

RECAS

Repertorio de Casos Sociales



Código de autoría

15.UHU.01.2011.CD

TÍTULO DEL TRABAJO

EXPLORACIÓN RIESGO DE SUICIDIO: UN DILEMA ÉTICO

RESUMEN

El caso plantea la confesión sobre intención de suicidio por parte de un estudiante de trabajo social a su tutora de prácticas externas curriculares. Aborda la magnitud de este problema y la necesidad de que los trabajadores sociales trabajen la prevención del suicidio. El formato de presentación es la transcripción de una entrevista de exploración del problema en el que se reconocen indicadores que determinan un alto riesgo de consumación del acto suicida. La enfermedad mental diagnosticada por el psiquiatra, a evolución de ésta, la edad del estudiante y el escaso deterioro del paciente son indicadores de alto riesgo de consumación. El plan elaborado, los medios a su alcance y el intento previo también confirman el alto riesgo. Fracasa la intervención para conseguir el aplazamiento de la decisión del potencial suicida y, además, cuando la trabajadora social solicita autorización para contactar con los familiares, el estudiante le exige confidencialidad sobre lo que ha planteado. El dilema ético que se plantea está definido a partir de la encrucijada que vive el profesional cuando tiene que decidir entre respetar la confidencialidad exigida o el levantamiento del secreto profesional para salvaguardar la vida del estudiante.

ABSTRACT

The case raises the confession of suicidal intent by a social work student to their curricular external practices tutor. It addresses the magnitude of this problem and the need for social workers to work on suicide prevention. The

presentation format is a transcript of an interview exploring the problem in recognizing the indicators that determine a high risk of suicide commitment. The mental illness diagnosed by the psychiatrist, the student's age and the scarce deterioration of the patient are indicators of high risk of suicide commitment. The scheme developed, the means at its disposal and the previous attempt also confirm the high risk. The intervention to get the postponement of the potential suicide victim's decision fails and, furthermore, when the social worker asks for permission to contact family members, the student demands confidentiality. The ethical dilemma that arises is defined from the crossroads the professional experiences when they have to decide between respecting the confidentiality required or the lifting of professional secrecy to safeguard the student's life.

PALABRAS CLAVE

Confidencialidad, riesgo suicidio, deontología, dilema ético.

KEYWORDS

Confidentiality, suicide risk, deontology, ethical dilemma.

DESARROLLO

1. Introducción a la temática del caso

Cada **40 segundos se suicida una persona** en el mundo y cada **4 segundos** una persona tiene una **tentativa fallida**, son datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En **España** los suicidios alcanzan casi **dos casos por día**. Nada es más revelador para destacar la magnitud de un problema que las cifras estadísticas, ellas rinden cuenta de la dimensión y alcance del problema. Cuando se aportan datos estadísticos sobre suicidio hay que advertir que las cifras presentan ciertas dificultades, los datos son siempre inferiores a los reales y por ello deben tomarse haciendo una estimación al alza. Las causas que dificultan un recuento fiable entre otras son: los prejuicios familiares y religiosos, la dificultad para reconocer algunos actos consumados de suicidio como tales (se confunden con accidentes o con una muerte natural) y, a nivel mundial las formas diferentes de registro en cada país hacen difícil precisar los datos.

Antes de aportar cifras y con la intención de ofrecer **un parámetro comparativo** presentamos la clasificación de las tasas de suicidio que ofrece la O.M.S. para comunidades. A partir del número de **suicidios por cada cien mil habitantes y años**, las tasas se clasifican de la siguiente forma:

- a) **Tasa Baja** se aplica en una incidencia inferior a 5 casos.
- b) **Tasa Media** cuando la frecuencia está entre 5 -15.

c) **Tasa Alta** cuando el número de casos está entre 15 - 30 casos o más.

La O.M.S ya en 2004 destacaba que la cifra de suicidios por año en el mundo está próxima al millón de personas y es superior a la suma de muertes por homicidios (500.000) y por guerras (360.000). Los intentos sin consumación son 10 veces más (8.600.000). Esta organización estima que en 2020 la cifra mundial alcanzará 1.500.000 suicidios al año. Cada día se efectúan **12.000 casos de tentativas suicidas** en el mundo.

En algunos países el segmento de población con más riesgo son los **jóvenes** comprendidos entre los **15 y 24 años**. La cifra de niños está comenzando a ser considerable también. En todo el mundo se ha incrementado el suicidio de jóvenes produciendo una alta mortalidad para este grupo de edad. Los mayores de 65 años que viven solos, varón, han perdido a su pareja, tienen una salud deterioradas y problemas económicos, también constituyen un grupo de riesgo en nuestro país. Las cifras de ingresos en unidades hospitalarias psiquiátricas por riesgo de suicidio es de un 40% sobre el total de ingresos.

La tasa media en España para 2004 es de 5,3. La provincia de Jaén tiene un índice de 8,8. Las mujeres son un 30% frente a los varones que son el 70%. En un estudio de la media de **suicidios masculinos** entre 1980 y 2004 la media de suicidios en Andalucía es la segunda más alta de España 14,4, superada por Asturias con un 16,6. Respecto a provincias en este estudio de tasa masculina, Málaga tiene la tasa más alta y Huelva la más baja. Pero en Jaén la comarca de la Sierra Sur es la tasa más alta de Andalucía, en especial el municipio de Alcalá la Real. En estudios de 2005 Andalucía encabeza la tasa nacional de suicidios.

El suicidio en nuestro país, en los últimos 45 años ha aumentado en **un 60%** y, según datos del Instituto Nacional de Estadística es desde 2008 la **primera causa de muerte externa**, por encima de los accidentes de tráfico. En las estadísticas globales de fallecimiento en España, esta forma de muerte no natural supone el **0,88%** y las muertes por accidentes de tráfico suponen **0,78%**. A esto hay que añadir que muchos de los suicidios son contabilizados como accidentes sin que realmente lo sean (se estima que entre el **5 y 7% de los accidentes de tráfico son suicidios**). Por ello los especialistas recomiendan medidas para actuar contra los suicidios, al igual que se hace para reducir la muerte por accidentes de tráfico. Desde 2009 se considera la **primera causa de muerte violenta** en España, supera a las muertes por actos delictivos y por terrorismo. En 2009 fallecieron por suicidio en nuestro país **3.650 persona**, de los que casi el **5% eran adolescentes** y el **3% eran jóvenes**.

En la actualidad la proporción suicidio hombre /mujer en España es de **3 hombres/1 mujer**. Los casos de parasuicidios son **50 veces más** que los suicidios consumados y las mujeres lo intentan más veces que los hombres, la proporción mujeres hombres es de **4 mujeres/1 hombre**. Los estudios relacionados con mujeres demuestran trastornos depresivos por las exigencias laborales y domésticas y, también, casos relacionados con la violencia conyugal. Las investigaciones

revelan que las féminas españolas han empeorado sus condiciones de vida por incorporar hábitos masculinos, sin que se hayan descargado de otras responsabilidades compartiendo tareas con su pareja. Por tanto, las condiciones de desigualdad, discriminación y dominación que sufren las mujeres son factores influyentes en el incremento de cifras de suicidio. Por ello, la pérdida de vidas de mujeres por muerte violenta no sólo obedece a los feminicidios, también hay que contar a las mujeres que se suicidan a causa del cansancio y la desesperanza que les produce la situación de violencia que vive con sus parejas

Los especialistas hablan de un gran abanico de causas sociales relacionados con el deseo de quitarse la vida. Los motivos que las personas tienen para suicidarse son muchos y variados y dentro de estos se encuentran las situaciones de crisis circunstanciales. Los cambios inesperados que afectan negativamente a la vida de las personas pueden generar situaciones de desajuste psicosocial y conducir a la persona al suicidio o al intento fallido del mismo. La pérdida del empleo, pérdida de la vivienda, abandono por parte de la pareja o el cónyuge, diagnóstico grave de una enfermedad, un embarazo no deseado, un compromiso matrimonial impuesto, la muerte de un ser querido, ser víctima de un delito, la sobrecarga por asumir el cuidados costoso de otros familiares con grado de dependencia, la violencia intrafamiliar en todas sus variante, son situaciones que un trabajador social encuentra en su actividad diaria y desde las que puede identificar el peligro y salvar vidas. Para acometer las responsabilidades en este sentido, debe saber detectar casos y valorar el riesgo de consumación de suicidio, en aquellos clientes que sufren un estado de desesperanza. El tema del suicidio no es ajeno al trabajo social, está presente en la actividad de cada día y por tanto tenemos responsabilidad sobre la cuestión. Banalizar o ignorar un gesto suicida es una negligencia profesional que, desde nuestro punto de vista, tiene mucho que ver con la Ética y la Deontología profesional.

Un claro ejemplo del buen resultado de la incorporación de medidas preventivas para reducir las tasas de suicidio es lo realizado por Instituciones Penitenciarias. En 2004 fueron 40 los casos de suicidios en las cárceles españolas, para reducir las cifras se puso en marcha un plan de choque (Protocolo de Prevención de Suicidio) consistente en formar a reclusos con ciertas cualidades (motivados, buen comportamiento, habilidades de comunicación...) para que sean apoyo de este plan. Su misión está en informar sobre que reclusos están en peligro y hacer el acompañamiento del potencial suicida compartiendo la celda hasta que se desactiva el protocolo de peligro. Este plan a reducido desde 2004 a 2008 el 50% de los suicidios en los centros penitenciarios españoles, de 40 casos se ha pasado a 19.

La alerta sobre el tema dirigida a todos los trabajadores sociales en ejercicio y el establecimiento de un protocolo podría reducir también las cifras a nivel del país. Con el caso que se presenta, queremos poner de relieve este mandato temático que sugieren los especialistas y llamar la atención sobre ello. Nuestra intención es acercar a la enseñanza y la práctica del trabajo social la prevención del riesgo de

suicidio. Aunque la variante de suicidio que se trata hoy, está relacionado con problemas de salud mental, no siempre es así. En ocasiones son las circunstancias graves de la vida son las que se cobran este alto precio. Estar atentos y saber gestionar estas ideaciones, son cuestiones de gran importancia en el desempeño profesional. La diferencia entre hacerlo o no está en perder una vida o salvarla.

Una regla de la ética profesional, a nuestro juicio importante, está en el compromiso permanente con la formación, y en dar respuestas adecuadas a las nuevas necesidades y problemas sociales. Así es señalado en el Código Deontológico en el Capítulo VII: La Práctica Profesional.

Artículo 44.- El diplomado en trabajo social/asistente social está obligado a dominar la práctica profesional y a mejorarla a través de la formación permanente y la evaluación continua de su trabajo.

Artículo 45.- Los diplomados en trabajo social/asistentes sociales tienen la obligación de contribuir al desarrollo de su profesión con el fin de responder adecuadamente a las nuevas necesidades sociales

2. Sistema de servicio y tipo de servicio en el que se aborda el caso.

La relación de ayuda no se establece desde una situación normalizada entre cliente y profesional, es algo más complicado porque se trata de una relación educador-educando enmarcada en un proceso de aprendizaje relativo al desempeño de la profesión de trabajador social. Las reglas éticas y deontológicas que marcan el contexto se corresponden con las de índole profesional y ambos actores mantienen posición axiológica respecto de la ética y más concretamente, del su capítulo de mínimos, la deontología profesional.

3. El caso relatado.

En el curso académico 2009/10, Álvaro es un estudiante universitario de 22 años, cursa tercero de la Diplomatura de Trabajo Social en la Facultad de Estudios Sociales y del Trabajo en la UMA y está realizando sus prácticas en un Centro de Salud de la ciudad de Málaga. Es un estudiante con buen rendimiento en lo académico. Los tres años de la carrera ha permanecido con residencia en la ciudad de Málaga, durante los dos primeros, en un piso compartido con otros universitarios y, el último curso, no convive con nadie. Está sólo y algún fin de semana se desplaza a Córdoba al domicilio familiar, a ver a su madre y hermanos. Los hechos transcurren entre principios de abril y las vacaciones de verano.

La trabajadora social que lo tutoriza desde el Centro de Salud observa que Álvaro se encuentra algo raro, tiene dificultades para ocuparse de pequeñas tareas, parece estar ensimismado y se ausenta del centro con cierta frecuencia. Sus faltas de algunos días no las excusa o justifica. Un sábado se personó en el centro, se había confundido, pensaba que era viernes (el personal de limpieza se lo comento a la trabajadora social). La TS preocupada preguntó a Susana, su compañera (otra

estudiante en prácticas de trabajo social) sobre estos cambios que había observado en Álvaro. Susana le confirma haber notado algo raro y no saber que le sucede, parece muy triste, tengo dificultad para comunicarme con él. Ambas acuerdan que lo abordarán de manera independiente y le mostrarán la preocupación por su estado, intentarán que se comunique y, si pueden, ayudarle de alguna manera.

No hizo falta que el propósito de ambas se ejecutara porque un día de mediados de abril, Álvaro, se dirige a su tutora de prácticas y le pide hablar con ella. Ella tras observar en su rostro la profunda tristeza de Álvaro, realiza una llamada a mostrador para que comunicaran telefónicamente a los usuarios citados un aplazamiento de una hora y media en las citas de esa mañana. Tomadas las precauciones se puso a disposición de Álvaro.

_ **T.S:** *Cuéntame ¿qué te sucede ?* (provoca un silencio que se mantiene unos 20 segundos)

_ **Álvaro:** *Llevo mucho tiempo sufriendo una auténtica tempestad interna y estoy muy cansado, **no puedo más**. Desde hace un par de años estoy diagnosticado de una enfermedad mental, esquizofrenia, y el sufrimiento que me produce **me tiene muy cansado**... Ya en mi familia hemos sufrido problemas mentales con mi padre, el también tuvo la misma enfermedad y durante mucho tiempo, mi madre se ocupó de él y...de todo lo demás. Con la muerte de mi padre empezamos a respirar un poco,... empezamos a ser una familia más normal pero... un año más tarde, empecé a tener estos problemas...y es como empezar de nuevo... **Vivir así no es vivir, me pesa hacerlo...no pudo más**...(En el texto están señaladas en negrilla los gestos verbales que pueden presentar una intención suicidas)*

_ **TS:** *Álvaro ¿Cómo fue la muerte de tu padre, qué le sucedió?** (La TS al preguntar utiliza las mismas palabras de Álvaro al referirse a lo sucedido con su padre. Siempre que el cliente habla de algo grave conviene preguntar con la técnica narrativa de parafrasear. No se deben cambiar las palabras que el cliente utiliza)

_ **Álvaro:** *Un día, se quitó la vida, estaba en una de sus crisis, él sufría y nos hacía sufrir mucho a todos. Estaba muy deteriorado. Mi madre, al levantarse por la mañana lo encontró en el garaje de nuestra casa, había conectado un tubo desde el escape a la ventanilla del coche. He visto todo eso... y **no quiero seguir... no tengo fuerzas para ello**. (Nueva mente están señalados con negrilla y cursiva los gestos potencialmente suicidas que justifican la necesidad de explorar el problema)*

_ **TS:** *Álvaro cuando me has dicho que “...**no puedo más... no quiero seguir, no tengo fuerzas para ello**...” ¿En que estabas pensando? **(La TS ha ido recogiendo evidencias sobre posibles ideaciones suicidas. Sabe que no todo el que emite señales suicidas lo hace, pero la persona que lo hace ha emitido señales previas al círculo de personas próximas. No debe pasar por alto la comprobación de estas posibles ideaciones. En el caso del Álvaro son gestos, en otros puede comunicarse con más claridad “*me voy a quitar la vida*” por ejemplo)

_ **Álvaro:** *Quiero abandonar, dejar todo...* (La respuesta no aterriza en lo que se pregunta, no contesta)

_ **TS:** *Insisto Álvaro ¿qué piensas cuando me dices "... quiero abandonar, dejar todo...?"**(La TS insiste para recoger una evidencia más firme de ideación, pero Álvaro mantiene el gesto poco definido y no avanza información más precisa sobre la intención que tiene)

_ **Álvaro:** *No se...quiero dejar esto ya...no merece la pena.* *(Álvaro no quiere contestar, TS debe insistir en la pregunta, para provocar una respuesta, más contundente, tendrá que preguntar de una forma más directa)

_ **TS:** *Álvaro ¿Estas pensando entonces en quitarte la vida?*

_ **Álvaro:** *Sí, es eso lo que quiero hacer.**(Su respuesta es clara, en cuanto a la intención, y es calmada, parece sentir alivio de haberlo confesado. La TS se preocupa ante la calma, puede ser una señal de peligro, en la dinámica del suicidio en la primera fase se da un sentimiento ambivalente de querer vivir y morir a la vez, después viene la fase de ambigüedad y al final la calma porque la decisión está tomada. Por tanto su tranquilidad al contarle da indicios de que ha convivido un cierto tiempo con la idea de suicidio, está conciliado con ella y puede que su decisión esté tomada realmente. Es claramente una señal de más riesgo)

_ **TS:** *Álvaro ¿has intentado alguna vez ejecutar el acto suicida?** (La TS comienza su exploración del riesgo de suicidio con las siguientes variables: **plan, medios, intentos previos**. Tiene un dato muy revelador, está **diagnosticado de enfermedad mental** y esto **multiplica por cinco el riesgo** en cualquier caso de intención suicida. Está en un momento crítico de su enfermedad, es un caso tipificado de riesgo, dos años de evolución, escaso deterioro personal y es una persona joven)

_ **Álvaro:** *En una ocasión hace unos ocho meses...creo, en mayo del curso pasado, lo intenté, no sé si quería o no hacerlo...estaba algo más confuso que ahora...*

_ **TS:** *¿Cómo fue aquel intento?*

_ **Álvaro:** *Tenía una relación con una compañera de clase, ella no sabía lo de mi enfermedad. Cuando empecé a ponerme mal, ella me preguntó y... se lo conté. Intentamos continuar, ella en un principio me apoyo pero... cuando las cosas estuvieron peor... decidió que lo nuestro tenía que terminar. La entendí... Pero...me di cuenta de lo difícil que sería mi vida con este problema, la cantidad de cosas normales que nunca llegaría a tener y...fue entonces cuando... decidí que era mejor terminar con todo...antes de llegar a un estado de empeoramiento...Le dije que sin ella no podía vivir... que la entendía..., pero que no me dejara...que esperara un poco...sentía que no podía soportar eso también...Gloria se mostró firme, no retrocedió. Fui a casa y me tome una cantidad importante de mis fármacos...me metí en mi habitación y me acosté. Pero Gloria alertó a mis compañeros de piso de lo que le había dicho...ellos entraron en la habitación y al ver que no despertaba y que tenía, en la mesita de noche. un bote de pastillas vacío, llamaron a urgencias y me hicieron un lavado de estómago. Desde el*

*Hospital “Carlos Haya” avisaron a mi madre y me regresé a casa...Ella y mis hermanos me reprocharon lo que hice...me dijeron que no querían perderme... pero yo no tenía ganas de vivir. *(La TS ha recogido evidencias de ese intento para ver si es una situación preparada para salvarse o para conseguir la consumación. Por lo contado, la intención comunicada a su pareja, el frasco de fármacos visible a sus compañeros y el hecho de que sus compañeros tenían que regresar a la casa, indica que su intención de conseguirlo no era muy certera. Parece más, una petición de ayuda o un chantaje emocional que una tentativa fallida. De todas formas cualquier intento previo, aumenta las posibilidades de un nuevo intento y a más intentos, mayor es la posibilidad de consumación. En varones tras pocos intentos se consume, en mujeres, es mayor el número de intentos antes de consumarlo. La respuesta familiar ante la situación fue positiva, devolvieron afecto y manifestaron que no querían perderle)*

_TS: Álvaro ¿tienes pensada la forma de hacerlo esta vez?

_Álvaro: Volveré a utilizar el mismo método. Tengo medicamentos suficientes para una dosis letal. Esta vez me apartaré de la gente, me iré a un lugar solitario y escondido que ya tengo elegido. Es muy improbable que me encuentren antes de que esté muerto durante algún tiempo.

*_TS: *(El plan ésta diseñado, lo que significa que se lo ha pensado y parece tener controlado lo de no ser descubierto, no dice dónde lo hará, mantiene sus precauciones para ello. También tiene los medios en su poder, el mismo se administra el fármaco (no es lo adecuado en estos casos) y parece tener claro cuál es la dosis letal y la tiene a su disposición. El peligro de consumación es alto, por tener los medios a su alcance. Se suman los siguientes indicadores de riesgo: **Intento previo** que supone familiaridad con la idea suicida y haber superado el temor que produce la idea en los inicios + **un plan pensado** para no fracasar + posee los **medios para hacerlo** + su **enfermedad** incrementa el **riesgo multiplicando por cinco. Su caso es de muy alto riesgo de consumación.** La elaboración del plan es un indicador importante, a mayor elaboración más riesgo.)*

Cumplida la fase de exploración, la trabajadora social se dispone a desarrollar la intervención para lograr el aplazamiento de la drástica decisión de Álvaro.

_TS: Álvaro, en estos momentos no vez salida y por ello estas pensado en la posibilidad de quitarte la vida, pero si acudes a tu psiquiatra, explicas como te encuentras, él reconocerá la crisis de tu enfermedad y con la modificación del tratamiento mejorarás. Por qué no esperas al efecto del tratamiento y si tras la mejoría, sigues viendo todo como ahora, entonces también lo podrás hacer. (En los casos de riesgo de suicidio no se debe moralizar, juzgar o sermonear sobre la intención, lo que se debe hacer es trabajar un aplazamiento que no es otra cosa que posponer la decisión. Después de un tiempo la persona mejora y desestima la idea. Esta medida, la retirada de los medios y mantener vigilada a la persona pueden evitar la muerte por suicidio. En los casos de enfermedad mental, es más difícil conseguirlo)*

_ Álvaro: Sé lo que me espera con esta enfermedad...lo he visto con mi padre y no quiero pasar por ello. He vivido siempre con el temor de heredar la enfermedad de mi padre y me ha sucedido. Mi vida es mía y si la mantengo o no...es asunto muy.

*_ TS: Ahora no ves las cosas con la distancia que requiere tomar una decisión de este tipo, con tu enfermedad acuestas, habrás vivido momentos malos y momentos bueno. Por qué no esperas a estar mejor y tomarás la decisión con más criterio. Es un paso irreversible, estarás más seguro de lo que realmente quieres, si espera a tu mejoría. *(TS vuelve a intentar el aplazamiento)*

_ Álvaro: Esta decidido, no voy a cambiar, me siento libre cuando pienso en quitarme la vida y condenado cuando pienso en vivirla. No tengo nada que pensar...

*_ TS: No crees que estés viendo tu futuro bajo el prisma de la vida de tu padre. Todas las personas no siguen el mismo proceso de enfermedad. Algunas personas con esta enfermedad mantienen una vida normalizada, conservan su trabajo, su familia...aprenden a preconizar las crisis y, antes de caer en ellas, piden la ayuda médica que evita la descompensación. Las familias también pueden prepararse para responder anticipadamente a estas crisis. Conozco a profesores y a pintores con este problema que han conseguido dominar la enfermedad en vez de ser dominados por ella. Una noche de sueño ligero es para ellos una señal de alerta y al otro día acuden al psiquiatra. El profesor John Forbes Nash de la Universidad de Princeton fue premio Nobel de Economía y aun hoy sigue impartiendo sus clases, tiene la misma enfermedad que tu. Recuerdas la película de Una mente maravillosa, está basada en su biografía. Ni tú ni yo sabemos que pasará en tu caso, por qué no me concedes el beneficio de la duda y esperas a comprobar que sucede. *(Tercer intento de aplazamiento por parte de la trabajadora social)*

El nulo resultado obtenido hace que la trabajadora social intente otra estrategia en su intervención y pide la autorización para romper la confidencialidad.

*_ TS: Puedes darme el teléfono de tu familia, creo necesario hablar con ellos. *(En estos casos el cliente no va a autorizar el levantamiento del secreto y es totalmente probable que lo rechace, aunque la confesión de sus pensamientos y los gestos comunicativos, en realidad son una solicitud de ayuda)*

_ Álvaro: No, no quiero que hables con mi familia ni con nadie, esto forma parte del secreto profesional y no puedes contarlo... (Muestra enojo). Te lo he contado para que me escuches, pero no quiero que me ayudes,... de todas formas te lo agradezco... Además en la Facultad nos han contado que existe un código de ética para las escuelas de trabajo social y ese también obliga a respetar la confidencialidad sobre lo conocido dentro de la relación docente y discente. Yo sé lo que tengo que hacer con mi vida..., es mía y puedo hacer lo que quiera con ella... Nadie me puede obligar a vivir una vida que no deseo. Te prohíbo que saques esta información fuera...

_TS: Efectivamente es tu vida y tú la controlas, no pretendo hacerlo por ti, lo que me preocupa es que tomes la decisión en las mejores condiciones. Es lo único que pretendo, se que tú en condiciones adecuadas, darás con la solución acertada. ¿No crees que estés pensando desde la enfermedad y no desde la salud? ¿Por qué dejas que la enfermedad controle esta decisión irreversible?

_Álvaro: Tengo todo muy claro,... está decidido.

_TS: No me has contestado, pero lo importante no es que me contestes a mí, sino que te des contestación tú, a las preguntas que te he formulado.

Legado este punto la T.S. se coloca ante un dilema:

1ª OPCIÓN

_TS: Tengo claro que no se trata de una decisión libre ya que se toma desde la enfermedad y no desde la salud. Pero, tras la negativa de Álvaro ante mi propuesta de hablar con su familia, he quedado sin mecanismos para proteger su vida, no puede mantener la vigilancia prolongada (no puede delegar en un familiar), no puedo solicitar el internamiento hospitalario involuntario ante un juez (se necesita la intervención de un familiar). Tampoco puede retirar los medios de que dispone para consumar el suicidio. No puedo hacer nada más.

2ª OPCIÓN

_TS: Decido romper la confidencialidad, comunica a la Facultad lo sucedido. Pido contacto la familia para poder comunicar lo que sucede. El centro se pone en contacto con la familia y le advierte sobre lo que le está pasando a su hijo. La TS lo mantiene vigilado hasta la llegada del relevo familiar. Se tramita el ingreso involuntario para preservar la vida durante la crisis de Álvaro.

Tras la deliberación se produce una toma de decisiones en la que la trabajadora social decide seguir la primera opción y mantiene el secreto solicitado por Álvaro y como todas las decisiones tienen sus consecuencias, después de las vacaciones de verano, al regresar a la Facultad se recibe la noticia del suicidio de Álvaro. Al mantener contacto con su familia, para manifestar las condolencias desde el Centro, se supo que su familia se lo llevó a casa y a pesar de que mantuvieron una vigilancia extrema, en un momento en el que se redujo la alerta, porque Álvaro parecía estar mejor, consumó el suicidio. Cuando su familia lo descubrió ya estaba muerto.

4. Referentes éticos, deontológicos y legales para el análisis del caso

A)REFERENTES ÉTICOS

Es responsabilidad de las asociaciones miembros de la FITS desarrollar y actualizar regularmente los códigos de ética o directrices éticas, consecuentes con esta declaración de la FITS. Los artículos de la declaración relacionados con el tema de trabajo son:

1. Se espera que los trabajadores sociales **desarrollen y mantengan las técnicas y competencias** necesarias para desarrollar su trabajo.
4. Los trabajadores sociales deben actuar con los/as usuarios/as de sus servicios con empatía y atención.
7. Los trabajadores sociales deben **mantener la confidencialidad de la información de los usuarios**. Las excepciones solo estarán justificadas por requerimientos éticos mayores (**como preservar la vida**)
8. Los trabajadores sociales tienen que reconocer la responsabilidad de sus acciones ante sus clientes, las personas con las que trabajan, sus colegas, sus empleadores, las organizaciones profesionales y ante la ley, y que estas responsabilidades pueden ser conflictivas.
11. Los trabajadores sociales deben estar preparados para explicar sus decisiones basadas en consideraciones éticas, y ser responsables de sus elecciones y acciones.

B) EL CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE TRABAJADORES SOCIALES

CAPÍTULO II. PRINCIPIOS GENERALES DE LA PROFESIÓN

Artículo 11.- Los trabajadores sociales deben tener en cuenta los principios de derecho a la **intimidad, confidencialidad y uso responsable de la información en su trabajo profesional**. Los trabajadores sociales respetan la confidencialidad justificada, aun en los casos en que la legislación de su país esté en conflicto con este derecho.

Artículo 12.- Los trabajadores sociales deben trabajar en **estrecha colaboración con los clientes y usuarios**, en interés de los mismos, prestando el debido respeto a los intereses de las demás personas involucradas. Se debe motivar a los clientes y usuarios a **que participen lo más posible y deben ser informados de los riesgos y posibles ventajas de las propuestas de actuación que se les ofrezcan**.

CAPÍTULO III. RELACIÓN DEL DIPLOMADO EN TRABAJO SOCIAL/ASISTENTE SOCIAL CON LOS USUARIOS/CLIENTES

Artículo 17.- El diplomado en trabajo social/asistente social debe respetar las **opiniones, criterios y decisiones que el usuario/cliente tome sobre su propia existencia**, aunque no los comparta.

Artículo 21.- El diplomado en trabajo social/asistente social debe hacer un **uso responsable de la información relativa al usuario**, siendo respetuoso en la **obtención de la misma, justificando su necesidad y solicitando su consentimiento para utilizarla sólo a efectos de una intervención coordinada y efectiva**.

CAPÍTULO VI. SECRETO PROFESIONAL

Artículo 35.- El **secreto profesional es un derecho y un deber del diplomado en**

trabajo social/asistente social; derecho y deber que permanecen incluso después de haber cesado la prestación de los servicios profesionales.

Artículo 40.- *No se vulnera el secreto profesional en los siguientes supuestos:*

c) Si con el mantenimiento del secreto profesional se produjera un perjuicio al propio usuario/cliente, por causa de su incapacidad física o psíquica, o se dañaran los intereses de terceros declarados incapaces o no.

CAPÍTULO VII. DE LA PRÁCTICA DE LA PROFESIÓN

Artículo 42.- *El ejercicio de la profesión del diplomado en trabajo social/asistente social debe basarse siempre en los fundamentos científicos y éticos del trabajo social.*

El ordenamiento jurídico (Código Penal 1995) regula de manera relevante el secreto profesional y dispone lo siguiente:

- *El que revelase secretos ajenos de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o relaciones laborales, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses.*
- *El profesional que con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otras personas será castigado con pena de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación para dicha profesión por tiempo de dos a seis años.*

5. Referencias bibliográficas

AJA, L. (2007) El suicidio y los factores e indicadores de riesgo. En Congreso Latinoamericano de Educación. Bogotá.

http://www.buscandoanimo.org/Descargas/06_factores_riesgo.pdf (consultado 11/6/20011)

BAADER, T y col. (2011) Algunas consideraciones sobre el suicidio. Rev. Med. Clin. CONDES Vol. 22 (3) 303-309

http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_22_3/303-309-dr-baader.pdf

(consultado 11/5/2011)

BALLESTERO, A. (2009) Dilemas éticos en trabajo social: El modelo de la ley social. Portularia. Vol. IX, Núm.2, pp. 123-131.

BEDREGAL, P. (2010). Reflexiones en torno a las emociones en la toma de decisiones éticas en medicina. Revista Chilena de Neuropsicología.5(1) 21-30.

BEDOYA, A y col. (2009) Incidencia del suicidio en las prisiones catalanas: análisis descriptivo y comparativo. Rev Esp Sanid Penit. 11:37-41.

BROOKE, E. (1976). *De Suicide*. Ed. OMS. Ginebra.

Código Deontológico aprobado por la Asamblea General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales en su sesión extraordinaria de 29 de mayo de 1999.

CHÁVEZ HERNÁNDEZ, A. y col. (2008) Modelo socioeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud Mental* 31:197-203.

Documento no publicado y elaborado por la Comisión de confidencialidad y secreto profesional del Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y AA.SS. de Cataluña. La confidencialidad y el secreto profesional

ECHEBURUA, E. (2002) El secreto profesional de la práctica de la psicología clínica y forense: alcance y límites de la confidencialidad. *Análisis y Modificación de Conducta*. V.28, N° 120:485-501.

GARCIA L. y PERALTA,V.(2002) Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales* Vol.25.Suplemento 3. 87-97

GUIBERT, W. (2001) Factores epidemiológicos y psicosociales que inciden en los intentos de suicidio. *Rev. Cubana Med Gen Integr* 17(2) 155-63.

HIRSCH, A.(2004) Utopía y Universidad. La enseñanza de la ética profesional. *Reencuentro*, Diciembre Núm. 041.Universidad Autónoma Metropolitana. México.

MARTÍNEZ, H.Evaluación del riesgo de suicidio. *Hojas Clínicas de Salud Mental*. Vol. 5.35-38

http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/electiva_s/psicofarmacologia/material/evaluacion_riesgo_suicidio.pdf (consultado 20/5/2011)

MORATA, I.J. (2000) Análisis de dilemas éticos en atención primaria. *Medicina de Familia*.1:81-93.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

<http://www.who.int/topics/suicide/es> (consultada el 10/2/ 2011)

OMS .*Prevención del suicidio. Instrucciones para profesionales de los medios de comunicación.*

http://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf (consultado el 10/2/ 2011)

SARNOFF, SUSAN MSW, DSW, Assistant Professor, Ohio University, Department of Social Work, Morton Hall 522, Athens, *SOCIAL WORKERS AND THE WITNESS ROLE: ETHICS, LAWS, AND ROLES.*

Revistas especializadas sobre ética y trabajo social

- *Journal of Social Work: Values and Ethics.*

<http://www.socialworker.com/jswve/> (consultada el 20/10/ 2010)

- *Oxford Journal. The British Journal Social Work*

<http://bjsw.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/38/6/1238> (consultado 20/10/ 2010)

- *Social Work Code of Ethits*

<http://topics.vlex.com/tags/social-work-code-of-ethics-1199152> (consultado 20/10/2010).