

SUICIDIO EN ESTABLECIMIENTOS PSIQUIÁTRICOS

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE S. A. ®

MARCO GENERAL. FRECUENCIA

De acuerdo a datos del año 2001 del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos :

- Se suicidaron ese año 30,622 personas.
- El suicidio es la 11ra causa de muerte en los EE.UU (la 8va para los varones y la 19na para las mujeres)
- Representa el 1,3% del total de muertes en los Estados Unidos duplicando el número de muertes por SIDA y de homicidios.
- Se suicidaron más hombres que mujeres. Ratio 4:1
- El suicidio es la 3ra causa de muerte en adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años

En otros países como en México también se encuentra dentro de las primeras diez causas de muerte (grupo de 15 a 64 años).²

Numerosos estudios concluyen que el riesgo de suicidio entre los pacientes psiquiátricos es mayor que entre la población general. Pokorny³ ha reportado en la población norteamericana una tasa de suicidio de 279/100,000 habitantes para pacientes psiquiátricos, en contraste con una tasa de 12/100,000 habitantes para la población general.

Una encuesta nacional realizada en los EE.UU en 1988 arrojó que el 51% de los psiquiatras entrevistados habían tenido pacientes que se habían suicidado.⁴

Está demostrado que la internación no garantiza la preservación de la vida.

En los EE.UU. se suicidan por año en establecimientos psiquiátricos 1500 personas.⁵

En el mismo país y en Inglaterra entre el 5 al 10% de los suicidios ocurren en el hospital, y en Suecia se ha reportado hasta el 11%.⁶

La tasa de suicidio en pacientes internados sería de acuerdo a algunos estudios de 13,7 por cada 10.000 admisiones.⁷

El suicidio en internación tiene la suficiente relevancia como para que la *Comisión de Acreditación de Organizaciones Hospitalarias* (JCAHO) de los Estados Unidos lo haya designado como uno de los 17 "eventos centinela" de denuncia obligatoria. Si bien todo el sistema es cuestionado por el aparente subregistro, se denunciaron entre 1995 y el 2004 más de 415 casos.⁸ La mayoría de estos casos (más dos

tercios) ocurrieron en hospitales psiquiátricos o en unidades de psiquiatría en hospitales generales.

LUGAR Y MÉTODO

La mayoría de los suicidios de pacientes psiquiátricos ocurren fuera del lugar de internación. Un estudio del Departamento de Salud Británico con seguimiento de suicidios de todo tipo durante cinco años (entre 1996 y 2001) concluyó que sólo un tercio de las muertes (31%) se produjeron dentro de establecimientos de salud mental. La mayoría se produjeron en pacientes con permiso de salida terapéutico o que se fugaron.⁹ Este patrón se repite en otros trabajos. Burgess en su estudio retrospectivo de 629 suicidas psiquiátricos analiza 46 muertes en internación. En sólo 13 casos el hecho ocurrió en las instalaciones. 15 pacientes estaban con permiso terapéutico y 18 se habían escapado.¹⁰

Proulx, en su análisis de 100 suicidios de pacientes psiquiátricos en internación observó que el 48% se produjeron fuera del ambiente hospitalario.¹¹

Los métodos utilizados por los pacientes psiquiátricos no difieren mayormente de los utilizados por la población general. En casi todas las estadísticas, la muerte por ahorcamiento figura en primer lugar. El 75% de los eventos reportados a la JCAHO fueron pacientes que se colgaron en el baño, en la habitación o en armarios. El principal factor en estos casos fue el acceso a grifería o caños por encima del nivel de la cabeza. En la misma estadística el 20% de los suicidios se debieron a saltos al vacío desde ventanas o techos.¹²

La muerte por sobredosis sería un poco más común en los pacientes psiquiátricos que en la población general, representando el 20% de los suicidios en esta población comparado con el 15% de la población general.¹³

Otras causas frecuentemente descritas son la intoxicación con monóxido de carbono, el arrojarse contra vehículos en autopistas o contra trenes, el incendio, la utilización de armas de fuego, el ahogamiento.

En nuestro medio, Achával señala que los pacientes pueden cumplir sus objetivos mediante los siguientes métodos:¹⁴

- 1) Utilizando elementos comunes de la instalación: caños de subdivisión de aguas, ramas de árboles, escaleras, etc.
- 2) Utilizando elementos propios del establecimiento: medicamentos robados o guardados ("almacenados o acopiados") y no encontrados en la requisa, (tóxicos de limpieza, cucarachicidas, etc)

3) Actuando como cualquier persona que busca su suicidio: defenestración, ahorcamiento, sofocación (almohadones, objetos en la vía aérea), sumersión, flebotomía o arteriotomía, degüello, autoapuñalamiento, tóxicos (medicamentos, venenos, monóxido de carbono doméstico o de escape de vehículo), deglución de vidrios o broches o alfileres, armas blancas, armas de fuego o prendiéndose fuego con rociamiento previo o no de sustancias combustibles, arrojarse ante un vehículo en marcha.

4) Actuando como los privados de libertad o ubicados en ambientes sin muebles, sin clavos, sin cortinas, sin vidrios: usos de sábanas, de camisas, de ropas para hacer tiras y cuerdas o bollos, para formas de asfixia.

FACTORES DE RIESGO

Hay coincidencia generalizada en que el principal factor de riesgo es la ideación suicida. Muchos pacientes manifiestan abiertamente sus intenciones antes de quitarse la vida. No obstante, la ausencia de esta advertencia no elimina el potencial suicida. La historia de intentos previos es un factor de riesgo mayor, si bien la mayoría de los pacientes con estos antecedentes fallecen por causas naturales.

También se encuentra asociada a situaciones clínicas como esquizofrenia, depresión, desórdenes de personalidad y abuso de sustancias.

Algunos factores socio-demográficos también son de relevancia: duelo, divorcio, desempleo, historia familiar patológica o con antecedentes de suicidios en la familia.

Por otra parte, habiendo descripto los lugares y métodos del suicidio no puede dejar de mencionarse como factor de riesgo las características edilicias y de seguridad del establecimiento psiquiátrico.

¿En qué momento del tratamiento psiquiátrico se producen la mayoría de los suicidios?. Diversos estudios coinciden: cuando la causa es depresión hay mayor riesgo al inicio del cuadro y en el momento del alta (inmediatamente antes o después). Se demostró una mayor probabilidad de suicidio en estas etapas, probablemente vinculado a la etapa aguda de la enfermedad y a la aprehensión o temor que implica la externación. En un estudio de más de 800 casos se observó que el 24% de los suicidios se produjeron en la primera semana de internación y el 41% cuando el plan de externación estaba en marcha.¹⁵

Achával describe los siguientes factores de riesgo según el cuadro clínico:¹⁶

1 FACTORES DE RIESGO EN DEPRESION

- Separación temprana de los padres
- Solteros, separados, divorciados, viudos
- Pérdida de ser querido
- Edad media o avanzada
- Aislamiento social
- Insomnio
- Abandono personal, falta de interés por la familia, por la comida
- Antecedentes familiares de 1º o 2º grado de suicidio
- Abuso de alcohol
- Ideas suicidas, intentos previos
- Enfermedad médica crónica

2 FACTORES DE RIESGO EN ESQUIZOFRENIA

- Primeros años de evolución
- Episodios depresivos previos o en el episodio actual
- Alucinaciones
- Delirios de persecución
- Edad
- Varón
- Enfermedad recidivante (exacerbaciones; remisiones)
- Alta reciente
- Aislamiento social. Vivir solo
- Ideas suicidas

3 FACTORES DE RIESGO EN ALCOHOLISMO

- Varones. Mediana edad
- Solteros, viudos y divorciados. Rupturas afectivas recientes. Viven solos
- Bebedores empedernidos, descontrolados
- Hospitalización con depresión o trastornos del estado de ánimo
- Dificultades en las relaciones y en la adaptación social, fracasos en los arreglos.
- Tratamientos frustrados reiterados
- Expresión de sus ideas o intenciones suicidas
- Enfermedades físicas deficientemente tratadas.
- Desempleo
- Duración del alcoholismo por más de 8 años.

3 FACTORES DE RIESGO EN SINILIDAD

- Aislamiento
- Soledad
- Dificultades económicas

- Otras enfermedades físicas y psíquicas
- Sensación de inutilidad afectivas
- Mudanzas, desarraigo

PREVISIBILIDAD

La mayoría de los autores coinciden en que la conducta suicida es difícil de predecir, aún en los grupos más expuestos, como lo es el de los pacientes psiquiátricos.

Un análisis reciente de 76 casos en los Estados Unidos reveló que sólo el 40% de los internados que se suicidaron habían sido admitidos por ideas suicidas.¹⁷

Numerosos autores han intentado desarrollar herramientas predictivas basados en los factores de riesgo pero en general han fracasado. La mayoría de los modelos han demostrado baja especificidad. El estudio de Powell sobre una muestra de 97 suicidios demostró que sólo un paciente reunía los cinco factores de riesgo principales estipulados en el estudio con un riesgo de suicidio superior al 5%. La mayoría de los que se suicidaron tenían un riesgo menor al 1%, 14% no presentaba ningún factor de riesgo y el 30% tenía un solo factor.¹⁸

En el estudio ya mencionado del Departamento de Salud Británico se observó que el 80% de los pacientes internados que se suicidaron habían sido clasificados como de bajo riesgo. Otra conclusión a la que se arribó fue que el 23% de los suicidas estaban con indicación de vigilancia especial en el momento de la muerte. 3% se encontraban bajo observación constante.¹⁹

En una casuística de 84 pacientes que se ahorcaron en los establecimientos psiquiátricos del Estado de Nueva York entre 1980 y 1985 se refiere que en la mitad de los casos los pacientes se suicidaron dentro de los quince minutos de haber sido evaluados por el personal.²⁰

Algunos autores son más optimistas. En su auditoría de 629 suicidios de pacientes bajo algún tipo de atención psiquiátrica, Burgess sostiene que 129 suicidios (el 20%) pudieron haberse prevenido si el sistema de salud mental hubiera respondido en forma diferente.²¹ Aproximadamente la mitad de los pacientes que se suicidaron habían sido tratados dentro del mes de su muerte, lo que es consistente con otros estudios.

Los factores de riesgo tradicionales que surgen de estudios epidemiológicos retrospectivos de grandes poblaciones son relativamente poco prácticos para un individuo determinado.

Los factores idiosincráticos y caracterológicos suelen ser más

importantes. Los especialistas Gutheil y Simon asemejan la situación a la del pronóstico del tiempo: así como las condiciones climáticas pueden cambiar en forma abrupta, la probabilidad de suicidio puede variar rápida e imprevistamente. El pronóstico de suicidio, como el del tiempo no es estático y es por ello que una evaluación puede ser válida sólo por uno o dos días.

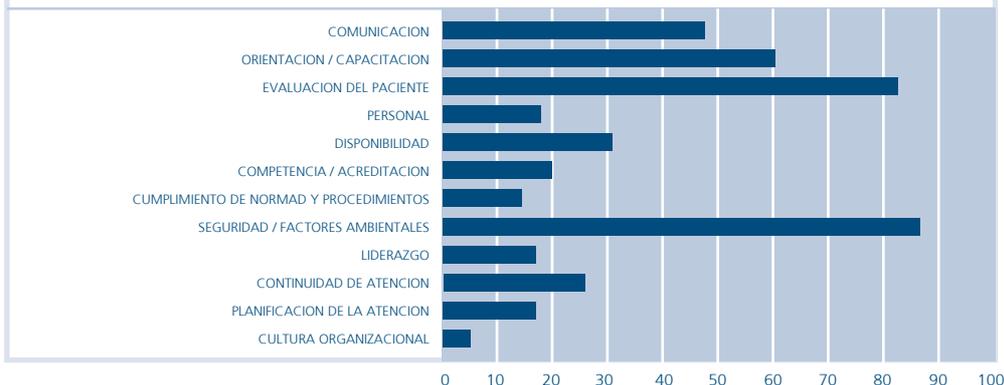
ANALISIS DE LAS CAUSAS RAICES

Por análisis de las causas raíces entendemos al proceso de identificación de los factores que determinan un resultado adverso, en este caso el suicidio mientras el paciente se encuentra internado.

La Comisión de Acreditación de Organizaciones de la Salud de los Estados Unidos (JCAHO) ha analizado los por qué de 415 suicidios de pacientes que se encontraban internados. En la raíz de la inmensa mayoría de los casos se identificaron problemas muy similares a los que vemos también en nuestro medio:

- 1) Factores que hacen a las condiciones ambientales: Falta de protección y refuerzo en ventanas de forma de impedir saltos al vacío, baños con grifería que permite ahorcamientos, falta de mantenimiento de estos refuerzos
- 2) Observación del paciente incompleta o infrecuente
- 3) Inadecuada evaluación del paciente, como lo es la incompleta evaluación de riesgo de suicidio en el ingreso
- 4) Incompleta reevaluación periódica del paciente, principalmente antes de salidas terapéuticas.
- 5) Incompleto examen del paciente y de sus pertenencias (por ejemplo, falla para identificar un contrabando)
- 6) Falta de personal. Insuficiente capacitación y acreditación.
- 7) Inadecuada comunicación entre los miembros del equipo de salud y entre estos y las familias. Información no disponible cuando se la necesita.
- 8) Inadecuada planificación. Pacientes asignados a unidades o lugares inapropiados para un adecuado control.

SUICIDIO EN INTERNACION / Analisis de causas raíces 1995 - 2004



Hay coincidencia generalizada en que los factores descritos son los principales responsables de los suicidios en internación. Algunos autores destacan como principal causal a la falta de personal suficiente como para poder ejercer un control eficaz. Otros puntualizan la importancia de un adecuado manejo de las transiciones, como por ejemplo cuando se cambia de terapeuta. Los pacientes psiquiátricos suelen ser particularmente vulnerables en estas circunstancias. Silverman destacó el rol de una adecuada planificación del alta, habiendo quedado demostrado que muchos eventos ocurren inmediatamente luego de la misma.²⁴

CONSIDERACIONES ETICAS

Somos testigos en la actualidad de extraordinarios y gratificantes avances en el cuidado de los enfermos mentales, muchos de los cuales han ocurrido en las últimas cuatro o cinco décadas. Aún así, los psiquiatras, en mayor medida que otros especialistas, deben asumir la responsabilidad de tener que utilizar distintas medidas que restringen la libertad de los pacientes en el interés de estos últimos o de sus contactos. La limitación de este derecho personalísimo es probablemente uno de los temas más espinosos y controvertidos de la medicina moderna. Durante siglos el tratamiento de los enfermos mentales se basó en diversas restricciones (aislamiento, grilletes, privación de la propiedad y violación de derechos individuales.). Diversos movimientos humanitarios permitieron abolir las formas más restrictivas. Debe tenerse en cuenta que al enfermo mental ya no se le ata a la cama y hace dos siglos que no se le colocan cadenas ni aún en lugares de esparcimiento. Tampoco hoy se los encierra en celdas. Aún así, la internación y el aislamiento prolongado era la norma hasta el desarrollo de la moderna farmacología. El rol de las modernas terapias psicosociales sería limitado sin el impresionante avance en la medicación neuroléptica.

Modernamente, la internación es el último recurso terapéutico ya que se prefieren los tratamientos ambulatorios o las terapias breves (un mes), o el hospital de día, que no erradican al paciente de su hogar y núcleo familiar. Todas las convenciones psiquiátricas modernas así lo postulan.²⁵ Las internaciones prolongadas alejan a las familias de sus funciones continentales y de la reciprocidad afectiva.

La dignidad en el trato hace que en todos los casos los pacientes tengan sus pijamas o camisones, su ropa interior si no hay incontinencia y pañales de adultos, si es necesario. Los pacientes duermen a media luz que no impida su observación y las ropas de camas son completas, con sábanas, frazadas y/ o colchas, así como almohadas con funda. Muchos autores sostienen que carece de fundamento ético obligar a los pacientes a desnudarse sin motivo médico, a entregar sus objetos personales, cinturones, corbatas, cordones de zapatos y aún medicamentos en pacientes que no han manifestado ideas de suicidio.

Todos estos avances en el campo de la ética médica y de la

farmacología han transformado a los centros psiquiátricos.

Sin embargo, muchas instituciones deben hacer frente con frecuencia a pacientes con cuadros agudos y violentos. En estos casos, la limitación temporal de la libertad es generalmente necesaria mientras el tratamiento hace efecto. Sin la utilización eficiente de medidas de restricción la seguridad de los pacientes y de otros estaría amenazada y uno de los recursos más preciados del equipo de salud mental, su moral, se desmoronaría.

La opinión de los psiquiatras permanece dividida acerca de la recomendabilidad y viabilidad de la abolición de toda forma de restricción a la libertad de los pacientes. Artículos de la literatura sajona indican haber encontrado en unidades de internación de pacientes psicóticos adultos a un 3% 4% de los pacientes inmovilizados mecánicamente y hasta un 7% de pacientes recluidos en habitaciones cerradas durante su estadía.²⁶ En una revisión de centros psiquiátricos canadienses se observó que la utilización de medios mecánicos de inmovilización estaba ampliamente difundido, siendo muy deficientes la existencia de normas y procedimientos para su indicación.^{27/28}

Los pacientes no deben estar aislados o inmovilizados más allá de lo que sea estrictamente necesario. Para ello resulta fundamental el desarrollo de una norma que determine los cuándo, cómo y por qué de dicha situación. Hay que tener en cuenta que la inmovilización y el aislamiento más allá de lo necesario exponen al paciente a severas complicaciones físicas y mentales y a la institución a demandas por tratamiento inapropiado.

Los pacientes no deben estar aislados o inmovilizados más allá de lo que sea estrictamente necesario. Para ello resulta fundamental el desarrollo de una norma que determine los cuándo, cómo y por qué de dicha situación. Hay que tener en cuenta que la inmovilización y el aislamiento más allá de lo necesario exponen al paciente a severas complicaciones físicas y mentales y a la institución a demandas por tratamiento inapropiado.

METODOS DE LIMITACION DE LA LIBERTAD Y DE CONTENCIÓN FRECUENTEMENTE UTILIZADOS

a) REGLAS GENERALES

Cuando los pacientes son admitidos al centro psiquiátrico, aceptan implícitamente algunos límites a su libertad impuestas por la internación. Los pacientes no pueden abandonar el área geográfica de la unidad sin notificar al personal, quien los debe autorizar. La libertad para pasar tiempo fuera de la unidad, en áreas recreativas, cafetería, parques o visitando a otros enfermos está sujeta a la indicación del equipo tratante

b) MEDIDAS MENORES DE PRECAUCION

En muchas unidades psiquiátricas a veces son necesarias una

serie de medidas menores para mayor seguridad del paciente y, en ocasiones, de otros individuos. Entre ellas se pueden mencionar que el paciente no abandone la unidad sin un acompañante, o que circule en ropa de cama, limitando de hecho su movilidad.

c) AISLAMIENTO EN HABITACIONES CERRADAS (RECLUSIÓN)

Limitado a aquellos pacientes extremadamente agresivos que se niegan a permanecer en habitaciones comunes o particulares sin esta limitación. Sólo hasta que otras medidas como la medicación haga efecto.

d) INMOVILIZACIÓN FÍSICA

Chalecos de fuerza, ligaduras, "fajas", brazaletes, y contención manual son medidas utilizadas generalmente en emergencias y con la finalidad de permitir que la medicación a ser administrada haga efecto. El Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación prohíbe la utilización de los chalecos de fuerza; los únicos en uso serían los que tiene para inmovilizar y reducir pacientes excitados la policía.

e) UNIDADES CERRADAS

En este caso la unidad entera se encuentra bajo llave y sólo es accesible al personal autorizado. Puede estar cerrada parte del día o en forma continua. Los pacientes con episodios agudos suelen ser tratados en este tipo de unidades hasta que se encuentran en condiciones de pasar a una unidad abierta. Otras unidades cerradas pueden estar destinadas a pacientes crónicos que, debido a psicosis de larga data, demencia, trastornos severos de personalidad o retrasos mentales complicados con severos trastornos de conducta que representan un riesgo para sí mismos o para otros en caos de no ser supervisados

f) INMOVILIZACIÓN FARMACOLÓGICA

Las modernas drogas psicotrópicas son utilizadas para pacientes que necesitan ayuda farmacológica para controlar su comportamiento agresivo. Generalmente es posible y suficiente la persuasión del paciente para que ingiera la medicación o acepte la inyección en forma voluntaria. El mismo éxito de la farmacoterapia obliga a cierta prudencia. Aparte de las reacciones idiosincráticas a pequeñas dosis, las dosis masivas o prolongadas de drogas psicoactivas puede muchas veces provocar serias reacciones adversas.

RECOMENDACIONES PARA LA IMPLEMENTACION DE MEDIDAS RESTRICTIVAS

1 PRINCIPIOS GENERALES

La limitación de la libertad de movimiento de los pacientes psiquiátricos se presta a un sinnúmero de errores de inter-

pretación. Por ello es importante que cada centro psiquiátrico desarrolle normas y procedimientos que sean lo suficientemente específicos y abarcativos y que puedan cumplir con las normas legales:

- Los pacientes voluntarios internados en cualquier centro psiquiátrico tienen los mismos derechos y obligaciones que en cualquier otro ámbito médico.
- Cada institución psiquiátrica debería desarrollar una norma escrita acerca de métodos que limiten la libertad de los pacientes. La norma debería reflejar las necesidades del tipo de pacientes que atiende la institución.
- Todo el personal (médico y no médico) que está en contacto con los pacientes debería conocer dicha norma y ser consciente de su responsabilidad al respecto. Las líneas de comunicación deben ser claras y la responsabilidad general del médico de cabecera enfatizada.
- La capacitación del personal debe incluir el conocimiento de la norma como así también el entrenamiento en las formas más efectivas y menos intrusivas para alcanzar el principal objetivo que es la seguridad del paciente y de otros. Se debe enfatizar el rol de la sensibilidad y la empatía en la comprensión y detección de pacientes potencialmente violentos y en la prevención de situaciones de riesgo.
- El personal debe ser el adecuado en cantidad y en calidad (capacitación). Bajo ninguna circunstancia la limitación de personal debe interferir en la indicación juiciosa y equilibrada de métodos de inmovilización mecánicos o farmacológicos o poner en riesgo la seguridad de los pacientes sujetos a control.
- Aquellos centros cuyas normas autoricen el aislamiento y la inmovilización mecánica deberían establecer un mecanismo para revisar periódicamente las indicaciones para su utilización. Esto asegurará que los criterios establecidos en la norma sean seguidos y, si es necesario, se realicen los cambios correspondientes.

2 SUGERENCIAS ESPECÍFICAS

a) MEDIDAS MENORES DE PRECAUCIÓN

La norma del centro debería especificar a quiénes y de qué forma se aplicarán medidas tales como la remoción de ropa, límites de circulación y horario, acompañantes, etc.

b) UNIDADES CERRADAS

La norma del centro debería justificar la necesidad de estas unidades y especificar los horarios en que se cierran y se abren las puertas. Se debería determinar claramente quiénes son los responsables de la indicación como así también de los traslados

de los pacientes dentro y fuera de la unidad y de quienes abren y cierran la unidad. Se deberá documentar en la historia clínica las razones para internar al paciente en una unidad cerrada. Debería establecerse un mecanismo para la reevaluación de esta necesidad por parte del médico tratante. Los pacientes deben ser revisados diariamente en unidades cerradas de agudos y semanal o mensualmente en unidades cerradas de crónicos.

c) AISLAMIENTO - RECLUSIÓN

La norma del centro debería definir la forma en que se realizará (habitación con llave o sin llave) y describir la habitación y su mobiliario. Debería contemplarse en la misma las indicaciones para recluir a un paciente y los tiempos mínimos y máximos permitidos. Los mecanismos a utilizar para la observación cercana del paciente y para la supervisión por enfermería deberían estar específicamente aclarados. Los pacientes con riesgo alto de suicidio deberían estar bajo observación constante.

Sólo el médico tratante u otro médico designado será el responsable de indicar la reclusión en cada ocasión. Las órdenes verbales deben ser corroboradas por escrito dentro de las 24hs. Las conductas y las circunstancias que hicieron necesaria la reclusión deben estar documentadas (pueden establecerse una serie de lineamientos que ayuden al personal a hacer esto). Las subsecuentes observaciones y los intentos realizados para reducir el tiempo de reclusión deberían estar documentados a intervalos específicos.

El tratamiento y manejo de los pacientes en reclusión debería ser revisado cada 24hs por el médico tratante o por otro médico designado.

d) INMOVILIZACIÓN FARMACOLÓGICA

Las modernas drogas psicotrópicas son invaluables en muchas emergencias para evitar lesiones severas, facilitar el tratamiento y descartar otros métodos más restrictivos.

La indicación de medicación es un acto médico que sólo puede ser realizado por el médico tratante o médicos con delegación para hacerlo. Deberán estar normalmente escritas y firmadas. En casos de emergencias pueden darse órdenes verbales, las que deberán corroborados por escrito dentro de las 24hs. Especial atención debe darse a las indicaciones de psicofármacos "según necesidad". Puede dejarse en situaciones especiales cierta discrecionalidad para los médicos de guardia, ya que no siempre es posible la obtención de órdenes verbales dentro de un período razonable de tiempo. En estos casos, el paciente deberá ser examinado por el médico tratante dentro de las 24 hs.

La capacitación del personal del centro debería incluir nociones acerca del uso racional de los psicofármacos.

e) INMOVILIZACIÓN MANUAL

A veces es necesario este procedimiento para administrar medicación o para recluir al paciente. La norma debería permitir

este método y asegurarse de que quien lo tiene que realizar tenga la condición física y el entrenamiento para hacerlo.

f) INMOVILIZACIÓN MECÁNICA

Se sabe que la utilización de este tipo de dispositivos es en ocasiones más segura y evita exponerse a los riesgos de altas dosis de medicación. Idealmente el personal debe ser suficiente y debe estar capacitado en la utilización juiciosa de este método. La norma del centro debería establecer en qué situaciones se permite inmovilizar mecánicamente a los pacientes y por qué, como así también los distintos dispositivos a utilizar. Las indicaciones para su utilización y los métodos de supervisión y de documentación deberían seguir los mismos lineamientos que en los casos de reclusión. Sólo el médico tratante u otro médico autorizado por la institución pueden indicar la inmovilización mecánica. La indicación deberá estar firmada con excepción de las emergencias y deberá ser revisada cada 24hs.

CONSIDERACIONES MEDICOLEGALES

a) ¿OBLIGACIÓN DE MEDIOS O DE RESULTADO?

Aún habiendo demostrado la difícil previsibilidad de la mayoría de los suicidios, es probable que ante el hecho consumado los derechohabientes inicien acciones legales contra la institución alegando que no cumplió con sus obligaciones de cuidado y vigilancia.

Dice Kraut:³⁰ *"El psiquiatra no tiene el deber de prever y evitar el suicidio de cualquier paciente bajo tratamiento psiquiátrico, sino tan sólo de realizar un correcto diagnóstico sobre el estado clínico del paciente y una evaluación del riesgo"*. Se debe comprender que muchas veces no hay antecedentes y los síntomas y signos se encuentran en estado latente.

Por su parte Achával³¹ sostiene que la obligación de resultado sólo puede darse cuando todos los actos médicos están reglados y no cuando dependen de las variables de la personalidad, de la patología, de la familia, etc. Ante una demanda, la institución y el profesional deberán demostrar que actuaron con la diligencia y prudencia que indicaban las normas aceptadas de práctica bajo las mismas circunstancias.

No obstante, existen ciertas patologías mentales (melancolía, depresión, etc.) en las que los índices de suicidio alcanzan cifras significativas, lo que determina para el profesional y la institución un incremento del deber de evitar el daño.

Llamas Pombo³² señala: *"Es clara la responsabilidad del psiquiatra que no advierte la tendencia suicida o agresiva de un enfermo mental o que, advirtiéndolas, no toma las medidas de prevención oportunas. Situaciones tales exigen, en pacientes internados y cuando la probabilidad de suicidio es alta, una vigilancia intensa a través de los medios y el personal adecuados."* Estamos entonces ante una obligación de medios reforzada.

La evaluación individual del riesgo de suicidio resulta fundamental a la hora de defender estos casos. El propósito de dicho análisis es el de identificar rápidamente factores de riesgo tratables y tomar las medidas de seguridad adecuadas. La evaluación del riesgo suicida es un proceso continuo y dinámico que requiere un profundo conocimiento del paciente. Se debe realizar cuando el paciente ingresa, durante su hospitalización y particularmente en el momento del alta. Esto muchas veces resulta difícil en los modelos de medicina gerenciada, donde generalmente el médico de la institución recibe al paciente agudo sin mayor relación previa. Se deberá entonces recabar rápidamente la mayor información posible de los médicos anteriores (resumen de historia clínica previa). A pesar de su importancia, los peritos han hecho notar que los psiquiatras a menudo no realizan una adecuada evaluación del riesgo de suicidio ni lo documentan en la historia clínica. Ante la pregunta de por qué no se documenta esta evaluación Simon³³ opina que muchos psiquiatras temen que la documentación de sus procesos de pensamiento los exponga legalmente en el caso que se pruebe que se equivocó y el paciente se suicide. Este temor nacería de la confusión entre evaluación y predicción del riesgo. No se pretende que los profesionales sean omniscientes o capaces de predecir el suicidio. Sí se espera que los psiquiatras aporten todo su conocimiento y experiencia para formular una evaluación y un plan de tratamiento razonable.

Coincidimos con Real³⁴ en que *"la perspectiva es diferente cuando el paciente se encuentra en una fase de recuperación y mejoría. En este momento evolutivo de la enfermedad, la obligación de vigilarlo va decreciendo en relación a la conveniencia de asistirlo a través de medidas terapéuticas no restrictivas. El factor de riesgo de daño se desvanece, mientras se procura atemperar las medidas especiales de custodia y de transformar una estructura cerrada en un sistema abierto o semiabierto, o en un tratamiento ambulatorio concediendo al paciente las libertades posibles que permitan su reinserción social. Nos encontramos ante una situación de hecho diferente: la contingencia, el albur adquieren otra dimensión. En esta etapa, de acreditarse que el diagnóstico y el tratamiento implementados fueron los indicados, la conducta suicida, si se presenta, surge como un factor imprevisible e inevitable, la propia patología mental, que el profesional no puede prever ni aún obrando diligentemente."* Especial atención merecen los pacientes que se fugan. En los casos de riesgo cierto de suicidio, establecido luego de una adecuada evaluación, la institución tiene un deber objetivo de seguridad. Se debe garantizar la puesta en práctica de prevenciones destinadas a evitar accidentes (puertas cerradas, ventanas clausuradas, muros altos o no escalables, etc.). Achával³⁵ destaca, sin embargo, que este deber de seguridad debe originarse en los síntomas conocidos del paciente, pues si el paciente o la familia ocultan las ideas de suicidio o de fuga o ello no surge de los exámenes y observación del paciente pasa a ser un deber genérico igual al cuidado que se da a cualquier persona.

b) VALOR DE LA DOCUMENTACIÓN

Una vez ocurrido el suicidio y cuestionado el accionar médico, la historia clínica se erige en la principal evidencia de todo lo ocurrido. Los peritos se apoyarán en la documentación de valor médico, como los registros institucionales de entrada y salida, medicaciones y ritmos de ellas, interconsultas, etc. Todos ya comprenden la importancia de la historia clínica, el valor del ordenamiento cronológico en los registros, su carácter de legible como así también de verosímil. Los profesionales intervinientes deberán aclarar sus firmas y deberán tratar de evitarse siglas y abreviaturas.

La documentación debe ser objetiva evitando escribir subjetividades abiertas a múltiples interpretaciones: "prevenirlo en la medida de lo posible ..." "tomar las medidas de seguridad pertinentes ..." "aplicar el tratamiento adecuado ..." Se deberá especificar qué medidas y qué tratamientos.

La historia clínica debe constar con una evaluación del índice de peligrosidad que se atribuye al paciente internado. La documentación del riesgo suicida y de las medidas de prevención adoptadas deberá ser especialmente meticulosa. Los requerimientos de certificados previstos por la ley como así también los consentimientos a la internación y tratamiento también son parte de la documentación trascendente.

Toda la documentación señalada, correctamente llevada, bien conservada y con letra legible evitará muchas veces el avance de la denuncia.

c) SALIDAS TERAPÉUTICAS / ALTAS

Hemos visto que una cantidad considerable de pacientes psiquiátricos se suicidan durante este tipo de salidas o luego del alta de internación. Cuando los pacientes salen con autorización médica, sea en forma transitoria durante un fin de semana o vacaciones o son derivados a consultorios externos, siempre debe haber un responsable que se notifica de los cuidados, de la medicación y ritmo terapéutico adecuado, de los riesgos de la misma y de la vigilancia del propio paciente, ya que el médico es el responsable del deber de cuidado si no lo cede en el momento oportuno. Sin embargo sigue siendo responsable médico del paciente por haber autorizado la salida. Quizás pueda considerarse que las salidas sean de tiempos muy breves y con destino a condiciones ambientales y humanas adecuadas.

d) ROL DE LOS FAMILIARES

El médico poco puede hacer cuando el paciente tiene familiares con poca participación, que no acompañan al paciente y por consiguiente tampoco al médico en la necesidad de internación. Los mismos juegan un rol fundamental en el estudio del origen o causa de la conducta suicida, de sus factores desencadenantes y de su tiempo de elaboración. Cuando la familia informa sobre el riesgo suicida, sus integrantes deben conocer el establecimiento para ver si cumplen los mínimos requisitos de seguridad edilicia

necesarios y adherir al mismo en su aceptación.

La participación y el compromiso de la familia deberá ser documentada. Resulta útil que quede registro de las visitas de familiares y amigos. Esto servirá, en casos de alegar daño moral por la ausencia del ser querido, como documento del grado de compromiso de la familia con el esquema terapéutico. El registro también sirve para demostrar que no hubo aislamiento ni supresión del derecho a comunicarse que mantiene el enfermo.

e) CONFLICTOS CON LA COBERTURA MÉDICA

Pueden darse situaciones de conflicto con las obras sociales o prepagas y suscitarse discrepancias en cuanto al tiempo de cobertura en internación. En ningún caso situaciones de falta de cobertura médica pueden comprometer el estándar de atención si el riesgo de suicidio sigue siendo alto. Documentar la objeción y aún así dejar salir al paciente no constituye una buena práctica. En estas circunstancias el profesional tiene la obligación de seguir asistiendo al paciente durante la emergencia, más allá de consideraciones financieras.

¿QUÉ HACER CUANDO UN PACIENTE SE SUICIDA?

El suicidio de un paciente internado bajo tratamiento psiquiátrico afecta no sólo a la familia sino también a otros pacientes de la unidad y a los miembros del equipo de salud que lo estaba atendiendo.

Los miembros de la familia generalmente se encuentran muy vulnerables, en estado de shock y con sentimientos de culpa, dolor y cólera. Dicha cólera suele apuntarse hacia el personal y la institución que, según la familia, debería haber evitado el suicidio. Las acciones legales por negligencia son utilizadas muchas veces por las familias para paliar en parte el dolor y desplazar culpas. La mayoría de los autores recomiendan advertir a las mismas en el transcurso del tratamiento que el suicidio es una posible consecuencia negativa determinada por la condición del paciente e incluirlos siempre que sea posible en el plan de tratamiento. Las familias que se han sentido excluidas o ignoradas suelen estar más predispuestas a reclamar por daños y perjuicios.

Una vez ocurrido el suicidio la familia debe ser informada sin demoras, preferentemente por el médico de cabecera o por los responsables de la unidad. Debe permitírseles que descarguen sus sentimientos. El abordaje no debe ser extremadamente defensivo ni deben asumirse o adjudicarse en ese momento culpas. Gutheil³⁶ sostiene que es natural que los profesionales oscilen entre el sentimiento de sentirse totalmente responsables y el de estar desprovistos de cualquier tipo de culpabilidad luego de que ha ocurrido el incidente. Pero estos sentimientos de ninguna manera deben transmitirse a los familiares. Sí deben expresarse las condolencias por la situación. Permitir que la familia vea al médico como otro ser humano que también sufre de alguna manera la

pérdida y que hizo lo mejor que pudo dentro de una situación compleja la ayudará a sobrellevar el duelo. También reduce el riesgo de acciones legales.

Los otros pacientes de la unidad, principalmente aquellos con mayor relación con quien se suicidó deben ser informados y aconsejados con sensibilidad. Dado el riesgo ocasional de "contagio" se deberá identificar a los otros pacientes de riesgo en la unidad y se deberá reevaluarlos. Algunos pueden necesitar que se les confirme que se encuentran seguros.

También se deberá dar soporte a los miembros del equipo de salud, siendo los más vulnerables los profesionales sin experiencia. Debe permitirse hablar del incidente en ateneos entre pares y permitir que la experiencia sirva para sacar conclusiones y volcarlas en actividades educativas.

ACCIONES A SEGUIR EN CASO DE SUICIDIO ^{37 / 38}

- 1 *Aísle el cadáver de modo de no alterar la escena. No modifique ni toque nada.*
- 2 *Contacte al personal médico y de enfermería que corresponda*
- 3 *Contacte a la familia*
- 4 *Contacte a la policía*
- 5 *Documente las circunstancias del suicidio y todas las acciones llevadas a cabo*
- 6 *Lleve a cabo una breve reunión de personal para dar la información*
- 7 *Informe a la dirección del hospital*
- 8 *Encuéntrese con la familia (si la familia desea)*
- 9 *Lleve a cabo una breve reunión con los otros pacientes de la unidad para dar la información*
- 10 *Expresar sus condolencias a la familia*
- 11 *Escriba un informe para la dirección médica*
- 12 *Informe a su asegurador de Responsabilidad Profesional (Si corresponde)*
- 13 *Explore oportunidades educativas*

LA "AUTOPSIA PSICOLÓGICA"

Ante un suicidio consumado, resulta importante estudiar el incidente a fondo para poder sacar conclusiones que ayuden a prevenir hechos similares con otros pacientes. También puede ser relevante para recabar datos con la historia fresca lo que permitirá una mejor defensa en casos de ser acusados por negligencia. La autopsia psicológica fue descripta por primera vez por

Schneidman en 1969. A partir de allí hubo numerosas versiones y modificaciones a la idea original. En 1987 Bartels describe una revisión pragmática que resulta clara y útil. Se enumera una lista de 16 puntos que incluye desde antecedentes básicos a otros tales como "respuesta a factores de stress" o "rol del alcohol o drogas". El examen de estos factores permite que el personal analice el suicidio en un contexto. En general se recomienda que la "autopsia" no se realice inmediatamente después del evento (esperar dos o tres semanas) y que esté dirigida por un consultor externo.

de evaluación del riesgo suicida a lo largo de la internación. Tampoco parece prudente la documentación superficial de las medidas de prevención adoptadas.

Como médicos no debiéramos asumir estos hechos como inevitables. Hacerlo así nos restaría fuerzas para estudiar en profundidad cada evento y sacar conclusiones que permitan evitar otros suicidios en el futuro. Esto es especialmente aplicable a aquel pequeño grupo de pacientes con ideación suicida en etapa aguda.

BARTELS, 1987 | AUTOPSIA PSICOLÓGICA³⁹

- 1 *Datos de Filiación: nombre, dirección, edad, etc.*
- 2 *Acto suicida: lugar, hora, método. Quién lo descubrió.*
- 3 *Historia médica y psiquiátrica: incluido intentos previos, diagnóstico y tratamiento.*
- 4 *Antecedentes familiares: enfermedades y suicidios/para-suicidios*
- 5 *Personalidad y estilo de vida*
- 6 *Típicos patrones de respuesta a factores de stress*
- 7 *Situaciones de stress recientes. Cambios mayores en su vida*
- 8 *Papel del alcohol y las drogas. Previamente y en relación al suicidio.*
- 9 *Relaciones interpersonales. Fuentes de apoyo. ideación suicida. Cómo era expresada y cuándo.*
- 10 *Deterioro o mejoría antes del evento. Estado de ánimo, signos vegetativos.*
- 11 *Fortalezas. Razones para vivir, planes a futuro.*
- 12 *Evaluación de la intención*
- 13 *Letalidad del método*
- 14 *Efectos del evento sobre otros. Ej.: personal, familia, otros pacientes.*
- 15 *Información adicional*

CONCLUSION

Del análisis surge que el riesgo de suicidio en establecimientos psiquiátricos es multifactorial y de difícil manejo. La mayoría de los suicidios son impredecibles y seguirán ocurriendo pese a los mejores esfuerzos. Esta realidad no justifica la aceptación de condiciones edilicias riesgosas, la falta de personal necesario ni la falta