y representante CESFAM nº 6)
Dra. Marcela Grellet (secretaria y representante de la comunidad)
M. Julia Rivera (miembro activo CESFAM nº 2)
Ps. Virginia García (miembro activo CESFAM nº 3)
Dra. Carmen Nadal A. (miembro activo CESFAM nº4 RP)
Antonieta Virgine (representante de la comunidad)
Edith Caro (representante de la comunidad)

Bibliografía

- 1) MINISTERIO DE SALUD. PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO: Orientaciones para su implementación: MINSAL, 2013.

- 2) IASP; OMS. Día Mundial de Prevención del Suicidio “Más conocimiento, más esperanza”. Septiembre 2006. En www.iasp.info
- 3) International Association for Suicide Prevention; World Health Organization. Suicide Prevention across the Life Span. September 2007. En www.iasp.info
- 4) Cardona1, Gloria del Pilar; Ladino, Francy Milena. Conducta Suicida en la Localidad de Kennedy: Análisis y Estrategias de Prevención desde el Modelo de Sobreposición De Blumenthal. 2009, Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología, Vol. 10 No1, 23-38