

Prevención del Suicidio a Través de la Comunicación

Una Lista de Control para Padres y Familias de Personas que Sufren Enfermedades Mentales para Asistir en la Comunicación con los prestadores de Tratamientos **

Creado por el Consejo de Oregon de Psiquiatría del niño y del adolescente y usado aquí con permision.

Propósito

Estadísticas Preliminares de Oregon indican que 701 personas murieron por suicidio en 2012. Esta cifra es 30% mayor a las muertes por accidentes automovilísticos, asesinatos y HIV/SIDA, combinadas. La tasa de suicidio de Oregon en 2011, 16.9 cada mil 100,000 personas, fue mucho mayor que la media nacional de 12.4. La tasa para hombres de Oregon entre en 20 y 24 años fue 29.3. Como comparación, la tasa de muerte por cáncer de mamas fue de 12.4 por 100,000 personas. El suicidio es la segunda causa de muerte en Oregon entre personas entre 15 y 34 años. Pero esto no se debe a falta de asistencia. A nivel nacional, 35% de las personas que decidieron quitarse la vida estaban siendo tratadas por enfermedades mentales en el momento de su muerte, y 45% de las víctimas tuvieron contacto con prestadores de asistencia médica primaria en los 30 días previos a quitarse la vida. (Shen & Millet, 2013; Luoma et. al. 2002)

La comunicación entre la familia de personas que buscan tratamiento por enfermedades mentales y prestadores de asistencia médica primaria y/o profesionales de salud mental, mejora la calidad de la atención que se les brinda a estas personas. Mientras que la confidencialidad es un componente fundamental en la relación terapéutica, no es incondicional, y la seguridad del paciente es más importante, en definitiva, que la obligación de confidencialidad. Una mala comprensión de algunos médicos sobre las limitaciones creadas por la HIPAA, FERPA, y las leyes del estado con respecto a la confidencialidad debida a los pacientes, ha causado problemas innecesarios relacionados a la revelación de información clínica relevante.

La comunicación entre la familia u otras personas cercanas y los prestadores de atención médica necesita ser reconocida como "mejor practica" y desviaciones de esta práctica deberían ocurrir solo en ocasiones especiales.

Para tratar esta falta de comunicación percibida, el Consejo de Oregon de Psiquiatría del Niño y del Adolescente publicó en 2012 una lista de control para los prestadores de Salud. Esta lista está diseñada para ayudar a la familia a tener acceso a información que podría ser esencial para preservar la vida de su ser querido.

Definiciones

Persona involucrada en el tratamiento – una persona que recibe atención por una enfermedad mental, que puede incluir un niño, un hermano/a, un padre, u otra persona que usted quiera incluir en los servicios de tratamiento, aquí abreviado como "persona"

Commented [GS1]:

Servicios de Tratamiento – puede incluir terapia ambulatoria, administración de medicamentos, grupos de soporte u otros tratamientos de soporte, hospitalización parcial, hospitalización, o programas de tratamiento terapéuticos residenciales.

Prestador – puede incluir prestador de asistencia médica primaria, médicos de sala de emergencia, psiquiatras, enfermeros/as, consejeros profesionales licenciados, u otros profesionales cualificados de salud mental.

Familia – puede incluir parientes biológicos de primer grado, familia adoptiva, padres de adopción temporal, esposo/a, u otros individuos que ocupan una posición similar para la persona involucrada en el tratamiento.

** Nota: Si el paciente es un menor en Oregon, los padres deben consultar ORS 109.650, 109.680 y ORS 109.675 [2] sobre cuando el prestador puede o debe revelar información del paciente a los padres. ORS 109.675 (2) establece explícitamente:

"Sin embargo, la persona que provee el tratamiento involucrará a los padres del menor antes de terminar el tratamiento a menos que los padres se nieguen o a menos de que haya evidencias clínicas claras de que no deba involucrarlos, lo cual será documentado en el registro del tratamiento."

Una Lista de Control para Padres y Familias de Personas que Sufren Enfermedades Mentales para Asistir en la Comunicación con los Prestadores de Tratamientos

Para todas las personas con problemas de salud mental, la familia debería solicitar lo siguiente:

- ¿El prestador solicitó que la persona firme una autorización para poder hablar con la familia? Si no, ¿por qué no? Si sí y la persona se negó, ¿el prestador explicó el valor terapéutico de poder hablar con la familia?
- ¿El prestador u otro profesional cualificado completó una evaluación integral de riesgo, incluyendo una entrevista personal con la persona, una revisión del historial clínico, y una solicitud de información de parte de la familia?
- ¿El prestador u otro profesional concluyó que la persona está a un elevado riesgo de suicidio?
- ¿El prestador revisó los registros de los prestadores de salud mental previos, y se comunicó con todos aquellos involucrados en el tratamiento y el cuidado de la persona (ejemplo: terapeuta, médico de familia, asistente social etc.)?
- Usted debería ofrecer dar historia adicional al prestador y decirle al prestador lo que usted ya sabe de la enfermedad del miembro de su familia y de la necesidad de tratamiento, especialmente cualquier episodio que haya sugerido el potencial de la persona de hacerse daño a sí mismo.

Cuando un elevado riesgo de suicidio es identificado en personas involucradas en un tratamiento, las familias tienen un imperioso interés de aprender lo siguiente:

- ¿Cuál es el diagnóstico y la recomendación de tratamiento? ¿Cómo puede la familia apoyar de la mejor manera las recomendaciones del prestador? ¿Dónde se puede aprender más sobre la enfermedad que ha sido diagnosticada?
- Según el prestador, ¿cuál es la evaluación de riesgo de suicidio en este caso? ¿Cuáles son los signos de alarma (no los factores de riesgo) de suicidio en la situación de esta persona? ¿Qué acciones debería tomar la familia si ve que estos signos ocurren, como por ejemplo llevar a la persona al hospital para una reevaluación? Usted podría solicitar ayuda al prestador para crear un plan para monitorear y asistir al miembro de la familia. ¿Qué factores de protección existen, y como estos puede ser extendidos y mejorados para esta persona?
- ¿Qué recursos existentes en la comunidad hay disponibles para ayudar a la familia y a la persona involucrada en el tratamiento, incluyendo recursos de asistencia social, de soporte para familia y amigos, y de mejoramiento de la salud mental en el hogar?
- ¿Qué tipo de cuidado se requiere? ¿Quién debería proveer ese cuidado? ¿Cómo puede la familia acceder a ese cuidado?
- ¿Qué puede hacer la familia para ayudar de la mejor manera posible a la persona involucrada en el tratamiento? ¿Qué debería no hacer la familia?
- Cuando la persona cambia de un nivel de cuidado a otro, o de un prestador a otro, ¿cómo será coordinada la provisión del cuidado? Usted podría solicitar, si lo desea, que el prestador le asegure que ya hay agendada una cita de seguimiento con una fecha y hora ya determinada y que, por lo tanto, el seguimiento está encaminado, que el nuevo prestador tenga completo conocimiento de la historia clínica y de las cuestiones/registros de riesgo, y que el prestador original confirme que el miembro de la familia ha asistido a la cita de seguimiento.

Cuando la persona está en la Universidad o en un ambiente similar, la familia podría preguntar al Decano de los Estudiantes:

- ¿Qué sistemas hay en la Universidad para apoyar a estudiantes que viven con enfermedades mentales y para evitar que se hagan daño a sí mismos? ¿Hay grupos de asesoramiento mutuo (peer counseling) para estudiantes con enfermedades mentales? ¿Los servicios de salud y de orientación están disponibles las 24 horas los 7 días a la semana? Si no, ¿cuáles son sus horarios? ¿Hay algún número telefónico para llamar en casos de emergencia?

- ¿Hay alguna oficina que pueda interceder con los instructores para alumnos que se sientan abrumados o muy estresados? ¿El uso de estos recursos puede poner en peligro las becas que el alumno pueda llegar a tener?

