



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,
Psicología y Salud Mental

COMPETENCIA Y TIPOS DE INGRESO EN SALUD MENTAL EN EL PACIENTE SUICIDA

Germán Montero Hernández, Iñigo Alberdi Páramo, Belén Rodado León, Agustín Bermejo Pastor, Jesús Pemán Rodríguez

g.montero@ucm.es

Suicidio. Toma de decisiones. Competencia. Ingreso voluntario. Ingreso involuntario.

RESUMEN

Mediante la presente ponencia trataremos de arrojar algo de luz sobre un aspecto que es desconocido para la gran mayoría de profesionales sanitarios y que sin embargo está en permanente relación con las decisiones terapéuticas que tomamos cada día en el ámbito sanitario, más aún en el ámbito de las urgencias hospitalarias y aún más si cabe en el campo de la Salud Mental; como son los principios que rigen y que debemos tener en cuenta en referencia a la competencia y autonomía para la toma de decisiones sobre el ingreso hospitalario o institucional de los pacientes.

Puede resultar evidente evidente ante un caso clínico particular, ya sea en el extremo más sintomático que podemos encontrar en la Psiquiatría como podría ser un trastorno psicótico grave con sintomatología alucinatoria y delirante intensa que compromete groseramente el juicio de realidad; o al contrario, ante un caso en el que nos encontramos ante un paciente con sintomatología ansiosa leve sin otra psicopatología asociada; no tendremos demasiadas dudas y asumiremos que la competencia para la toma de decisiones en cuanto a la indicación de un ingreso hospitalario está alterada en el primer caso y conservada en el segundo.

Sin embargo, en la enorme dimensión de los trastornos mentales encontramos multitud de cuadros clínicos intermedios en los que conforme nos acercamos alejamos de los extremos antes comentados las dudas sobre esta competencia se hacen cada vez más presentes. Y, si hay un caso que pueda ser paradigmático de esta duda es precisamente el paciente suicida. Esto es así dado que entran en juego dos situaciones bien diferenciadas aunque no independientes: el hecho de la conducta o la ideación suicida en sí misma, y las posibles alteraciones psicopatológicas constituyentes o no de un trastorno mental que pueden darse en el individuo que presenta dicha conducta o ideación.

COMPETENCIA Y TIPOS DE INGRESO EN SALUD MENTAL EN EL PACIENTE SUICIDA

Trataremos por tanto en la siguiente ponencia de clarificar qué principios éticos, legales, y clínicos establecen el entramado sobre el que se determinará si un paciente suicida es o no competente para tomar una decisión sobre su propio ingreso hospitalario, y qué tipo de ingresos están contemplados para los distintos supuestos ante los que podemos encontrarnos, con la intención de clarificar estos conceptos y que esto pueda resultar de utilidad para la práctica clínica habitual de todo profesional sanitario.

INTRODUCCIÓN

En este primer apartado abordaremos brevemente aquellos aspectos fundamentales referentes a la ética y la ley que rigen las decisiones en el ámbito sanitario, puesto que no se trata de aspectos exclusivos de la Psiquiatría sino que atañen a toda práctica médica. Posteriormente, abordaremos las cuestiones de la competencia y capacidad para la toma de decisiones en materia de salud y más concretamente en el caso del paciente psiquiátrico con conducta suicida, así como los diferentes tipos de ingreso hospitalario que puede indicarse. Y finalmente, concluiremos con un análisis del caso concreto de la conducta suicida que sólo tendremos capacidad de abordar una vez explicados todos los aspectos previos.

Para comenzar, debemos saber en primer lugar que a diferencia de otros entornos con una tradición filosófica y moral de ética de principios que diverge de la cultura católica y ética mediterránea predominante en los países de nuestro entorno, como por ejemplo Reino Unido y su *Mental Health Act* de 1983 (parte principal de la legislación británica que aborda la valoración, tratamiento y derechos de las personas con un trastorno mental), en España no existe una Ley específica para las cuestiones que hacen referencia a las personas que sufren trastornos mentales, sino que disponemos de diversos artículos repartidos en diversas leyes de mayor o menor rango que regulan los distintos aspectos a considerar en la toma de decisiones médicas.

PRINCIPIOS ÉTICOS

Antes de enumerar los distintos artículos y leyes que regulan los aspectos relacionados con la salud y la toma de decisiones, prestaremos atención en primer lugar a los principios éticos que subyacen al acto médico.

Esto es así dado que no se concibe adentrarse en las cuestiones prácticas y legales referentes a un acto por desgracia tan común en la práctica de la psiquiatría como es el suicidio sin antes abordar cuáles son los principios éticos que rigen las relaciones personales en el ámbito de la medicina, y que entran directamente en conflicto en el acto suicida.

COMPETENCIA Y TIPOS DE INGRESO EN SALUD MENTAL EN EL PACIENTE SUICIDA

La ética trata de la moral y de las obligaciones del ser humano, y la deontología médica (*deontos*: deber ser) es el conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta del médico. El ejercicio de la medicina, en cualquiera de sus vertientes debe realizarse atendiendo a unos principios éticos de actuación, que fueron ya definidos en 1979 por Beauchamp y Childress, y más tarde categorizados por Diego Gracia en función de su universalidad para cualquiera de los ámbitos de la relación en sociedad o de su particularidad derivada de la relación médico-paciente. Dichos principios son los siguientes:

- No maleficencia: evitar causar daño. "*primum, non nocere*" (ante todo, no hagas mal).
- Justicia: imparcialidad en la distribución de los beneficios y riesgos. Las implicaciones de este principio no han sido estimadas hasta épocas recientes. En el campo de la salud, esto no significa tratar a todos los pacientes por igual sino otorgar a cada uno el correcto tratamiento que su enfermedad exige, además de facilitarle la oportuna accesibilidad al mismo.
- Autonomía: respeto a la capacidad de una toma de decisión de las personas autónomas. Autonomía significa libertad frente a coacciones externas. El médico debe tomar en consideración la opinión autónoma del enfermo respecto a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que en éste habrá de implementar. Consecuentemente, deberá solicitar su consentimiento voluntario surgiendo, así, la base de la teoría del Consentimiento Informado.
- Beneficencia: proporcionar beneficios y que éstos compensen los riesgos. Nos exige ayudar a los demás más allá de sus legítimos intereses, evitando o eliminando habitualmente los posibles daños.

Conociendo estos principios, cabe entonces distinguir entre la moralidad y la ley, puesto que en la práctica de la medicina no siempre nos llevan a la misma decisión. Por una parte, la ley especifica la conducta permisible (lo que uno tiene derecho a hacer) mientras que por otra parte, la moralidad especifica la conducta obligatoria e ideal (lo que es correcto y lo que es mejor hacer).

Debemos tener claro que en la gran mayoría de decisiones médicas que nos resulten complejas en algún sentido lo que nos encontramos es un conflicto entre estos principios éticos, con casi total seguridad entre aquel principio de autonomía y el de beneficencia (por ejemplo ante un paciente que rechaza una indicación de ingreso hospitalario que como médicos consideramos beneficiosa para el paciente). Este conflicto surge del progresivo paso de la medicina del paternalismo basado en la búsqueda ante todo del beneficio del paciente en una relación claramente vertical entre médico y paciente que ha perdurado hasta la segunda mitad del siglo

COMPETENCIA Y TIPOS DE INGRESO EN SALUD MENTAL EN EL PACIENTE SUICIDA

XX; a la medicina de las decisiones informadas y del respeto máximo a la autonomía del paciente, en una relación horizontal y triangular entre médico, paciente y familiares, lo que a su vez se acompañada de una paciente más litigante y de un incremento sustancial de demandas civiles y penales que tiene su principal exponente en el mundo anglosajón, lo que no debe sorprendernos dada la herencia filosófica y ética de principios que comentábamos al comienzo de esta introducción.

LEYES

Una vez aclaradas las cuestiones referentes a los principios éticos pasaremos a enumerar las distintas leyes que debemos conocer así como sus aspectos más relevantes:

- Ley General de Sanidad (14/1986 de 25 de abril)
 - Ley de Autonomía del Paciente (41/2002 de 14 de noviembre). Modificación de agosto de 2015. Capítulo IV. El respeto de la autonomía del paciente.
 - Ley de Protección Jurídica del Menor (1/1996 de 15 de enero). Modificación de julio de 2015.
 - Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC). Art. 763.
1. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial [...]. La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable [...] deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, [...] ratificación de dicha medida [...] en el plazo máximo de setenta y dos horas [...].
 2. El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.
- Código Penal (1995). Art. 20 y Art. 21. Sobre las situaciones atenuantes y eximentes que afectan a la imputabilidad de una persona sobre un hecho. Se basan fundamentalmente en dos principios: (1) poder conocer la antijuridicidad del hecho en sí (poder tener conocimiento de que ese hecho va en contra de la ley) y (2) poder actuar en base a dicho conocimiento. La imputabilidad, al igual que la capacidad civil, se presupone a todo sujeto al cumplir la mayoría de edad y se entiende como las capacidades personales de un sujeto que hacen que pueda ser responsable de los actos que realiza.

COMPETENCIA Y TIPOS DE INGRESO EN SALUD MENTAL EN EL PACIENTE SUICIDA

- Código Civil. Modificación de agosto de 2018. Libro I. De las personas. Título XI: de la mayor edad y de la emancipación. Art. 322. Regula que el mayor de edad es capaz para todos los actos de la vida civil, salvo las excepciones establecidas en casos especiales por el propio Código. Art. 200-204, 271. Establece las causas de incapacitación y regula el proceso y nombramiento del tutor.
- Constitución Española de 1978. Capítulo III. Art. 43. Sobre el derecho a la protección de la salud.

COMPETENCIA Y CAPACIDAD

Competencia

Cuando hablamos de competencia nos referimos a la pericia, aptitud o idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado. Es decir, estamos hablando de la capacidad para tomar una decisión determinada en un momento determinado sobre un asunto concreto. El ejemplo más claro en nuestro caso sería la pregunta ¿puede mi paciente suicida en este momento concreto tomar libremente la decisión sobre si acepta o rechaza la indicación de un ingreso?. Esta capacidad para la toma de decisiones puede verse alterada por numerosos factores, desde encontrarse bajo los efectos de una sustancia psicotrópica o bien en situación de abstinencia a la misma, estados de bajo nivel de conciencia, estados confusionales, alteraciones evidentes en las funciones ejecutivas, alteraciones del contenido del pensamiento o de la percepción de la realidad; en definitiva cuadros agudos que alteran la capacidad de juicio crítico en ese momento y sobre esa decisión. Y en este caso nos estamos refiriendo a un momento puntual y no de un estado persistente.

Esto es especialmente relevante puesto que es un error habitual confundir la competencia tal y como acabamos de explicarla con la capacidad (civil, jurídica y de hecho); y por otro lado, porque ha sido una tendencia generalizada -por suerte cada vez menos extendida- el asumir que la presencia de un determinado trastorno mental (depresión mayor grave, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos) altera necesariamente la competencia para tomar cualquier decisión sobre la propia salud en un momento determinado.

Un ejemplo ilustrativo sería el paciente con un trastorno delirante crónico quien pese a presentar ideación delirante activa sobre un tema circunscrito de su vida, puede entender perfectamente la indicación de un ingreso médico, los riesgos de un procedimiento médico concreto y tomar una decisión al respecto (siempre que la indicación del ingreso no sea precisamente la cuestión sobre la que versa el delirio); lo que se extiende también a pacientes con trastorno

COMPETENCIA Y TIPOS DE INGRESO EN SALUD MENTAL EN EL PACIENTE SUICIDA

esquizofrénico que no presenten una disgregación grosera del pensamiento o de su juicio de realidad; y por supuesto a pacientes que han protagonizado una conducta suicida y que no presentan un trastorno depresivo grave o un trastorno psicótico que esté alterando su cognición de forma significativa, que es sin duda la situación más frecuente en la atención al paciente con conducta suicida.

Huelga decir que para que una persona pueda ser competente para tomar una decisión sobre su propia salud y por tanto, por ejemplo, sobre un ingreso hospitalario, debe tomar la decisión de forma voluntaria, informada, válida y auténtica; por lo que debe haber sido informada previa y adecuadamente de la indicación y beneficio del propio ingreso, algo que entra en el terreno del consentimiento informado muy claramente regulado en la Ley de Autonomía del Paciente (41/2002) que hemos mencionado más arriba y que no creemos objeto de esta ponencia. Sin embargo, tiene relación por otro lado con los diferentes tipos de ingreso hospitalario, lo que sí que desarrollaremos más adelante.

El modelo más extendido para entender y poder valorar la competencia de un sujeto es el de Appelbaum y Grisso, que se basa en las cuatro dimensiones o criterios: comprensión, apreciación, razonamiento y elección. Ellos desarrollaron asimismo una escala que si bien puede parecer más orientada al ámbito de la toma de decisiones en la clínica médica y no tanto en la psiquiátrica, sí que resulta de gran utilidad.

Esta herramienta es conocida como la escala MacCAT-T (*MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment*; o Herramienta de Evaluación de la Capacidad para Tratamiento), y presenta y puntúa una serie de subcriterios dentro de cada una de esas dimensiones, a saber:

- Comprensión:
 - Comprensión de la enfermedad
 - Comprensión del tratamiento
 - Comprensión de riesgos y beneficios
- Apreciación:
 - De la situación de la enfermedad
 - Del objetivo general del tratamiento
- Razonamiento
- Lógico-secuencial

COMPETENCIA Y TIPOS DE INGRESO EN SALUD MENTAL EN EL PACIENTE SUICIDA

- Lógico-comparativo
- Predictivo (consecuencias derivadas de las posibles elecciones)
- Consistencia interna del procedimiento de elección
- Elección:
- Expresa una decisión

Pasamos a continuación a explicar qué es la capacidad jurídica y de obrar o de hecho para poder así diferenciarla bien de la competencia.

CAPACIDAD

Se entiende por capacidad jurídica la aptitud del ser humano para ser titular de derechos y deberes, mientras que la capacidad de obrar o de hecho es la aptitud para regirse a uno mismo, ejercer los derechos y deberes de los que se es titular, ser capaz de autonomía y de administrar los bienes propios. En general, se presupone que alguien que ha alcanzado la mayoría de edad tiene la capacidad de obrar, es decir, de ejercer unos derechos y deberes. El Derecho considera que los menores de edad, y algunos adultos en ciertas circunstancias, no tienen la capacidad suficiente para ejercer esos derechos.

Es decir, estamos hablando de una situación persistente que merma la capacidad de estos sujetos tornándolos por tan tanto incapaces ya sea de forma total o bien de forma parcial. Insistimos en que en este caso ya no estamos valorando la capacidad para la toma de una decisión concreta en un momento concreto, sino la incapacidad mantenida de un sujeto para tomar las decisiones que permiten su autogobierno, y que puede atañer exclusivamente al ámbito de la salud o al manejo de bienes económicos (incapacidad parcial) o a cualquier decisión de su vida (incapacidad total).

Según el artículo 200 del Código Civil "[...] son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico, que impidan a la persona gobernarse por sí misma". El único argumento que admite nuestra legislación es por tanto la falta de capacidad para gobernarse a sí mismo. Este concepto de falta de autogobierno puede ser interpretado de manera muy laxa por la autoridad judicial, ya que es un criterio muy ambiguo.

Está siendo sin embargo cada vez más frecuente en las sentencias de incapacitación, en contraste con las que se venían realizando hasta finales de siglo XX, que la autoridad judicial

COMPETENCIA Y TIPOS DE INGRESO EN SALUD MENTAL EN EL PACIENTE SUICIDA

valore y especifique para qué aspectos concretos se está declarando a una persona incapaz y evitar así una declaración de total incapacidad, en una tendencia hacia respetar al máximo la autonomía de dicha persona que acompaña a la de la propia relación médico-paciente que hemos discutido al inicio.

La incapacidad es además una situación legal que puede revertirse en caso de que sobrevinieran nuevas circunstancias en las que se produce una mejoría del trastorno o las secuelas que padezca el incapaz en lo que respecta a la capacidad de autogobierno. Toda sentencia de incapacidad implica el nombramiento de una persona encargada de velar por los intereses del incapaz: el tutor. Y, en el caso de las incapacidades parciales: el curador. Aunque el tutor o curador será la persona encargada de velar por y hacer cumplir los derechos del incapaz, y por tanto de tomar las decisiones oportunas en nuestro caso en lo referente a la salud, existen determinados actos que no puede realizar el tutor sin la autorización del Juez (Art. 271) entre los que destacamos:

- El internamiento del tutelado en un establecimiento de salud mental o de educación o formación especial.
- Aceptar herencias.
- Hacer gastos extraordinarios en los bienes
- Enajenar o gravar bienes inmuebles.
- Dar y tomar dinero a préstamo, etc.

Por último, existen una serie de elementos fundamentales a tener en cuenta en una evaluación de la incapacidad, como son: el conocimiento de la situación, el entendimiento de los hechos, la capacidad para manipular información racionalmente, el funcionamiento en su medio habitual y el tipo de exigencias sobre el paciente.

Una vez explicadas las cuestiones éticas y legales que rigen las decisiones en el ámbito de la salud, así como los principios de competencia y capacidad, creemos conveniente explicar, en base a todo lo anterior, los distintos tipos de ingresos hospitalarios que existen y que permite la legislación; y que deberemos valorar e indicar de forma individualizada en cada caso paciente que evaluemos, especialmente en el caso de los pacientes suicidas por la enorme heterogeneidad clínica de este colectivo.

COMPETENCIA Y TIPOS DE INGRESO EN SALUD MENTAL EN EL PACIENTE SUICIDA

INGRESOS HOSPITALARIOS

Existen tres tipos de ingreso hospitalario, a saber: voluntario, involuntario y por orden judicial de internamiento.

INGRESO VOLUNTARIO

Es el tipo de ingreso que ocurre cuando el paciente tiene capacidad para tomar la decisión, es decir que el paciente no ha sido declarado incapaz y además es competente en ese momento para tomar la decisión. No hay que olvidar que si hubiera presiones, engaño o error los responsables del ingreso pueden incurrir en un delito (Art. 163 del Código Penal). La aceptación voluntaria del ingreso y, consecuentemente, de las medidas terapéuticas y de las normas de la unidad debería hacerse por escrito, si bien suele realizarse de forma verbal tal y como se recoge en la Ley de Autonomía del Paciente. Este ingreso supone la existencia de un libre contrato y cuenta con el consentimiento del paciente, no suele dar lugar a conflictos y el más habitual en la práctica psiquiátrica cotidiana y debería serlo también en el caso del paciente suicida.

El internamiento voluntario puede convertirse en involuntario si la evolución del paciente así lo aconseja.

INGRESO INVOLUNTARIO

El internamiento psiquiátrico involuntario está regulado por el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC) que presupone la presencia de un trastorno psíquico y que, como consecuencia del mismo, la persona no esté en condiciones de decidir por sí mismo sobre este hecho. Es decir, se trata de un paciente que presuponemos incompetente. En el caso de un paciente declarado incapaz por sentencia judicial, no se trataría de un ingreso involuntario si aquél que es responsable de decidir sobre sus derechos y obligaciones (tutor) da el consentimiento, pero en cualquier caso precisa de notificación a la autoridad judicial puesto que esta es precisamente una de las decisiones que hemos visto (Art. 271 del Código Civil) que un tutor no puede tomar sobre un tutelado sin la debida autorización del juez.

Para llevar a cabo el ingreso hospitalario será por tanto necesaria la autorización judicial, que puede darse en dos situaciones: a priori o a posteriori de haber realizado el ingreso.

En la primera situación, los familiares deberán acudir al Juzgado para solicitar la autorización judicial. El Juez consultará con el médico forense y si considera necesario el ingreso extenderá la autorización, con lo que ya podrán acudir al hospital psiquiátrico a realizar el ingreso.

COMPETENCIA Y TIPOS DE INGRESO EN SALUD MENTAL EN EL PACIENTE SUICIDA

Estos ingresos corresponden, generalmente, a ingresos programados de enfermos crónicos con historias de hospitalizaciones o de incidentes previos, de difícil manejo y con poco soporte familiar y/o social.

En la segunda situación, la más habitual, nos encontraremos frente a los ingresos involuntarios en situación de urgencia, y ocurren cuando la autorización judicial se realiza a posteriori del ingreso hospitalario. En estos casos existe urgencia en ingresar al paciente y es el propio psiquiatra quien decide ordenar el ingreso en ese mismo momento. La Ley permite realizar este tipo de ingresos siempre y cuando el psiquiatra lo comunique al juez en un plazo máximo de 24 horas. Estos casos corresponden, generalmente, a pacientes con trastorno psíquico agudo, con perturbación evidente de la conducta a nivel social y con buenas expectativas de curación en breve plazo.

Como comentábamos anteriormente, la indicación de un ingreso ya sea de forma voluntaria pero más aún si es de forma involuntaria tiene que reunir una serie de características de las que debe informarse al paciente, que podrían resumirse en las siguientes:

- Tiene que tener una clara indicación médica (síntomas psiquiátricos y una situación que justifique la necesidad del internamiento).
- Tiene que ofrecerse un tratamiento posible disponible que requiera del ingreso y no pueda ofrecerse de forma ambulatoria.
- En el caso del ingreso involuntario, tiene que darse una circunstancia que impida la sujeto la toma de la decisión por sí mismo, es decir ser incompetente para ello.
- Por último, también en el caso del ingreso involuntario, debe notificarse a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que se haya actuado en situación de urgencia. El Juez deberá personarse para examinar al paciente y en el plazo de 72 horas ratificar o no la medida de internamiento involuntario.
- El carácter de involuntariedad es reversible y la autoridad judicial da su autorización para el mismo, no tratándose de una orden de ingreso en este caso. La indicación la da por tanto el médico tratante.
- Cuando el paciente sea menor de edad, no será suficiente la autorización del padre o de la madre o de aquel que detentara la patria potestad, precisando de la autorización judicial y de un informe de los servicios de asistencia al menor (Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor que modifica el art. 211 del Código Civil).

COMPETENCIA Y TIPOS DE INGRESO EN SALUD MENTAL EN EL PACIENTE SUICIDA

INGRESO POR ORDEN DE INTERNAMIENTO

Los ingresos por orden de internamiento sólo serían adecuados cuando la enfermedad mental sobreviene estando el sujeto en prisión cumpliendo condena, o bien cuando se aplica una circunstancia eximente y la privación de libertad que le hubiese correspondido al sujeto se transforma en un ingreso psiquiátrico. Es en este segundo caso una forma del sistema judicial de garantizar a la sociedad que al reducir la sentencia del sujeto condenado se ponen en marcha una serie de medidas en curso orientadas al tratamiento de la situación eximente o atenuante.

En el resto de casos lo que existe es una autorización judicial de internamiento, siendo siempre decisión médica la indicación y duración del mismo.

EL CASO PARTICULAR DE LA CONDUCTA SUICIDA

Finalmente, como avanzábamos al inicio de esta ponencia y tras haber cimentado las bases de los principios éticos y leyes relacionados con la competencia y la toma de decisiones sobre el ingreso hospitalario, vamos a abordar el caso concreto del paciente suicida.

En primer lugar, cabe destacar que el paciente suicida no es otro que aquél sujeto que acude ante nosotros tras haber protagonizado una conducta suicida. Esto puede resultar intrascendente pero nos permite establecer dos distinciones fundamentales: (1) el suicidio no es más que una conducta determinada y (2) esta conducta puede darse tanto en un sujeto con un determinado trastorno mental como en un sujeto sano. Esta última posibilidad abre ya un debate complicado y que no es fácil de compaginar con los movimientos sociopolíticos denominados "suicidio cero", que requeriría adentrarnos en aspectos evolutivos, sociológicos, filosóficos y bioéticos que exceden de largo el propósito de esta ponencia; pero puesto que se trata de una situación posible sí que la mencionaremos más adelante.

En segundo lugar, nos planteamos entonces quizá la cuestión principal de esta ponencia: ¿debe ingresar todo paciente suicida? o más bien: ¿qué sujeto con conducta suicida debe ser ingresado incluso en contra de su voluntad al amparo de las leyes antes citadas?.

Pues bien, una vez determinada la conducta suicida en sí y valoradas sus características en cuanto a potencial letalidad objetiva y subjetiva, planificación previa, provisión de rescate, etc. y habiendo determinado que nos encontramos ante una conducta suicida propiamente dicha, y no ante conductas autolesivas con otra finalidad distinta a la suicida; lo que realmente debemos preguntarnos es si estamos ante un sujeto aparentemente sano o presenta en cambio algún trastorno mental, y más aún, en el caso de presentar algún trastorno mental: ¿afecta este trastorno mental a la competencia del paciente?.

COMPETENCIA Y TIPOS DE INGRESO EN SALUD MENTAL EN EL PACIENTE SUICIDA

Si tras haber evaluado en profundidad al sujeto con conducta suicida (y teniendo en cuenta que puede ser que dicha evaluación no pueda realizarse en un período corto de tiempo y requiera de estudios que precisen incluso un ingreso hospitalario) determinamos que estamos ante un sujeto sano y competente, nos encontramos entonces ante un caso de lo que conocemos como suicidio-decisión o también como suicidio racional. Este tipo de situaciones son más frecuentes en personas de edad avanzada, y requieren de una minuciosa evaluación clínica, y si tras la cual nuestra conclusión es ésta, no cabe mayor abordaje desde el punto de vista psiquiátrico.

Por otra parte, con mucha mayor frecuencia en nuestra práctica clínica habitual nos encontraremos ante un "paciente suicida", es decir una conducta suicida en un sujeto que padece algún tipo de trastorno mental. Como hemos dicho previamente, deberemos tratar entonces de clarificar si dicho trastorno afecta a la competencia o a la capacidad del paciente. Por lo general, los principales trastornos mentales que se acompañan de conductas suicidas son los trastornos afectivos de tipo fundamentalmente depresivo, los trastornos afectivos recurrentes en fases mixtas o depresivas, los trastornos de personalidad y los trastornos psicóticos.

Ante un caso de extrema gravedad, como avanzábamos en la introducción de la presente ponencia, será fácil evaluar la repercusión del trastorno en la capacidad del paciente para tomar decisiones de forma autónoma, es decir en su competencia.

Por ejemplo, si nos enfrentamos a una conducta de suicidio en un paciente con un trastorno depresivo que presenta graves síntomas físicos, psíquicos y cognitivos, siendo el extremo más claro las ideas delirantes de culpa, responsabilidad, enfermedad, etc. la capacidad del paciente de analizar críticamente su conducta suicida y poder tomar una decisión sobre su tratamiento y sobre la necesidad de un ingreso psiquiátrico está claramente afectada.

Podemos plantear un ejemplo similar en un caso de un trastorno grave de personalidad cuyo estado de agitación y activación de mecanismos psicológicos defensivos afecten claramente su competencia a la hora de razonar al respecto de la conducta suicida; o en el caso de una conducta suicida en contexto de una clara descompensación grave de un trastorno psicótico.

En estos casos, siempre que exista la indicación médica se deberá por tanto realizar un ingreso hospitalario incluso si es contrario a la voluntad del paciente (siempre según lo comentado en el apartado *III.II Ingreso involuntario*).

De forma similar a los casos graves, ante un paciente con sintomatología leve no deberíamos tener gran dificultad en determinar que su capacidad está conservada y no cabe por tanto indicar un ingreso hospitalario de forma involuntaria.

COMPETENCIA Y TIPOS DE INGRESO EN SALUD MENTAL EN EL PACIENTE SUICIDA

Es entonces en la amplia zona intermedia entre los casos leves y los más graves donde se nos presentarán más dudas acerca de la competencia del paciente suicida. Nos encontraremos por ejemplo con alteraciones moderadas en la esfera cognitiva y afectiva, con por ejemplo presencia de distorsiones cognitivas de tipo depresivo; o alteraciones de forma o contenido del pensamiento no groseras e incluso perceptivas que debemos valorar con cautela y siempre a través del prisma de la evaluación de la competencia (y por tanto desde la repercusión de tales síntomas en la comprensión, apreciación, razonamiento y capacidad de elección del paciente). Debemos tener en cuenta la ponderación de los aspectos negativos en la toma de decisiones, la posible sobredimensión de ellos en la decisión como consecuencia del trastorno depresivo, así como de los temores y desconfianzas que pueda presentar un paciente con un trastorno de personalidad o un trastorno psicótico. En estos casos, puede ser útil recurrir a la herramienta MacCAT-T que hemos comentado en el apartado *II.I Competencia* de esta ponencia.

Si tras la evaluación realizada en estos casos vemos una clara indicación de ingreso, pueden darse varias situaciones

- Si el paciente tiene preservada su competencia para esa decisión concreta en ese momento concreto: puede aceptar de forma voluntaria la indicación de ingreso; o en caso contrario no aceptarla y entonces no cabe un ingreso en contra de su voluntad. Se deberá proceder en ese caso al alta hospitalaria ofreciendo siempre todas las indicaciones y garantías disponibles (derivación a programas específicos de suicidio, plan de actuación, recomendaciones al entorno, etc.).
- Si el paciente no tiene preservada la competencia para esa decisión concreta en ese momento concreto: el paciente puede aceptar de forma voluntaria la indicación de ingreso, si bien dado que por su estado hemos determinado que no conserva la capacidad para tomar esa decisión de forma autónoma, deberemos reflejarlo en la historia clínica e informar a sus familiares de ello. En caso de que el paciente rechace la indicación de ingreso, se procederá al ingreso de forma involuntaria siempre informando tanto al paciente como a sus familiares y por supuesto a la autoridad judicial según lo que hemos explicado en el apartado *III.II Ingreso involuntario* de esta ponencia.

En el caso particular de la conducta suicida en los menores de edad, hasta la modificación de 2015 de la Ley de Autonomía del Paciente (Capítulo IV. Artículo 8) nuestro proceder era exactamente el mismo que hemos explicado, considerando mayor de edad a todo paciente mayor de 16 años cumplidos, con dos excepciones:

COMPETENCIA Y TIPOS DE INGRESO EN SALUD MENTAL EN EL PACIENTE SUICIDA

- En el caso de mayores de 12 años, su opinión debe ser tenida siempre en cuenta; y para los menores entre 12 y 16 años se debe tener en cuenta la posibilidad de encontrarnos ante un *menor maduro*, en cuyo caso tras justificarlo debidamente procederíamos como si tuviera los 16 años cumplidos.
- En los casos de actuaciones de grave riesgo, según el criterio del facultativo (por su redacción cabe pensar en intervenciones quirúrgicas y procedimientos médicos de riesgo; pero aplica también a situaciones de conducta suicida dado el riesgo para la vida que implican), los padres serán informados y su opinión tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

Sin embargo, desde la modificación en agosto de 2015 de la Ley, que añade lo siguiente: [...] No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo.

Es decir, que desde agosto de 2015 en situaciones de grave riesgo, como debe ser considerada la conducta suicida, aunque el menor tenga los 16 años cumplidos ya no cabe únicamente informar a los padres (o representantes legales) sino que serán éstos quienes prestarán el consentimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- i. Alfredo Calcedo Barba. Psiquiatría Legal. I Congreso Virtual de Psiquiatría.
- ii. Beauchamp T.L. Los fundamentos filosóficos de la ética en psiquiatría. En: Bloch S, Chodoff P y Green S.A (editores). La ética en psiquiatría. 1a edición española. Madrid, Triacastela, 2001: 35-56.
- iii. Calcedo Ordóñez A: Pasiones y Paranoia, Cuadernos de Derecho Judicial, 1995
- iv. Carrasco Gómez JJ, Maza Martín JM: Psiquiatría Legal y Forense, La Ley-Actualidad, Madrid 1996.
- v. Declaración de Madrid de 1990 de la Asociación Mundial de Psiquiatría, enmendada en 2005, sobre estándares éticos para la práctica psiquiátrica.
- vi. González Vives, Sara. Ética y Ley en Psiquiatría.
- vii. Gracia, D. Fundamentos de Bioética. pp.505-6. Madrid: Eudema; 1989.
- viii. Gracia, Diego. Prólogo. En: Santander F (coordinador). Ética y Praxis psiquiátrica. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios/ 23. Madrid. 2000.
- ix. Grisso y Appelbaum, 1998; Mental Capacity Act, 2005.

COMPETENCIA Y TIPOS DE INGRESO EN SALUD MENTAL EN EL PACIENTE SUICIDA

- x. Ley Básica Reguladora de la de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002, de 14 de noviembre (BOE).
- xi. Ley Orgánica 10/1995 de 23 de Noviembre del Código Penal, BOE 24-11-1995.
- xii. Martín Fumadó. Análisis de la responsabilidad profesional médica derivada del ejercicio de la Psiquiatría y de la Medicina Legal. Tesis doctoral. Universidad Autónoma Barcelona. Barcelona 2012.
- xiii. Montero Hernández, Germán. Foro de debate en Salud Mental en Niños y Adolescentes. Particularidades legales de la atención psiquiátrica a este colectivo. XXI Congreso Nacional de Psiquiatría. 18-20 de octubre de 2018. Granada, España.
- xiv. Montero Hernández, Germán; González Vives, Sara; Navas Tejedor, Marta. Foro de debate en Psiquiatría Legal. Aspectos legales relacionados con la atención al menor de edad en la urgencia psiquiátrica. XX Congreso Nacional de Psiquiatría. 16-18 de noviembre de 2017. Barcelona, España.
- xv. Montero Hernández, Germán; González Vives, Sara; Navas Tejedor, Marta. Foro de debate en Psiquiatría Legal. Utilidad y aplicación de la psiquiatría legal en la sociedad: valoración de capacidad e intervención del psiquiatra como perito judicial. XX Congreso Nacional de Psiquiatría. 16-18 de noviembre de 2017. Barcelona, España.
- xvi. Otero Pérez FJ. Psiquiatría y Ley. Guía para la práctica clínica. Madrid: Editores Médicos S.A. 2008.