



**INTERPSIQUIS**

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,  
Psicología y Salud Mental

## **CONTENCIÓN MECÁNICA, ALTA VOLUNTARIA Y FUGA DE LA URGENCIA EN EL PACIENTE SUICIDA**

Ana García Carpintero, Mar Jiménez Cabañas, Belén Rodado León, Agustín Bermejo Pastor, Jesús Peman Rodríguez, Marta Pérez Lombardo

[Anagc4@hotmail.com](mailto:Anagc4@hotmail.com)

Ideación autolítica, contención mecánica, fuga, alta voluntaria

### **RESUMEN**

¿Es la ideación autolítica un criterio suficiente que justifique un ingreso involuntario o una contención mecánica? ¿Qué debemos hacer ante un paciente con ideas activas de muerte que solicita el alta voluntaria o se fuga de la urgencia?

La aplicación de medidas coercitivas en psiquiatría siempre ha estado sometida a debate; y en pacientes con ideación autolítica, donde no siempre se puede presuponer una clara pérdida de la capacidad de decidir u obrar, las dudas de manejo son si cabe aún mayores. Afortunadamente, la mayor parte de los casos que encontramos en la urgencia no suponen gran dificultad en la toma de decisiones (pacientes que están de acuerdo con el plan terapéutico o presentan descompensación psicopatológica aguda que justifica la aplicación de medidas coercitivas en caso de no colaboración).

No obstante, ocasionalmente nos encontramos con pacientes con ideas autolíticas que no están de acuerdo con permanecer en urgencias y en la exploración no se evidencia una clara psicopatología subyacente. En estos casos nos colocamos enfrente de una balanza donde en un lado se sitúa el derecho a decidir de los pacientes y en otro lado nuestro deber como médicos de obrar en beneficio de ellos. En este trabajo haremos una revisión del tema y explicaremos mediante diferentes supuestos clínicos las diferentes formas de actuar en cada contexto. En su realización nos hemos apoyado en legislación vigente donde se incluyen el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, La ley de autonomía del paciente y la reciente Ley de Eutanasia.

# **CONTENCIÓN MECÁNICA, ALTA VOLUNTARIA Y FUGA DE LA URGENCIA EN EL PACIENTE SUICIDA**

## **INTRODUCCIÓN**

La aplicación de medidas coercitivas en pacientes psiquiátricos, así como la valoración del riesgo y capacidad en pacientes con ideación autolítica son temas que suponen un continuo debate en los círculos de psiquiatría. En estos escenarios es importante individualizar cada caso pues no son situaciones que se presten a seguir un protocolo concreto y en ellas suelen aparecer dilemas éticos, en cuya resolución la opción elegida es con frecuencia la “menos mala” de las disponibles.

A la vez, es muy frecuente que atendamos en la urgencia a pacientes con ideas de suicidio y muchos de ellos no colaboren con el plan terapéutico. Es por ello que consideramos que este trabajo de revisión y reflexión ético legal puede resultar de interés y utilidad para resolver algunas cuestiones que nos asaltan a diario en la práctica clínica.

Algunos de los dilemas que nos podemos plantear son, por ejemplo, si todo paciente con ideación autolítica simplemente por tenerla debe ser considerado incompetente para tomar decisiones sobre sí mismo; o si es pertinente revelar el secreto médico o vulnerar la autonomía del paciente si con ello tratamos de evitar que un paciente con riesgo autolítico lleve a cabo alguna conducta lesiva.

A continuación, explicaremos el encuadre médico legal referente al alta voluntaria y a la fuga de los pacientes de la urgencia, así como algunas consideraciones generales relacionadas con la valoración del paciente con ideas autolíticas. Posteriormente analizaremos diferentes supuestos clínicos relacionados con el alta voluntaria y la fuga del paciente con ideación autolítica en la urgencia. Por motivo de extensión sólo nos referiremos al paciente adulto. Para finalizar hablaremos brevemente de la nueva Ley de Eutanasia y cómo podría afectar su implantación al manejo de pacientes psiquiátricos, especialmente aquellos con ideación autolítica; lo cual nos puede suponer una dificultad añadida en la toma de decisiones.

## **ALTA VOLUNTARIA Y FUGA. ENCUADRE MÉDICO LEGAL**

El alta voluntaria es un derecho de los pacientes recogido en la Ley de Autonomía del Paciente (14/2002), que en el contexto de urgencias se traduce en la decisión de no continuar con el estudio diagnóstico o no recibir el tratamiento propuesto por el médico responsable. Para ejercer este derecho es indispensable tener conservada la capacidad para comprender la información ofrecida y apreciar las consecuencias que se derivan de la decisión o carencia de decisión tomada.

## **CONTENCIÓN MECÁNICA, ALTA VOLUNTARIA Y FUGA DE LA URGENCIA EN EL PACIENTE SUICIDA**

En los casos en los que se procede al alta voluntaria, el paciente debe dejar firmado que ha tomado dicha decisión y conservarlo en la historia clínica.

En la misma ley se recogen como excepciones para conceder alta voluntaria (aun con capacidad conservada) la existencia de un riesgo a la salud pública (ejemplo, enfermedades de declaración y tratamiento obligatorio) o la existencia de imperativo legal.

La fuga o alta voluntaria no comunicada, como su nombre indica, se refiere al abandono de las dependencias hospitalarias sin previo aviso. Esta situación no está regulada a nivel legislativo, aunque en muchos hospitales existen protocolos de actuación. Se considera fuga tanto el paciente que aún no ha sido valorado por el médico, como el que ya se encuentra en estudio y/o tratamiento. Esta circunstancia puede suscitar preocupación en casos en los que se sospeche que el paciente es vulnerable, incapaz o existe riesgo de daño a sí mismos o a terceros, por tanto, es importante en todos los casos hacer una aproximación del riesgo del paciente para poder tomar medidas oportunas en caso necesario.

## **CONSIDERACIONES GENERALES EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON IDEAS AUTOLÍTICAS. VALORACIÓN DEL RIESGO AUTOLÍTICO Y LA CAPACIDAD**

Centrando el tema en el paciente con ideas autolíticas, es importante tener en cuenta dos aspectos que independientemente del caso, siempre deben ser evaluados en la entrevista psiquiátrica de urgencias.

El primero de ellos es el riesgo autolítico del paciente. Aunque es algo muy difícil de conocer a ciencia cierta y siempre existe un enorme grado de incertidumbre e imprevisibilidad en la conducta humana, hay datos en la exploración del estado mental que nos pueden ayudar a orientar el tratamiento hacia el seguimiento ambulatorio o hacia el ingreso hospitalario.

Algunos datos que indican alto riesgo, y que según la Guía Nacional de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida son criterios de elevado riesgo que exigen una evaluación psiquiátrica urgente del paciente:

- Intento de suicidio de alta letalidad.
- Ideación suicida planificada.
- Intento autolítico frustrado que no realiza crítica.
- Sospecha de descompensación psicopatológica de trastorno afectivo o psicótico.

## **CONTENCIÓN MECÁNICA, ALTA VOLUNTARIA Y FUGA DE LA URGENCIA EN EL PACIENTE SUICIDA**

Otras circunstancias que nos informan de importante riesgo del paciente son un escaso apoyo o contención sociofamiliar, intentos de suicidio repetidos, ideas de desesperanza u otra sintomatología depresiva, tendencia a ocultar o minimizar síntomas, consumo de tóxicos, rasgos impulsivos de personalidad, edad avanzada con patología somática o el acceso en domicilio a medios letales (cuchillos, armas).

Todas estas circunstancias y otras muchas deben ser valoradas y en caso de considerar que el riesgo autolítico es alto, este juicio clínico sería suficiente para justificar un ingreso en régimen involuntario como medida de urgencia para proteger la vida del paciente, independientemente de su opinión o de la evaluación del estado mental.

El segundo de los aspectos a valorar en todo paciente es la capacidad para la toma de decisiones que conciernen a su salud. Ya hemos adelantado este término al comentar el alta voluntaria, ya que es un requisito indispensable para cualquier decisión en el ámbito clínico. La capacidad se define como una serie de aptitudes psicológicas (cognitivas, volitivas y afectivas) que permiten conocer, valorar y gestionar de forma adecuada la información ofrecida sobre su estado clínico para tomar una decisión y expresarla. En la valoración de la capacidad debemos considerar cuatro componentes:

- Comprensión de la información pertinente a la decisión.
- Apreciación de la información a la propia situación el paciente y las consecuencias de la decisión. Es decir, que sienta dicha información de la que ha sido informado como propia.
- Razonamiento: Utilizar la información relevante de forma razonada, comparando las diferentes alternativas y sus consecuencias.
- Expresión de una elección: tener las herramientas para indicar la opción elegida.

Estas habilidades pueden estar alteradas en deterioro cognitivo, trastornos psiquiátricos, síndromes mentales orgánicos, algunas enfermedades médicas o en otras circunstancias. Debe ser evaluada por el médico responsable, existiendo algunas herramientas como el Mac CAT T diseñadas específicamente para llevar a cabo este estudio (aunque la entrevista clínica suele ser suficiente). La capacidad se debe evaluar para cada decisión en cada momento, y debe ser más exigente en la toma de decisiones más trascendentales; y un ejemplo de decisión trascendental sería el permitir o no el alta voluntaria de un paciente con ideas de muerte.

## **CONTENCIÓN MECÁNICA, ALTA VOLUNTARIA Y FUGA DE LA URGENCIA EN EL PACIENTE SUICIDA**

En el tema que nos ocupa, cuando nos encontramos ante un paciente que expresa ideas de suicidio en la urgencia, lo habitual es que cumpla criterios de algún trastorno psiquiátrico (los más frecuentes, trastorno afectivo o trastorno de la personalidad), sobre todo en los casos de mayor riesgo autolítico percibido. Por tanto, en estos casos actuaríamos con la premisa de que el paciente, independientemente de su grado de colaboración, sería incapaz para la toma de decisiones en ese momento y estaríamos respaldados por la ley para indicar tratamiento involuntario en virtud del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Sin embargo, existe un debate abierto (cuyo análisis no pretende ser uno de los objetivos esta revisión) que defiende que un grupo de pacientes pueda presentar ideación autolítica genuina y legítima sin enfermedad mental que altere la capacidad ni la justifique. En estos casos la imposición de un tratamiento involuntario vulneraría el derecho de autonomía del paciente. No obstante, dado que el internamiento involuntario exige la notificación al juzgado, en estos casos la última palabra la tendría el juez responsable quien mantendría una entrevista con el paciente en las siguientes 72 horas y quien podría ratificar o derogar el ingreso.

### **SUPUESTOS CLÍNICOS**

A continuación, haremos un análisis práctico de la atención a los pacientes con ideación autolítica en la urgencia apoyándonos en tres supuestos clínicos.

Antes comentar cada supuesto, es importante subrayar que dado el riesgo de autolesión que presentan en su estancia en urgencias, todo paciente que acude por ideación o intento de suicidio debe ser evaluado lo más tempranamente posible (<1 hora), siempre que no se encuentre en estado de intoxicación o su situación clínica lo permita. De esta forma además minimizaremos los casos de fugas antes de la valoración, que representan el grupo de pacientes cuyo curso de acción sería más incierto.

Primer supuesto: paciente capacitado que no se opone a la decisión médica. En este caso se llevará a cabo una valoración del riesgo y se propondrá la medida terapéutica más adecuada en función de la exploración psicopatológica y las circunstancias del paciente. Si se decide ingreso, éste será en régimen de voluntariedad. En caso de alta, se proporcionaría cita en CSM en menos de una semana de acuerdo con protocolo de atención al paciente con riesgo suicida (ARSUIC).

## **CONTENCIÓN MECÁNICA, ALTA VOLUNTARIA Y FUGA DE LA URGENCIA EN EL PACIENTE SUICIDA**

Segundo supuesto: Paciente que después de la valoración pide el alta voluntaria o se fuga. Este es un caso más complicado que el anterior. El manejo dependerá de la valoración que se haya realizado. Si se considera que el riesgo autolesivo es bajo (por ejemplo, desaparece la ideación autolítica o hace crítica completa del intento, tiene buen apoyo sociofamiliar y se compromete al seguimiento ambulatorio) y el paciente está capacitado para la toma de decisiones, si no existen otros criterios de riesgo para sí mismo o terceros se debería conceder el alta voluntaria. En este mismo caso, si el paciente se marcha del hospital sin previo aviso debemos hacer constar este incidente en la historia clínica, pero no sería necesaria otra actuación. Por el contrario, si el paciente muestra riesgo autolesivo alto o sufre una descompensación psicopatológica en el momento de la evaluación (episodio depresivo o psicótico, por ejemplo) debemos actuar en pos de proteger la vida del paciente. Si solicita alta voluntaria se le debe denegar aludiendo a incapacidad o riesgo autolítico inminente; y si fuese preciso se podría recurrir a la contención química e incluso a la inmovilización física.

Las indicaciones y procedimiento de la inmovilización terapéutica no se encuentran reguladas a nivel legislativo, siendo competencia de cada hospital a través de protocolos específicos. En el protocolo del Hospital Clínico San Carlos, los criterios de inmovilización terapéutica serían los siguientes:

- Prevención de daño físico inminente a sí mismo o a otros, cuando los demás medios han resultado ineficaces (contención verbal o farmacológica), o cuando se tiene la convicción de que tales medidas serán ineficaces.
- Prevención de daños graves al entorno (familias, otros pacientes, personal asistencial o incluso, instalaciones del centro).
- Para asegurar el seguimiento del tratamiento prescrito, cuando es imprescindible y han fracasado otras medidas.

En el proceso de inmovilización terapéutica se realizar por personal formado, se debe respetar la dignidad y privacidad del paciente, así como asegurar medidas de cuidados y confort. Debe aplicarse durante el menor tiempo posible y exige una evaluación continua del paciente por enfermería y psiquiatría.

El paciente que presenta elevado riesgo autolítico y se opone al tratamiento debe ser ingresado en régimen de involuntariedad en virtud del artículo 763 de la LEC.

## **CONTENCIÓN MECÁNICA, ALTA VOLUNTARIA Y FUGA DE LA URGENCIA EN EL PACIENTE SUICIDA**

Se deberá notificar el ingreso involuntario al juzgado de guardia mediante un informe clínico del paciente en las siguientes 24h del internamiento dado que supondría una situación de coacción y vulneración de un derecho fundamental. El juez dispondrá de 72horas para realizar una entrevista con el paciente y ratificar o derogar el ingreso.

Si este mismo paciente con criterios de ingreso involuntario por riesgo autolítico elevado se fugase de la urgencia antes de ser ingresado, este suceso se debería poner en conocimiento de las fuerzas del orden público (policía) y se deberá informar a la familia o allegados del paciente, alertando del riesgo de suicidio del mismo. En el caso de que el paciente no permitiese que su familia estuviese informada, estaría justificado romper el secreto profesional dado que el fin es proteger su vida.

Tercer supuesto: Paciente que se fuga antes de la valoración. Este es el caso cuya actuación es más incierta. Debemos informarnos lo mejor posible sobre sus antecedentes y el contexto en el que ha llegado a urgencias (si presenta un diagnóstico psiquiátrico, antecedentes previos, ha sido traído por servicios de emergencias o ha venido por iniciativa propia etc). En algunos casos de elevada sospecha podría estar justificado llamar a la familia o allegados para recabar información e informar de situación actual, aun sin el consentimiento del paciente, como en el caso anterior. En función del riesgo estimado se decidirá la actuación más oportuna, siempre priorizando la seguridad del paciente.

## **NUEVA LEY DE EUTANASIA. FUTURAS DIFICULTADES**

El pasado 18 de marzo de 2021 se aprobó la "Proposición de Ley orgánica sobre la regulación de la eutanasia" (PLORE), según la cual estaría permitido aplicar la eutanasia a quien lo solicite por motivos de enfermedad física y también enfermedad mental. Esto significaría que, aplicándolo al tema del suicidio en la urgencia, a partir de ahora podrían darse situaciones bastante comprometidas a nivel ético legal para los psiquiatras, en el supuesto caso de que los pacientes soliciten la eutanasia como forma de cumplir con sus ideas de suicidio.

Dada la enorme trascendencia que puede llegar a tener la aprobación de esta nueva ley en nuestra práctica clínica, la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) ha realizado un documento en el que reflexiona acerca de las posibles implicaciones y consecuencias de la aplicación en enfermos mentales de esta futura esta ley.

## **CONTENCIÓN MECÁNICA, ALTA VOLUNTARIA Y FUGA DE LA URGENCIA EN EL PACIENTE SUICIDA**

La aplicación de la eutanasia/suicidio asistido por médicos (ESAM) en algunos países está permitida por motivos de enfermedad física pero no por motivos de enfermedad psiquiátrica por varias razones:

En primer lugar, la evolución de la enfermedad mental no es predecible, muchas tienen buena evolución con tratamiento y el pronóstico varía según el individuo, por lo que nunca podríamos asegurar que cumpliera el requisito de que sea una enfermedad "grave e incurable, crónica o imposibilitante".

En segundo lugar, no se puede obviar que existen algunas patologías psiquiátricas que cursan con importante sufrimiento, deseos de morir e ideación autolítica. El ejemplo más representativo sería la depresión. Por tanto, en sociedades en las que la prevención del suicidio se considera una responsabilidad global no se puede obviar la incongruencia que supone plantear la ESAM en personas que sufren trastornos que se caracterizan por presentar entre sus síntomas principales el deseo de morir.

Por último, esta propuesta de ley también señala como elementos esenciales para llevar a cabo la ESAM la voluntad expresa de la persona y la libertad o autonomía de dicha voluntad. En este sentido, el conflicto surge cuando nos preguntamos si la enfermedad mental está afectando o no la capacidad del paciente de elegir libremente. A esto se suma que no existe un estándar aceptado para la valoración de la capacidad, lo cual dificulta aún más este proceso.

Ante estos aspectos polémicos, la SEP ha dado una serie de recomendaciones, que nos pueden ayudar a realizar un manejo más adecuado en el caso de los pacientes que soliciten aplicar la eutanasia por motivo de enfermedad mental.

En primer lugar, recomiendan que en la valoración del paciente se haga hincapié en responder cuatro preguntas relacionadas con el pronóstico de la enfermedad mental, la posibilidad de mejoría con tratamiento y la capacidad para la toma de decisiones de la persona.

*a) La voluntad manifiesta de morir, ¿obedece únicamente a la presencia de un trastorno mental susceptible de mejorar tras tratamiento?*

*b) ¿Está la voluntad de morir influida por la presencia de un trastorno mental susceptible de mejorar tras tratamiento, aunque no sea la causa fundamental de la solicitud de eutanasia?*



## **CONTENCIÓN MECÁNICA, ALTA VOLUNTARIA Y FUGA DE LA URGENCIA EN EL PACIENTE SUICIDA**

*c) En cuanto al carácter "incurable" o "crónico e invalidante" de la enfermedad mental, ¿se han agotado los recursos terapéuticos de tipo biológico, psicológico y social, de acuerdo con la lex artis?*

*d) ¿Tiene la persona capacidad para dar un consentimiento informado con todas las garantías?*

También recomiendan que siempre exista una valoración psiquiátrica detallada en caso de que esté comprometido el estado de ánimo, la capacidad, el consentimiento, la voluntariedad, la comprensión o el juicio del paciente que la solicita (lo cual puede ocurrir no solo en los trastornos mentales) y que un psiquiatra forme parte de la comisión de seguimiento y control del paciente. Por último, recomiendan que procesos terapéuticos y de valoración/asistencia en la toma de decisión de solicitud de ESAM sean independientes, al menos en los casos de trastorno mental.

Aún es pronto para anticipar las dificultades reales que va a suponer la aprobación de esta nueva ley en el tratamiento de nuestros pacientes. Hemos querido añadir este último apartado dado que tiene relación en el tema, aunque es cierto que dada la rigurosidad con la que debemos estudiar cada caso y la multitud de factores que se deben atender, no parece a priori que esta solución se pueda resolver de forma adecuada en urgencias, siendo más indicado su estudio en régimen de hospitalización.

### **ÚLTIMAS REFLEXIONES Y CONCLUSIONES**

En el presente trabajo hemos tratado de acotar el marco legal relacionado con las situaciones de alta, fuga y retención forzosa de los pacientes que atendemos en la urgencia con riesgo suicida. Es un tema controvertido con muchos dilemas éticos en los que es fundamental individualizar cada caso y hacer un análisis detenido de las circunstancias de cada paciente. Hemos tratado de utilizar un lenguaje sencillo con recomendaciones concretas ante determinadas circunstancias clínicas, aunque es evidente que la evaluación del riesgo suicida no es siempre resulta sencillo y en muchas de las situaciones no existe una única solución, siendo las situaciones intermedias en las que nos encontramos con más dificultades para la toma de decisiones.

En cualquier caso, siempre debemos tratar de actuar en virtud a una buena praxis y respetando los principios éticos, donde los más importantes son la no maleficencia y la beneficencia, siendo conscientes de que estas situaciones pueden llevar a vulnerar otros principios como el de autonomía si el fin es un bien mayor.

## **CONTENCIÓN MECÁNICA, ALTA VOLUNTARIA Y FUGA DE LA URGENCIA EN EL PACIENTE SUICIDA**

Es igualmente importante conocer la legislación vigente y los protocolos del hospital que regulan estas circunstancias para la toma de decisiones en situaciones controvertidas.

La ley de la eutanasia, aprobada recientemente ha sido motivo de polémica en nuestra profesión. En esto influyen fundamentalmente dos factores: la aparición de sufrimiento e ideas de muerte en muchos trastornos mentales y la merma en la capacidad para tomar decisiones que pueden suponer algunas enfermedades psiquiátricas. La SEP ha realizado una serie de recomendaciones que deberán ser revisadas a medida que se vaya teniendo más experiencia.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Mercedes Navío. Tirso Ventura. Manual de consulta en valoración de la capacidad. Panamericana, 2014.
2. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. 2011.
3. Protocolo del HCSC de urgencias de 2016.
4. Ley 41/2002 del 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE, 274 15/11/2002.
5. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. Artículo 763, reguladora de internamientos involuntarios.
6. Psiquiatría en el ámbito jurídico. Preguntas y respuestas. Ed. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. 2019. ISBN 9788409130382
7. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, París el 19 de octubre de 2005.
8. Oriol Yuguero, Rosa M Perez. El alta voluntaria y la fuga en los servicios de urgencias: un reto con implicaciones éticas y medico legales. Emergencias, 2018 30: 433-436.
9. Sociedad Española de Psiquiatría. Eutanasia y enfermedad mental. Posicionamiento de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre la "Proposición de Ley orgánica sobre la regulación de la eutanasia". Febrero 2021