



## Implicaciones éticas y vicisitudes del equipo terapéutico ante el ingreso por tentativas de suicidio crónicas en larga estancia

*Title: Ethical Involvements and Vicissitudes of the Therapeutical Team in view of the admission because of Chronic Suicidal Attempts in Long Stay.*

**Molina Martín, JD (\*); Palao Tarrero, A(\*\*); González Parra, S(\*\*).**

### AUTORES:

**(\*) Dr Juan de Dios Molina Martín.** Doctor en Medicina. Especialista en psiquiatría  
Coordinador de la Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Rodríguez Lafora

**(\*\*) Especialistas en psiquiatría.** Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Rodríguez Lafora

### RESUMEN:

Este caso viene a mostrar la articulación de la ética en la psiquiatría clínica a través de la problemática de la autonomía del sujeto. La pregunta que subyace en este complejo caso es la siguiente: ¿Es justificable la suicidalidad crónica como motivo de ingreso indefinido en una Unidad de Larga Estancia?. Por otro lado, reflexionamos sobre las vicisitudes de nuestro equipo y las implicaciones terapéuticas analizando el fenómeno de *splitting*.

### ABSTRACT:

*This case shows the relationships of Ethics in Clinical Psychiatry through the problem of the individual's autonomy. The question that underlies in this complex case is the following one: may the Chronic Suicidal Attempts justify an indefinite admission in a Long Stay Unit?. On the other hand, reflections on the vicissitudes of our team and the therapeutic implications have been made through the analysis of the splitting phenomenon.*

### PALABRAS CLAVE:

Tentativas de Suicidio Crónicas, Suicidio, Autonomía, Bioética, Paciente de Larga Estancia, Psicoterapia, Splitting, Equipo Terapéutico, Trastorno Límite de Personalidad

### KEY WORDS:

*Chronic Suicidal Attempts, Suicide, Autonomy, Bioethics, Long Stay Patient, Psychotherapy, Splitting, Therapeutical Team, Borderline Personality Disorder*

## ÍNDICE

<b>Presentación del caso</b>	<b>2</b>
<b>Antecedentes y datos biográficos</b>	<b>2</b>
<b>Evolución del ingreso</b>	<b>3</b>
Primera parte del ingreso	3
Cambio de equipo	3
Otros datos de interés	5
<b>Discusión</b>	<b>5</b>
<b>Implicaciones éticas</b>	<b>5</b>
<b>Implicaciones clínicas</b>	<b>5</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>6</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>7</b>

### PRESENTACIÓN DEL CASO:

Se trata de un varón de 43 años de edad que presenta un ingreso en una Unidad de Larga Estancia de tres años de duración por suicidalidad crónica. Padece trastornos psíquicos desde la infancia, acentuados a raíz de la muerte de la madre cuando la paciente tenía 20 años. Desde los 21 años de edad ha recibido diferentes tratamientos psiquiátricos y psicológicos, la mayoría de las veces con diagnóstico de “Depresión Neurótica”.

#### Antecedentes y datos biográficos

Natural de Salamanca. Embarazo normal. Parto normal. Desde muy pequeña mostraba rabietas ante los contratiempos. Escolarizada a los 4 años, con dificultades de socialización, retraída, problemas de adaptación sociales. Callada e introvertida. Mal rendimiento académico, aunque completó sus estudios universitarios a los 21 años. Tuvo tres cambios de colegio: los dos primeros por dificultades de adaptación y el tercero por traslado laboral del padre.

A los 10 años se fue a vivir sola durante un año, regresando posteriormente al domicilio de origen. Abandonó el domicilio paterno argumentando que su padre abusó de ella.

A los 18 años inicia una relación de pareja homosexual. En esta etapa trabajaba desempeñando las funciones de su carrera universitaria. Al morir la madre, cuando tenía 20 años, estuvo trabajando como secretaria en varias instituciones estatales. Paralelamente y durante un tiempo compaginó sus estudios con el trabajo.

En el contexto de su ruptura sentimental y coincidiendo con el fracaso en una oposición con posterior pérdida de su puesto laboral y múltiples conflictos familiares, protagoniza un intento autolítico (venolisis) que conlleva su primer ingreso. Es diagnosticada y tratada de Depresión Mayor. Al alta realiza seguimiento en Centro de Salud Mental, sucediéndose seis ingresos en Unidad de Hospitalización Breve de la red pública y dos en Clínica Privada.

Esta evolución desemboca en un ingreso en una Unidad de Media Estancia ocho meses después. En este dispositivo se objetiva una evolución tórpida, a pesar de los diferentes

abordajes ensayados, donde realiza otras seis tentativas autolíticas (dos por cortes en muñecas, tres intoxicaciones medicamentosas y una arrojándose a un coche) alguna de ellas durante permisos temporales. La familia refiere que esconde la medicación y la guarda para realizar los intentos autolíticos.

Dada la evolución del cuadro es propuesta para ingreso en una Unidad de Larga Estancia un años y dos meses después de su ingreso en Media Estancia.

## **Evolución del ingreso**

### **Primera parte del ingreso.**

La evolución es tórpida. Se objetivan dificultades para poner en marcha estrategias de afrontamiento ante situaciones en las que tenga que tolerar la frustración, los límites o la espera. Ante estas situaciones se producen múltiples tentativas autolíticas (seis en el primer año de ingreso), la mayoría de ellos por cortes superficiales en muñecas, tras los cuales pide ayuda, y son valoradas múltiples veces por el médico que las atiende como llamadas de atención. Las menos, en el contexto de semiología depresiva ansiosa teñida de sentimientos de vacío crónicos, aunque obteniendo una renta (atención y cuidados para evitar el suicidio) que potencian la conducta.

En esta primera parte del ingreso alterna actitudes autocompasivas, opositoras y pasivo-agresivas, expresando desidia, ideas de muerte y de autolisis que centran su discurso. Progresivamente se relaciona menos con sus compañeras y obtiene un nivel de autonomía y de reconocimiento diferencial por parte de los profesionales que la atienden (llega a disponer del uso de un ordenador personal propiedad del centro). Se relaciona más con el personal terapéutico. Establece una relación con su psicóloga (mujer) en la cual es evidente su enamoramiento, viviendo como abandonos los límites terapéuticos puestos por ella

Durante este periodo el manejo familiar se complica. Por un lado, existe un planteamiento de una externalización progresiva, aumentando los permisos y responsabilizando a la paciente de sus comportamientos, intentando que encuentre otras estrategias de afrontamiento distintas a la inhibición y al gesto autolítico. Por otro, la familia presiona con amenazas de denuncia en el caso de que la paciente consuma el suicidio. Al mismo tiempo que la relación con su psicólogo dificulta la terapia, su psiquiatra se ve amenazado con una denuncia ante un hipotético suicidio, en el contexto de aumentar gradualmente la exigencia y los permisos a la paciente. Su hermano se plantea que la ciencia ya lo ha intentado todo y que fracasa porque es un problema espiritual, al ser un castigo por ser homosexual. El equipo de profesionales que lleva el caso limita las salidas, y por último, plantea un cambio de equipo para desbloquear estas situaciones tras un ingreso superior al año y medio.

### **Cambio de equipo.**

Se produce una primera reunión del equipo que recibe a la paciente y se plantea un escenario de rehabilitación intensiva en el cual hay que clarificar y decidir sobre tres aspectos para que no fracase la línea de trabajo que recogemos del equipo anterior: la externalización. Por un lado, el mecanismo de *splitting* en la comunicación interprofesional. En segundo lugar, el manejo de los permisos ante futuras conductas autolíticas con el equipo, la paciente y la familia. Por último, el diagnóstico principal, el balance beneficio/riesgo de mantener el ingreso (involuntario en ese momento), y los aspectos éticos y legales derivados de que el suicidio como posibilidad futura interfiera en la indicación terapéutica.

Respecto al primer aspecto, el equipo está definido por un psiquiatra, una psicóloga, una tutora (auxiliar de clínica), una enfermera y una trabajadora social. Se plantea informar sistemáticamente de las decisiones y del manejo de las contingencias al resto de los profesionales implicados asistencialmente en la unidad con el fin de evitar manipulaciones y rupturas en el equipo derivados de que la paciente sitúe a unos como “los buenos” (los que escuchan y dan) y otros “los malos” (los que ponen los límites), y se distorsione la comunicación produciéndose rivalidades y fracasando el tratamiento. En definitiva, se intenta limitar con este encuadre que el equipo reproduzca la patología que se intente tratar.

Respecto al segundo aspecto, se retoma la idea de aumentar el nivel de exigencia y responsabilizar de sus comportamientos a la paciente. Se decide aumentar progresivamente las salidas y que comience a realizar actividades fuera del centro acordes con su nivel de autonomía. Se plantea la necesidad de poder trabajar sin suspender el permiso ante gestos autolíticos ya que es un estilo de afrontamiento que mantiene el ingreso indefinidamente.

Se habla con la familia y se les explica que se han probado múltiples recursos terapéuticos previos sin conseguir un cambio, debido al miedo al suicidio por parte de la familia y de los profesionales. Se plantea que su mejoría pasa por asumir ese riesgo y que por edad y nivel de autonomía merece la pena intentarlo. Que la otra alternativa es mantener un ingreso indefinido para evitar un suicidio pero no para trabajar con objetivos terapéuticos y, que de todas formas el intento autolítico se puede producir en el centro o fuera de él.

Por último, se revisa el diagnóstico principal y se comienza a trabajar con el de Trastorno Límite de Personalidad.

La evolución inicial es globalmente satisfactoria. En la medida en que se retoman los permisos y comienza a acudir a actividades académicas a veinte kilómetros del centro la paciente se muestra motivada, ilusionada y comienza a relacionarse con sus compañeras. La semiología depresiva ansiosa mejora. Durante las vacaciones se marchó sola una semana. Por último, inicia una relación muy cercana con otra paciente.

Tras este primer período de “luna de miel” se atiende a la paciente en un servicio de urgencias de un hospital por un intento autolítico de características manipulativas durante un permiso de fin de semana. Esta situación, provoca de nuevo dificultades de manejo con la familia que se trasladan inevitablemente a través de la relación de la misma con diferentes miembros del equipo, consiguiendo reproducir la ruptura entre “la parte buena” y “la parte mala” disolviendo el trabajo interdisciplinar.

Llegados a este punto se plantea una consulta al Comité de Ética, para valorar hasta que punto la suicidalidad crónica está dentro de la esfera de la autonomía de la paciente. Aunque formalmente se asume que se debe trabajar en esta línea, se plantean varias preguntas al Comité de Ética:

¿Consideran que la suicidalidad crónica es un motivo de ingreso indefinido en una Unidad de Larga Estancia en este caso?, ¿Y en otros? ¿En caso negativo, tenemos capacidad para denegar futuros ingresos con ese perfil?.

¿Si continúa mejorando con la externalización progresiva, podemos asumir el riesgo de suicidio frente a limitar los permisos y una previsible vuelta a la situación anterior de ingreso indefinido con el objetivo de cuidar que no se suicide en el centro?

¿Es ético mantener una situación que se cree yatrogénica por presión familiar y amenazas de denuncia ante un posible suicidio en un permiso?

### **Otros datos de interés.**

- Es perceptora de una pensión por invalidez que asciende a 130.000 pts./mes.
- Tiene alquilado un piso en el Centro de Madrid desde hace varios meses, donde comenzó a disfrutar de los permisos de fin de semana.
- Tiene la fantasía de irse a vivir con una paciente con la que tiene una relación muy cercana en un futuro a medio plazo.

Es decir, desde el punto de vista social y económico es independiente. Desde el punto de vista psicológico tiene habilidades sociales para desenvolverse de forma autónoma en este momento y le motiva la posibilidad de un alta llevándola a planificar su futuro.

### **DISCUSIÓN:**

#### **Implicaciones éticas**

Se trata de una paciente de 43 años que ha mantenido una vida autónoma pese a los trastornos de conducta derivados de su personalidad, que en un determinado momento fue diagnosticada de depresión severa. Aclarado que efectivamente el diagnóstico principal es el de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, tipo limítrofe (borderline), CIE – 10 (F60.31), se puede concluir que la enferma es autónoma en cuanto a su capacidad para decidir sobre el estilo de vida que prefiere seguir. De hecho, la elección expresada por la propia paciente parece ser el regreso a su casa.

Sin embargo, ante la indicación terapéutica de continuar con el proceso de externalización, aparece el inconveniente de la posibilidad de que la paciente se suicide o lo intente. La elección de vivir o no vivir en una persona autónoma pertenece al ámbito personal. Puede ser considerado como algo ético o no, pero es una decisión del sujeto autónomo. En este caso el equipo médico no debe cumplir una función policial, sino terapéutica, aunque se tomen todas las medidas de prevención que puedan ponerse en marcha. Por tanto, la posibilidad del suicidio no debe coartar la posibilidad de recuperación del individuo pues en ese caso se condicionaría el tratamiento al suicidio.

Ante la revisión del caso, parece que la indicación terapéutica más oportuna, según los propios profesionales del centro es el continuar con el proceso de externalización de la paciente. La actuación terapéutica alternativa (reclusión) se considera yatrogénica; de hecho se ha podido comprobar que la paciente ha mantenido su conducta autolítica incluso en ambientes restringidos y que a lo largo del proceso de externalización, que ya ha comenzado, se han producido cambios positivos en el sujeto.

Tomando todos estos datos, se puede concluir que, en este caso concreto, el riesgo de suicidio como posibilidad futura no debe interferir en la indicación terapéutica.

#### **Implicaciones clínicas**

Se decide incluir a la paciente de forma explícita en el proceso terapéutico mediante la firma de un contrato terapéutico donde se incluya el modo de proceder ante las diversas posibles conductas que aparezcan por parte del sujeto con mención concreta al riesgo que supone en cuanto a sus intentos autolíticos. En este contexto se promueve un cambio de ingreso involuntario a voluntario y se pide el consentimiento escrito de la enferma para que dicho consentimiento pueda ser conocido por sus familiares, principales detractores del proceso de externalización.

Se valoran alternativas terapéuticas que puedan acompañar el proceso de externalización ya que es muy probable que la paciente necesite un apoyo intenso y continuado a largo plazo

y éste debería asegurarse en la medida de las posibilidades reales. Se comienza a trabajar en paralelo a la externalización el enganche a un recurso alternativo (Centro de salud Mental y Centro de Rehabilitación Psicosocial que pueda ofrecer esa atención en un medio comunitario).

## CONCLUSIONES:

Este caso viene a mostrar la articulación de la ética en la psiquiatría clínica y cómo nuestra especialidad es una atalaya desde la que se tiene una privilegiada posición para reflexionar sobre la distinción sano-enfermo y la problemática de la autonomía del sujeto.

El planteamiento de la autonomía de nuestra paciente supone un giro en la intervención terapéutica que se plantea el equipo de Larga Estancia, después de años de tratamientos, pues el sujeto pasa de una posición pasiva (paternalismo, principio de beneficencia) a una posición activa, en la cual se la escucha.

La autonomía se concreta en este caso con el problema del consentimiento informado, con el ingreso involuntario y con la aceptación o rechazo de tratamientos y terapia por parte de su familia, ante la cual se habían tomado decisiones sin escuchar a la paciente. La principal conclusión a la que hemos llegado ha sido al desmoronamiento de la “presunción de incapacidad” y consecuentemente el cambio de un ingreso de involuntario a voluntario introduciendo un contrato terapéutico en el cual la paciente se involucra en su tratamiento.

La conducta suicida se considera dentro de la esfera de autonomía de la paciente, independientemente de que esta conducta sea considerada ética o no. De esta manera se abre la posibilidad a un enfoque terapéutico distinto (la externalización) que se había estado yugulando mientras el límite entre la enfermedad y la salud mental se basaba en la disfunción social de sus conductas (tentativas autolíticas), llegando a un ingreso indefinido e involuntario en una Unidad de Larga Estancia con el objetivo custodial de evitar un suicidio.

Posiblemente la dificultad que subyace en este caso, como en nuestra práctica habitual, es la conciliación de nuestros valores personales con los del sujeto que tratamos y la sociedad en la que vivimos. En este sentido, no deberíamos perder de vista que el objetivo de la psicoterapia consiste en el aumento de la **autonomía**, integración y adaptación del paciente sobre la base del autoconocimiento<sup>1</sup> y que el éxito de la misma consistiría en la capacidad de un paciente para desarrollar un sistema personal de valores, y actuar de acuerdo con él<sup>2</sup>.

Nuestro equipo terapéutico (y los anteriores con toda seguridad) ha sufrido múltiples vicisitudes en el trabajo con este caso. Pero, en nuestro caso, de alguna forma, nuestra paciente puede ser valorada como un emergente de las dificultades que plantea el trabajo con pacientes graves en la Unidad de Larga Estancia. La contratransferencia que se genera en los profesionales ante un paciente tan dañado, pone de manifiesto estilos personales de “apego” al paciente que son visibles desde dentro del equipo. Y éste, se tiene que manejar con las reacciones de sus integrantes ante la tolerancia al fracaso de nuestro trabajo (inevitable muchas veces desde la posición que ocupamos en la red asistencial), la autoestima profesional, la hostilidad ante el paciente, la evitación de la asistencia, las medidas de contención inadecuadas o la vinculación excesiva.

Si consideramos nuestro equipo terapéutico simbólicamente, se ha convertido en una alter familia, que está experimentando el proceso de separación-individuación de un trastorno límite de personalidad. Alter familia donde se ha confiado por su familia de origen (y el resto de la red asistencial) para que no se suicide. En este sentido, de acuerdo con el progresivo aumento de autonomía de la paciente en el proceso de externalización se pone en juego la flexibilidad del equipo para disminuir progresivamente el apoyo, realizando una adaptación

activa y tolerando su autonomía y la frustración de que fracase. Para que este proceso se produzca, el equipo debe intentar anticipar el fenómeno de splitting, en el que los integrantes del equipo proyecten en “la enferma” todas las partes no sanas de ellos mismos, o los terapeutas depositen entre sí las rivalidades profesionales o el estrés del trabajo vehiculizando a la paciente (o siendo vehículos de las identificaciones proyectivas de la paciente).

Siguiendo al Dr Guimon<sup>3</sup> en los momentos en que la tensión en el equipo terapéutico aumenta, los miembros del mismo necesitan a toda costa aparentar un perfecto entendimiento entre ellos, para presentarse como una "familia ideal", un continente en el que pudieran crecer los pacientes. Esa necesidad de los componentes del equipo terapéutico de simular que funcionan como una familia feliz, les lleva a mantener con firmeza, un ideal igualitario antiautoritario en el que todos los componentes del equipo son iguales, negando las obvias diferencias de formación profesional y de personalidad. En tales situaciones, no es infrecuente que tal pseudoigualitarismo tienda a expandirse también a los pacientes, a quienes teóricamente se les considera capaces de asumir sus responsabilidades, aunque en la práctica y en forma encubierta, el equipo terapéutico actúe como si los enfermos no fueran capaces de asumirlas. Se produce entonces lo que Sacks y Carpenter<sup>4</sup> han denominado "comunidad seudoterapéutica", que tiene mucho que ver con el concepto de Winnicott de "falso self".

La constitución de los equipos terapéuticos en estas unidades de pacientes gravemente afectados es una carrera de fondo que implica un coste personal importante en sus miembros y del que las instituciones deben ser conscientes. La capacidad de contener y elaborar los diferentes momentos que atraviesa el proceso terapéutico integrándolos en la personalidad de esta “familia sustitutiva del paciente” es la clave para que ellos puedan finalizar un proceso de cambio con éxito. En este sentido, la posibilidad de tener un espacio supervisado de manera externa al equipo es una de las posibilidades que apunta la literatura para aumentar la aceptación de las residencias y la tolerancia a la ambivalencia, y conseguir así equipos estables y motivados.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

<sup>1</sup> Sidney Bloch, Paul Chodoff, Stephen A. Green, *La ética en Psiquiatría*, Triacastela, Madrid, 2001, capítulo 11 “Aspectos éticos de las psicoterapias”, Jeremy Holmes, p.218-234.

<sup>2</sup> Max Rosenbaum (comp), *Ética y valores en psicoterapia*, Fondo de Cultura Económica, México, 1986, cap I: “Ética y psicoterapia. Perspectiva filosófica”, James F. Drane.

<sup>3</sup> Jose Guimon, *The Loving Therapeutic Team*. Advances in Relational Mental Health. 2002 NOV; 1 (3)

<sup>4</sup> Sacks, M. H. and W. T. Carpenter (1974). "The pseudo-therapeutic community: An examination of anti-therapeutic forces on psychiatric units." *Hospital and Community Psychiatry* 25: 315-318.