

IDEACIÓN AUTOLÍTICA AL FINAL DE LA VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PALIATIVOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Jorge Maté*, Jesús González-Barboteo**, María Ibáñez-Solaz***, Koldo Martínez-Urionabarenetxea****, Joaquim T. Limonero***** y Albert Tuca**.

* Unidad de Psico-Oncología. Hospital Duran i Reynals. Institut Català d' Oncologia. Grupo de Investigación en Estrés y Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona.

** Servicio de Cuidados Paliativos. Hospital Duran i Reynals. Institut Català d' Oncologia.

*** Audiencia Provincial de Valencia.

**** Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Navarra.

***** Grupo de Investigación en Estrés y Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona.

Resumen

La enfermedad oncológica avanzada produce en los enfermos una serie de síntomas frecuentemente invalidantes y molestos que pueden provocar gran malestar psicológico tanto en el paciente como en la familia. En este contexto, incluso a pesar de un aceptable control sintomático, los pacientes pueden presentar ideación autolítica. Esta situación es de gran complejidad y de difícil manejo tanto para la familia como para el equipo sanitario asistencial, donde cuestiones éticas, morales, espirituales-religiosas y legales confluyen. Los aspectos referidos pueden ser complementarios pero otros no, pudiendo, de esta manera, quebrantar el principio de autonomía del paciente en la medida que los deseos personales del mismo pueden comprometer el plan de actuación del equipo sanitario que le atiende. En este artículo, se expone la experiencia vivida en nuestro servicio ante un paciente con ideas francas de suicidio y las actuaciones que se llevaron a cabo, así como las reflexiones que esta situación generó. Finalmente, se proponen algunas recomendaciones consensuadas con juristas y expertos en Bioética.

Palabras clave: Suicidio, depresión, desesperanza, cuidados paliativos, neoplasia, ética.

Abstract

The development of the illness in oncology patients produces a series of uncomfortable and frequently annoying symptoms that can cause significant psychological distress in both patients and their relatives. Under these circumstances, the patients can experience autolytic ideation, even when acceptable symptomatic controls are in place. This situation is of great complexity and of difficult handling both for the family and for the medical care team as they have to deal with various ethical, moral, spiritual and legal questions. These aspects can be complementary to existing ones, but others will not be. This situation can conflict with the principle of autonomy of the patient, in the sense that his/her personal desires may compromise or even jeopardize the action plan of the medical team that looks after the patient. In this clinical note, we share the experience lived in our service regarding a patient with the idea of committing suicide and the actions that were carried out. Finally, some recommendations agreed with lawyers and experts in Bioethics are suggested.

Key words: Suicide, depression, hopelessness, palliative care, neoplasm, ethics.

Correspondencia:

Jorge Maté

Unidad de Psico-Oncología. Institut Català D' Oncologia

Avinguda Gran Via de L'Hospitalet, 199-203. 08907, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona

E-mail: jmate@iconcologia.net

INTRODUCCIÓN

La palabra suicidio proviene de las expresiones latinas *sui caedere*, que significa matarse a sí mismo. El *acto suicida*, es definido por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) como toda acción por la que una persona se causa daño a sí mismo, con independencia del grado de intención letal y de que conozcamos o no los verdaderos motivos⁽¹⁾. Así mismo, por ideación suicida, se entiende la presencia de deseos, pensamientos, intenciones y planes para cometer un acto suicida.

El suicidio es una de las tres principales causas de mortalidad en todo el mundo y provoca más de un millón de fallecimientos cada año. En el 90% de estos casos la persona sufría algún tipo de enfermedad mental⁽²⁾. Según la OMS, cerca 10,2 millones de personas en todo el mundo realizan algún tipo de conducta autolítica que requiere atención médica, y cerca de 30 millones estarían en riesgo de tener este tipo de conductas⁽³⁾.

En nuestro país, se producen cada año más de 2.500 intentos de actos suicidas, consumándose un 90% de los mismos y representando una tasa de 11,99 por 100.000 habitantes, tasa que se cuadruplica en personas de edad avanzada⁽⁴⁾.

La enfermedad oncológica avanzada genera en los enfermos una serie de síntomas frecuentemente invalidantes y molestos que pueden provocar gran malestar psicológico tanto al paciente como a su familia. En este contexto, incluso a pesar de la presencia de un aceptable control sintomático, algunos pacientes pueden experimentar ideación autolítica, estimándose este porcentaje entre un 8-10% de los pacientes en situación terminal⁽⁵⁾.

No obstante, los datos sobre la incidencia de suicidio en pacientes oncológicos son discrepantes y varían según los estudios consultados en la literatura así como la metodología empleada en los mismos, abarcando desde una incidencia igual a la de la población general hasta una incidencia de dos a diez veces mayor^(6,7). Esta situación es de gran complejidad y de difícil manejo tanto para la familia como para el equipo sanitario asistencial, donde cuestiones éticas, morales, espirituales-religiosas y legales confluyen. Estas cuestiones complementarias o no, pueden quebrantar el Principio de Autonomía del paciente en la medida que los deseos personales del mismo pueden comprometer el plan de actuación del equipo sanitario que le atiende.

En el presente trabajo se describe el caso de un enfermo de cáncer en fase terminal que presenta ideación suicida. Se expone la actuación profesional realizada y las reflexiones prácticas, legales y éticas que este caso ha generado.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Varón de 56 años, diagnosticado en el año 2004 de un tumor de vías biliares, en progresión con diseminación peritoneal, que ha recibido previamente quimioterapia en otro centro. Ingresa en el Servicio de Cuidados Paliativos procedente de Urgencias por dolor epigástrico, náuseas y vómitos. Quince días antes del ingreso estaba siendo tratado por su médico de cabecera con fentanilo transdérmico y paracetamol por su dolor.

Al ingreso en la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP), el paciente presenta deterioro del estado general con mal control del dolor abdominal de características viscerales estadio III, según el sistema de clasificación pronóstica del dolor oncológico de *Edmonton Staging*

System (ESS)⁽⁸⁾, (escala numérica verbal (ENV) basal 3/10 con crisis 6/10), síndrome tóxico severo (astenia ENV: 8/10 y anorexia ENV: 7/10), intolerancia alimentaria con náuseas y vómitos, estreñimiento pertinaz, xerostomía severa e insomnio de mantenimiento por dolor. Manifiesta ánimo deprimido (ENV: 8/10) con deseos de muerte e ideas autolíticas y niega ansiedad.

En la exploración física, el paciente se encuentra consciente y orientado en tiempo, espacio y persona. Presenta sequedad de piel y mucosas, ictericia mucocutánea. Eupneico, con auscultación cardiopulmonar dentro de la normalidad. A nivel abdominal, se palpa masa pétreo en epigastrio. Presencia de drenaje biliar interno-externo, con correcto funcionamiento.

El paciente está informado del diagnóstico y de su pronóstico. Es soltero, vive solo y es el quinto de seis hermanos con los que mantiene una relación cordial pero distante. No existe un claro cuidador principal, aunque es supervisado por todos los hermanos.

Se considera como sospecha clínica inicial la existencia de una oclusión intestinal alta, dolor abdominal visceral estadio III (ESS) de origen tumoral, síndrome constitucional severo y síndrome depresivo. Se propone como plan terapéutico a realizar: 1) analítica general, 2) tránsito gastroduodenal, 3) sueroterapia, 4) antieméticos, 5) enjuagues de manzanilla, 6) laxantes, 7) fentanilo endovenoso, 8) alprazolam nocturno, 9) solicitar interconsulta a Psico-Oncología (PSO) y Trabajo Social (TS).

En una primera valoración psicológica el paciente presenta criterios para un episodio depresivo mayor sin síntomas psicóticos, que se inicia al comienzo del deterioro del estado general. Este estado depresivo cursa con marcada anhedonia modulada por la

astenia severa que presenta, tendencia al aislamiento social, percepción intensa de amenaza vital que se glosa con la frase *"esto se acaba pronto"*, rumiación de pensamientos (habitual y no sólo por la enfermedad), pérdida del sentido de la vida, desesperanza e ideaación de muerte que el paciente justifica por sus *"inaceptables condiciones físicas y ausencia de futuro"*. Asimismo presenta ideaación autolítica recurrente con plan específico (*"muerte dulce"*) y sin crítica alguna, aunque sí refirió que *"durante el ingreso en el hospital no me quitaré la vida"*. No se observaron alteraciones del pensamiento ni de la sensopercepción. Por todo ello, el equipo inicia el tratamiento con un antidepresivo (ISRS) y realiza una petición de valoración por el Servicio de Psiquiatría.

En una segunda visita por PSO (día 2 del ingreso), se vuelven a constatar signos depresivos mayores tributarios de un trastorno depresivo mayor atendiendo a los criterios de Endicott⁽⁹⁻¹¹⁾ entre los que destacan: 1) humor depresivo todo el día de varios meses de evolución, 2) anhedonia importante, 3) apariencia depresiva, 4) trastorno del sueño, 5) aislamiento social, 6) reducción de la expresión verbal, 7) actitud pesimista y autocompasiva, 8) gran sensación de inutilidad, 9) baja reactividad, 10) pensamientos de muerte recurrentes y plan específico autolítico sin crítica.

También cabe señalar la presencia de ánimo disfórico generalizado, gran dificultad para tolerar el deterioro del estado general, ansiedad en relación a su situación clínica (rumiación de pensamiento), dificultad para el descanso nocturno y ausencia de síntomas psicóticos.

En entrevista posterior con la familia, se observa como antecedente destacable el fallecimiento del padre 15 años antes por suicidio.

Al sexto día del ingreso, el paciente es valorado por Psiquiatría no observando signos claros de depresión, aunque dada la gravedad del caso y en ausencia de síntomas psicóticos se recomendó aumentar las dosis de antidepresivo, citar en consultas externas de Psiquiatría al alta, convivencia con los hermanos del paciente dado el alto riesgo de suicidio y ayuda psicoterapéutica.

Tras estas recomendaciones, se establece un plan psicoterapéutico enfocado en: 1) asegurar el control sintomático y la toma de decisiones compartidas con el paciente, 2) un abordaje cognitivo-conductual y existencial para tratar de paliar el malestar psicológico y manejo de la ideación autolítica, que consistirá en: a) promover la adherencia terapéutica, b) reforzar la alianza terapéutica, la confianza y consolidar la relación empática, c) facilitar la comunicación afectiva a nivel familia-paciente, d) facilitar el manejo de la percepción de amenaza vital y e) psicoterapia centrada en la búsqueda de sentido y significado.

Durante los días que el paciente está ingresado en la Unidad se obtiene una mejoría significativa del estado general, destacando una muy buena respuesta analgésica, mejora del descanso nocturno y una mayor funcionalidad. Desaparecen las náuseas y los vómitos. Sin embargo, no se produce una clara mejoría de los síntomas constitucionales. Asimismo, se constata la dificultad del paciente para tolerar el deterioro de su estado general y para dejarse cuidar por la familia. Por otra parte, mantiene ideación de muerte recurrente y autolítica planificada, y no criticada.

A la semana del ingreso, en entrevista con el psico-oncólogo y en un contexto de gran empatía y adherencia terapéutica, el paciente reitera su deseo de volver a casa a pesar de su estado general, justificándose en la *"necesidad de ventila-*

ción y falta de libertad..." y *"para hablar con sus hermanos a título individual"*. Al mismo tiempo, la ideación autolítica persiste de forma recurrente. Posteriormente el paciente solicita de forma reiterada y persistente el alta voluntaria. Por este motivo se realiza una visita conjunta con médico y psico-oncólogo. Se le informa de la necesidad de terminar el ajuste farmacológico así como la necesidad de realización de algunas pruebas complementarias. A pesar de estas explicaciones, el paciente persiste en su deseo. Durante la entrevista, el paciente expresa claramente su intención de ir al domicilio para *"acabar"* con su vida, a pesar del reconocimiento de mejoría sintomática y buen control de síntomas, entre ellos, el dolor. El paciente manifiesta que *"no se le puede retener contra su voluntad"*. En todo momento mantiene un discurso coherente, sin alteraciones del curso ni del contenido del pensamiento, ni de la sensopercepción. Se objetiva la ausencia de deterioro cognitivo a través de una prueba de cribado (Mini-Examen Cognoscitivo MEC-30 = 26)⁽¹²⁾. Ante esta situación, se consensúa mantener el ingreso hasta el día siguiente y contactar con el Psiquiatra de guardia, siendo aceptado por el paciente. La valoración por Psiquiatría no pudo realizarse hasta el día siguiente.

Dada la ideación suicida reiterada con el consiguiente riesgo de suicidio, en sesión multidisciplinaria extraordinaria se decide consultar al Juez del Juzgado de Guardia, informar a los familiares de la situación y tomar medidas preventivas, entre ellas, aumentar el nivel de ansiólisis en el paciente, cerrar las ventanas de su habitación y asegurar la presencia continua de sus familiares. La consulta con el Juez confirma la necesidad de la valoración psiquiátrica antes del alta para indicar el ingreso preventivo involuntario, si procede.

Al día siguiente, el servicio de Psiquiatría realiza una valoración psicopatológica en la que destaca una personalidad previa rígida. No se objetiva sintomatología psicótica ni clínica afectiva endogenomórfica. Se constata la presencia de juicio de realidad conservado. Finalmente se considera que *“la clínica que presenta es en el contexto de situación vivencial terminal”*. Es por ello, que no se considera oportuno el ingreso judicial pero se advierte a la familia del riesgo autolítico. Según recomendaciones de Psiquiatría se pacta alta voluntaria advirtiendo a la familia del riesgo de suicidio y de la necesidad de que sea acompañado.

A las pocas horas del alta, el paciente acude a Urgencias por reaparición del dolor en domicilio a pesar del tratamiento analgésico. Refiere dolor epigástrico continuado, con náuseas y vómitos, mantiene ansiedad severa e ideación autolítica recurrente. El equipo de guardia se plantea como objetivos inmediatos el reajuste analgésico, el control antiemético y el ajuste de benzodiazepinas para el control de la ansiedad.

Durante el fin de semana el paciente hace una demanda reiterada de tratamiento extra analgésico y ansiolítico, argumentando su deseo de desconectar del medio.

A los 4 días del reingreso, se realiza visita conjunta por el médico y el psico-oncólogo de referencia. El paciente expresa su enfado y desconfianza con el equipo *“al haber informado a su familia y a Psiquiatría de su intención de acabar con su vida”*. Se le pide disculpas y se explica que a pesar de la confidencialidad de las visitas existen unas obligaciones profesionales (como notificar el riesgo de suicidio) al margen de las propias creencias u opiniones. Refiere *“entender”* la actitud tomada por el equipo. Reitera sus deseos autolíticos y explicita

cuál era su plan para morir en casa. Reconoce que *“no puede con más sufrimiento, que no sufre tanto por el dolor físico, que...”* *“¿cuánto he de aguantar más?”* y que quiere *“estar más dormido aunque se ve entero como para irse ya...”*. Ante esta situación de malestar emocional severo, se pacta disminuir levemente el nivel de consciencia (escala de Ramsay, nivel 3)⁽¹³⁾ y reajuste analgésico. Finalmente, el paciente agradece el soporte que está recibiendo. Manifiesta que dados los acontecimientos, su intención es la de *“morir en el hospital por ser esta muerte “natural” y la que puede ocasionar un menor sufrimiento a su familia”*.

En los siguientes días del reingreso, el paciente sufre un deterioro progresivo del estado general con una mayor desconexión del entorno. Se muestra reacio a los cuidados sanitarios, la ingesta e higiene y rechaza la presencia familiar en la habitación.

A los 12 días del segundo ingreso, el paciente presenta angustia severa que exacerba su malestar psicológico. Se pacta con el paciente y de acuerdo con la familia, sedación profunda, dados los síntomas refractarios que presenta, entre ellos malestar emocional severo e incoercible. Se inicia infusión continua con propofol que requiere varios ajustes hasta conseguir un nivel 6 en la escala de Ramsay mantenido. Finalmente, el paciente fallece al día siguiente de forma confortable. El paciente durante todo el proceso permanece acompañado por su familia. Tras la defunción, los hermanos presentan un ajuste adecuado a la situación y muestran su agradecimiento al equipo sanitario.

PERSPECTIVA BIOÉTICA DEL SUICIDIO: EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

El Principialismo, es la teoría bioética que por su utilidad se ha usado con

mayor frecuencia en el ámbito hospitalario. Según esta teoría, los profesionales sanitarios deben intentar respetar en todas sus actuaciones cuatro principios básicos: No-maleficencia (no hacer daño al paciente y si el daño es necesario, éste ha de ser el mínimo necesario para conseguir el mayor bien), Beneficencia (procurar hacer lo que el paciente considere su bien), Justicia (tratar a todos por igual y repartir entre todos las cargas y los beneficios de los tratamientos) y Autonomía (respetar las decisiones libres y conscientes de los pacientes respecto de su salud y enfermedad). Si los principios entran en conflicto entre sí, lo que sucede de manera habitual, se deben balancear entre ellos mediante un proceso de deliberación racional, razonable, fundamentada y prudente y tomar la decisión más pertinente desde el punto de vista moral^(14, 15).

Sin embargo, actualmente en nuestro medio está muy extendida la idea de que el principio más importante es el de la Autonomía y que las decisiones en el ámbito de la salud han de respetar fundamentalmente este principio, por encima de los otros tres. Esta corriente de opinión, que se podría denominar "individualismo abstracto", responde a teorías bioéticas que consideran que los seres humanos son capaces de llevar vidas autosuficientes, aisladas e independientes. En este análisis el objetivo de la vida humana es la realización de la autosuficiencia y la individualidad. Este carácter ideal lleva a valorar la independencia sustantiva sobre todos los demás valores, en particular sobre los que surgen de las relaciones de la interdependencia, tales como la lealtad, la amistad, el cuidado y la responsabilidad. Promueve al mismo tiempo una concepción rígida de los agentes como portadores atomísticos de derechos en la que la diversidad y la complejidad de los agentes

desaparece para ser reducidos éstos en una igualdad intercambiable. Por último sugiere que los valores, las prácticas sociales, las relaciones y las comunidades que se basan en la cooperación y la interdependencia amenazan, o al menos comprometen, la autonomía⁽¹⁶⁾.

Frente a estas posturas existen otras tendencias que defienden el concepto de autonomía relacional basada en la aceptación de que las personas son seres socialmente embebidos, sus identidades se forman en el contexto de relaciones y que se configuran mediante un amplio complejo de determinantes sociales interseccionales (género, clase, etnicidad,). Esta concepción de la autonomía tiene en cuenta los contextos sociales e históricos de los agentes y considera a los seres humanos criaturas emocionales, encarnadas, deseantes, creativas y sentientes a la vez que racionales y subraya la importancia de la diferenciación psicológica interna y social externa de cada uno. Por este motivo, algunos autores conciben esta definición de autonomía más rica al tener en cuenta la memoria, la imaginación, las disposiciones y actitudes emocionales así como la integración, la identificación, la reflexión crítica y la auto-realización junto con los sentimientos de auto-respeto, auto-valor y auto-confianza de cada uno⁽¹⁷⁾.

En el caso de las profesiones sanitarias en general, y en los Cuidados Paliativos, en particular, se debe deliberar dentro de este marco de reflexión y toma de decisiones en el que las relaciones morales se dan entre derechos en conflicto de individuos en un nuevo espacio moral donde lo importante sean las responsabilidades de las personas en relaciones de ayuda y apoyo mutuos. La enfermedad (más aún la enfermedad terminal) altera el carácter de la identidad personal (normal) reemplazando

la "independencia" por distintos grados de "dependencia". Es, en este supuesto, en donde la tarea moral cambia de objetivo, pasando de proteger la autonomía personal a la de preservar la dignidad. En este proceso, aquélla también sale beneficiada⁽¹⁸⁾.

Un instrumento ético eficaz para lograr estos objetivos lo proporcionan las éticas procedimentales y deliberativas que promueven negociaciones y consensos progresivos y parciales entre las partes. Gracias a la reflexión conjunta se puede alcanzar la confianza del paciente y tomar decisiones conjuntas con responsabilidad⁽¹⁹⁾.

PERSPECTIVA JURÍDICA DEL SUICIDIO

El problema sobre la punibilidad o establecimiento de sanción penal para el suicidio, que preocupó a filósofos y tratadistas viene resolviéndose a partir del siglo XVIII con la impunidad de la conducta del propio suicida que se provoca asimismo la muerte, ya fuese por lo absurdo de imponer una pena a una persona fallecida, como por la dificul-

tad de intimidar con cualquier sanción al que tiene la idea y voluntad de acabar con su vida. En la actualidad el Código Penal (CP) de 1995⁽²⁰⁾ siguiendo la misma alternativa de otros códigos no establece sanción alguna para el suicida que ve frustradas sus expectativas. No obstante, no sucede lo mismo con aquellas conductas que pueden rodear la actividad principal del propio suicida, respecto a las que son punibles la cooperación y la inducción (artículo 143 del CP sobre "Inducción y cooperación al suicidio") (Ver Tabla 1).

Aunque solo sea brevemente, conviene destacar que por cooperación⁽²¹⁾ debe entenderse aquella conducta que entraña actos necesarios para poner término a la vida, ya sea de modo activo o pasivo, pero siempre en este caso que se esté en posición de garantía de la vida, pues en otro caso nos hallaríamos ante un delito de omisión de socorro, pero no ante la figura que nos ocupa. Si la cooperación fuese de tal naturaleza y calibre que el cooperador llegase a ejecutar él mismo la muerte, la conducta se equipara prácticamente a la del homi-

Tabla 1. **Artículo 143 del Código Penal: "Inducción y cooperación al suicidio"**⁽²¹⁾

1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.
2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.
3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.
4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.

cidio. Por inducción⁽¹⁷⁾ debe entenderse aquella conducta de convencimiento y persuasión que de modo insistente induce el deseo y la voluntad de poner término a la vida. A parte de estas conductas, y quizás la que más nos interese en el contexto en que nos movemos, es la punibilidad de la tercera conducta que el legislador ha querido sancionar que no es otra que la llamada eutanasia. Se define por eutanasia la causación deliberada de la muerte a una persona con enfermedad terminal o irreversible, que padece sufrimientos que vive como intolerables, y a petición expresa, voluntaria y reiterada de éste⁽²²⁾. Si se atiende al tenor del precepto vemos que la sanción penal exige los siguientes requisitos concurrentes⁽²⁰⁾:

- La conducta debe consistir en causar la muerte de otro o bien cooperar de forma necesaria y directa a ella.
- Se exige la previa petición expresa, seria e inequívoca del otro, de manera que no existan dudas sobre la voluntad. Y en este punto traer a colación la posibilidad de que la víctima hubiese otorgado testamento vital o documento de últimas voluntades y efectuado indicaciones expresas al respecto.
- La víctima debe padecer una enfermedad grave que le conduciría necesariamente a su muerte, o bien le produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar.

No queda claro en el tipo penal la cuestión relativa al plazo previsto para la muerte, ni tampoco cuales puedan ser los criterios de valoración de la gravedad, que en todo caso deberán interpretarse de acuerdo con criterios científicos y médicos. La pena señalada por

el legislador, lo es por referencia a las dos anteriores conductas relativas a la cooperación necesaria y a la inducción, asignándose la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 del mismo artículo. Es de destacar que en todo caso el legislador no asignó a este delito la inhabilitación para el ejercicio profesional de quien lo causare, a diferencia de lo que sucede con otros tipos penales regulados en el mismo capítulo como el homicidio imprudente, las lesiones al feto o el aborto.

Partiendo de la situación legal descrita, (sentencias del Tribunal Constitucional; SSTC 120/1990⁽²³⁾ de 27 de junio y 137/1990⁽²⁴⁾ de 19 de julio), puede decirse que en orden a la responsabilidad del personal sanitario en la cuestión de la eutanasia, la misma está bastante clara. Se sanciona la eutanasia desde la perspectiva médica en tanto que consiste en la administración de algún fármaco que provoque la muerte como en la de otro que la acelere. Todo ello sin perder de vista la llamada "*Lex Artis*", criterio valorativo de la corrección de un concreto acto médico, y desde la que puede afirmarse que una actuación médica es conforme a ella cuando se acomoda al acto médico estándar, esto es, el que llevaría a cabo un buen profesional de la Medicina en ese momento concreto y con esos medios técnicos. La actuación que se desarrolle bajo esta perspectiva dentro de la legalidad vigente carecerá de reproche alguno.

En el contexto de suicidio, destacamos la Ley 41/2002, de 14 de noviembre⁽²⁵⁾, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Esta ley regula por vez primera en el ámbito estatal, lo que ya estaba siendo una realidad en la práctica, y que incluso legislaciones

autonómicas ya contemplaban, son las instrucciones previas o testamento vital. El artículo 11 de la Ley da respuesta a la previsión contenida en el artículo 9 del Convenio de Oviedo de 1997 (Convenio del Consejo de Europa⁽²⁶⁾, para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, suscrito en Oviedo el 4 de abril de 1997, al aludir a la necesidad de que sean *"tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentra en situación de expresar su voluntad"*.

Esta regulación de las últimas voluntades o testamento vital tanto a nivel nacional como autonómico puede valorarse como un primer paso hacia esa libertad, desde el momento en que una norma jurídica reconoce la posibilidad de actos dispositivos sobre el propio cuerpo y la salud, como una manifestación expresa de los derechos de libertad y de intimidad. Se trata de indicaciones de una persona dirigidas al médico responsable sobre el cuidado que quiere recibir cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias no le permitan expresar personalmente su voluntad o a la designación de un representante para actuar como interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo sanitario, para que la sustituya en el caso de que no pueda expresar su voluntad por sí misma.

Otro paso importante de esta ley es el consentimiento informado, esto es la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud (Ver Tabla 2).

PERSPECTIVA BIO-PSICO-SOCIAL DEL SUICIDIO

El riesgo de suicidio en pacientes con cáncer se incrementa significativamente en los estadios avanzados de la enfermedad⁽²⁷⁾. De esta forma, el deseo sostenido de morir está presente en un porcentaje de estos pacientes, que oscila, según los estudios y las metodologías empleadas, entre un 6 al 17%⁽²⁸⁾. Asimismo, algunos autores señalan que la incidencia real en pacientes terminales está probablemente infravalorada debido, por una parte, a las dificultades de clarificación de la causa real de muerte, y por otra, a que algunas familias renuncian a informar de la muerte por suicidio⁽⁷⁾.

Se han descrito algunos de los factores de riesgo de suicidio en pacientes con enfermedad terminal, entre los que se incluyen a) factores biomédicos: dolor incontrolado, *delirium*, presencia de pérdidas físicas y de estado funcional (ej. pérdida de movilidad, incontinencia, amputación, paraplejía, incapacidad de comer o tragar, fatiga); b) factores sociales: como el escaso soporte emocional y el aislamiento social; y c) factores relacionados con la presencia de psicopatología o historia psiquiátrica previa: como depresión mayor, desesperanza, trastornos de personalidad, abuso de sustancias, historia familiar de suicidio o diagnóstico psiquiátrico previo^(6, 7, 29-32).

Otros autores señalan, además, como factores de riesgo los cánceres orales, faríngeos y pulmonares, asociados normalmente al consumo, abuso y dependencia de alcohol y tabaco (sobre todo los pacientes con patología tumoral otorrinolaringológica-ORL) y que por lo general presentan un estilo de afrontamiento emocional ante estresores psicosociales que puede ser inadecuado^(6,33). Cabe destacar también el mayor

Tabla 2. Descripción de artículos jurídicos mencionados en el texto

ARTÍCULO	DESCRIPCIÓN
1. STC 120/1990, en su fundamento jurídico 7 ⁽²³⁾	"Tiene, por consiguiente, el derecho a la vida un contenido de protección positivo que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluya el derecho a la propia muerte. Ello no impide, sin embargo, reconocer que, siendo la vida un bien de la persona que se integra en el círculo de su libertad, pueda aquélla tácticamente disponer sobre su propia muerte, pero esa manifestación del "agere licere", en cuanto que la privación de la vida propia o la aceptación de la propia muerte es un acto que la ley no prohíbe y no, en ningún modo, un derecho subjetivo que implique la posibilidad de movilizar el apoyo del poder público para vencer la resistencia que se oponga a la voluntad de morir, ni, mucho menos, un derecho subjetivo de carácter fundamental en el que su posibilidad se extienda incluso frente a la resistencia del legislador que no puede reducir el contenido esencial del derecho."
2. Artículo 15 de la CE	"Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes."
3. Artículo 17 .1	"Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad."

riesgo de suicidio en aquellos pacientes en que se desfigura su imagen corporal, como en los pacientes ORL, seguidos por los de mama, urogenital, gastro-intestinal y melanoma^(27, 33). Por último, algunos estudios apuntan que existe un mayor número de suicidios entre el sexo masculino que en el femenino y que los casos aumentan con la edad, siendo más frecuentes cuando superan los 50 años^(27,34). En la población general existen algunos mitos e ideas erróneas⁽³⁵⁾ sobre el suicidio que conviene tener siempre presentes (Ver Tabla 3).

Por otra parte, entre los factores de riesgo de suicidio, es especialmente

relevante el constructo de desesperanza⁽⁷⁾. Aunque textualmente desesperanza se podría definir como la ausencia o pérdida de esperanza, definiremos, en primer lugar, qué significa la esperanza para poder entender la ausencia de la misma (desesperanza). Si bien es cierto que en la literatura oncológica esperanza es interpretado como curación de la enfermedad, en el contexto de enfermedad oncológica avanzada y terminal, el espectro de esperanza va más allá del deseo de curación. Clayton et al.⁽³⁶⁾, se plantearon cómo se podía hablar del futuro con los enfermos en situación terminal y al mismo tiempo ayudarles

Tabla 3. **Mitos e ideas erróneas sobre el suicidio** (modificado de FEAFES, 06)^[35]

MITO	SITUACIÓN REAL
<i>El que se quiere matar NO LO DICE</i>	De 10 suicidios, 9 dijeron claramente sus propósitos, y la otra dejó entrever sus intenciones.
<i>El que lo dice NO LO HACE</i>	TODO el que se suicida, expresa previamente sus intenciones (con palabras, gestos, cambio conductual...).
<i>El suicida NO EMITE SEÑALES previas</i>	
<i>El suicidio NO PUEDE PREEVENIRSE</i>	Haysíntomas previos (Síndrome Presuicidal): Retraimientos sentimientos e intelecto, agresividad inhibida y hacia sí mismo, y fantasías suicidas.
<i>HABLAR con el suicida INDUCE el Suicidio</i>	Reduce el riesgo y a veces, la única posibilidad.
<i>El suicida DESEA MORIR</i>	No específicamente: desea PONER FIN A SU SUFRIMIENTO, insoportable e interminable.
<i>El suicida es un COBARDE</i>	Valentía y cobardía son atributos de personalidad no cuantificable según el número de intentos suicidas.
<i>El suicida es un VALIENTE</i>	

en su proceso de adaptación y fomentar la esperanza. Estos autores constataron que la esperanza se puede describir como un concepto multidimensional que implica un proceso dinámico que para la mayoría de los pacientes significa afrontar las múltiples pérdidas en el contexto de una realidad variable. En el mismo se describe cómo el espectro de la esperanza es vivida por los pacientes. Así, los pacientes hablan de esperanza en términos de curarse por un milagro, o vivir más de lo previsto, encontrar un significado a su vida, poder reestablecer relaciones personales y en pasar buenos momentos con la familia y amigos, así como tener una muerte tranquila y encontrar un significado espiritual a su situación.

Algunos autores señalan la desesperanza como un factor más predictivo de suicidio que sólo la depresión^(6,7, 37-39). Las investigaciones realizadas sugieren que existe una asociación positiva entre desesperanza e ideación suicida que no puede ser explicada únicamente por la depresión. En este sentido, se propone la hipótesis de que la desesperanza podría actuar como una variable mediadora entre la depresión y el suicidio. Así por ejemplo, en el estudio realizado por Chochinov et al. con 196 pacientes con cáncer avanzado-terminal⁽⁴⁰⁾, se remarca la relevancia del constructo de desesperanza para entender la ideación y conducta suicida, observándose que la desesperanza correlaciona más intensamente con la ideación suicida que con

la depresión y que la misma contribuye en mayor medida en la explicación de ideación suicida.

La mera expresión del deseo de suicidio no es un indicativo claro de que el suicidio se vaya a consumar. Por otra parte, este deseo puede fluctuar en el tiempo y estar influenciado por un gran número de factores así como de la asistencia paliativa prestada⁽⁴¹⁾. Por otra parte, cabe destacar que la presencia de síntomas somáticos, como anorexia, astenia, pérdida de peso, insomnio, enlentecimiento psicomotor entre otros, es básica para el diagnóstico de depresión en pacientes sin otra enfermedad, sin embargo estos indicadores tienen poca utilidad diagnóstica en los pacientes oncológicos en fase avanzada o terminal ya que son comunes a la enfermedad neoplásica y a la depresión⁽⁴²⁾. En este sentido, Durkin et al.⁽⁴³⁾ indican que más de un 50% de este tipo de pacientes con enfermedad en fase terminal padece algún trastorno emocional que no ha sido diagnosticado y por tanto, no tratado.

Dadas las dificultades de reconocimiento clínico de la depresión en pacientes oncológicos en fase avanzada o terminal, se recomienda el uso de los criterios de Endicott, quien propone una serie de criterios sustitutos de los síntomas somáticos del DSM-IV⁽⁴⁴⁾ por síntomas cognitivos de tipo afectivo y que facilita el diagnóstico psicopatológico (Ver Tabla 4).

Ante la presencia de una verbalización de deseo de suicidio franco se ha de plantear el diagnóstico diferencial entre diversas situaciones de nuestra práctica cotidiana, que además tiene implicaciones legales. En primer lugar, se debe confirmar que el paciente mantiene el juicio conservado, que no presenta deterioro cognitivo (cuadro demencial o *delirium*), y se ha de descartar un cuadro psicótico o un cuadro depresivo severo mayor.

En las situaciones de juicio no conservado se ha de tener en cuenta los trastornos cognitivos o los trastornos psicóticos. Esta diferenciación tiene gran importancia ya que en las situaciones de juicio no conservado, la potestad de las decisiones correspondería a los familiares, al equipo sanitario o a aquella persona que designe el juez, pudiendo solicitarse el ingreso hospitalario involuntario. En el caso de que el paciente conserve el juicio, el equipo asistencial se puede encontrar ante un cuadro depresivo mayor que requiera tanto tratamiento psicofarmacológico como psicoterapéutico.

Es habitual que el profesional que se encuentra ante un paciente con ideación autolítica sospeche que ésta es parte de la expresión de un trastorno psicopatológico premórbido. No obstante, desde la perspectiva filosófica y existencial, algunos autores contemplan la posibilidad de que el suicidio puede ser considerado como un acto de elección racional^(45, 46) que se produce en ausencia de psicopatología (Ver Figura 1). En estos casos, la indicación de ingreso involuntario no sólo sería dudosa sino que incluso podría considerarse ilegal. Así pues, es necesaria la intervención de un especialista en Salud Mental (psiquiatra o psicólogo clínico) para poder diferenciar clínicamente estos cuadros y adoptar las medidas oportunas.

PERSPECTIVA DESDE LA INTEGRACIÓN CLÍNICA

En el caso que se presenta cabe destacar no sólo la presencia de ideación autolítica sino también, la verbalización y planificación del acto suicida, así como ausencia de crítica del plan, aspectos éstos relevantes como predictores de suicidio⁽⁴⁷⁾. Además, en el caso expues-

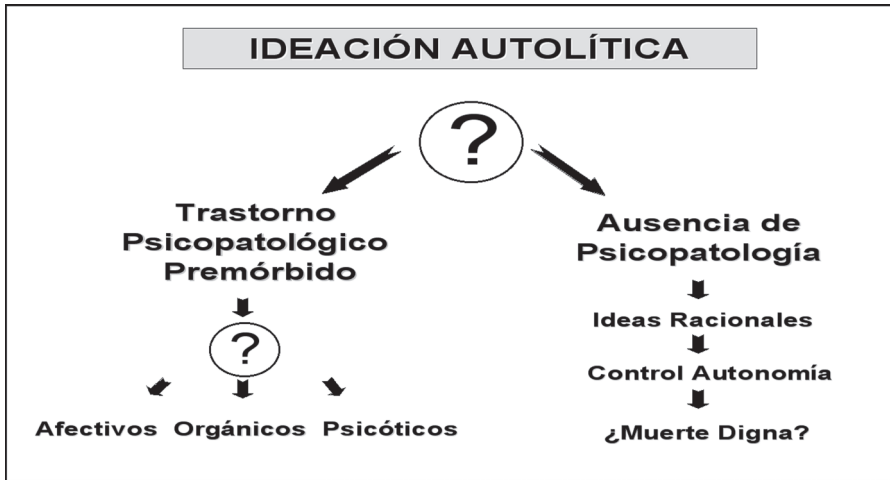
Tabla 4. Síntomas para el diagnóstico de Síndrome Depresivo Mayor según el DSM-IV y síntomas sustitutorios recomendados por Endicott, en pacientes con cáncer (adaptado de Endicott, 1984⁽⁹⁾ y modificado de Maté et al.^(10, 11)).

Síntomas para el diagnóstico de Síndrome Depresivo Mayor según el DSM IV y síntomas sustitutorios recomendados por Endicott, en pacientes con cáncer	
* Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día	
* Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades	
Apariencia depresiva	
Aislamiento social o reducción de la expresión verbal	
Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día	
Melancólico, autocompasión o pesimismo	
Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados	
Baja reactividad; incapaz de levantar el ánimo	
Pensamientos recurrentes de muerte, ideaación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse	
<p>Nota: Como mínimo, uno de los síntomas marcados con asterisco (*) debe estar presente para poder realizar un diagnóstico de Síndrome Depresivo Mayor. Asimismo, debe haber una presencia de al menos cinco síntomas de los señalados durante un periodo igual o mayor a dos semanas para un diagnóstico de Síndrome Depresivo Mayor.</p>	

to se reúnen una serie de elementos de riesgo de suicidio tales como el mal control sintomático (al menos inicialmente), aislamiento social, antecedentes familiares de suicidio (el padre), introspección total a nivel del pronóstico y curso de su enfermedad (deterioro progresivo e irreversible del estado general y muerte próxima), desesperanza, ausencia de planes de futuro, pérdida total del espíritu de lucha y del deseo de vivir, pérdida del sentido de la vida, de-

manda reiterada y argumentada de alta voluntaria a pesar de ser clínicamente desaconsejada. Cabe destacar que hasta la disminución deliberada del nivel de consciencia del paciente hasta un nivel 6 en la escala Ramsay, el paciente mantuvo en todo momento conservada la capacidad de juicio, no se evidenciaron signos de deterioro cognitivo ni psicóticos. Todos estos factores hacían pensar que nos encontrábamos ante una situación de elevado riesgo de suicidio. Ante

Figura 1: **Suicidio como acto de elección racional en ausencia de psicopatología.**
(Modificado de González y Maté 2006⁽⁴⁶⁾)



esta circunstancia se plantearon diversas cuestiones:

- 1) ¿Existe obligación de notificación a psiquiatría para descartar la presencia de trastorno psicótico, vulnerando de esta manera el principio de confidencialidad y de Autonomía del paciente?.
- 2) ¿Existe obligación de informar a la familia del paciente a pesar de la negativa del mismo a que informemos de su intención autolítica al alta?.
- 3) ¿Qué responsabilidad tiene el personal sanitario y la institución sanitaria ante los posibles daños a terceros (psicológicos, físicos) que pudiera causar el acto del suicidio?.
- 4) ¿Qué responsabilidad contrae el personal sanitario y la institución sanitaria en el caso de que la muerte del paciente por suicidio ocurriese dentro del hospital?. ¿Se incurriría en un posible delito de omisión de cuidado al paciente versus suicidio en el domicilio?.
- 5) ¿Cómo habría que proceder si el paciente no tiene cuidador efectivo o la familia renuncia a sus cuidados-acompañamiento al alta por temor al acto suicida?.
- 6) ¿Ante una situación de riesgo grave y evidente de suicidio y reconocida por la familia, están obligados sus miembros al acompañamiento-vigilancia o en caso contrario es delito de omisión?.
- 7) ¿Responsabilidad moral de los profesionales que asisten a un paciente que sufre intensamente?.

Estos problemas ético-clínico-jurídicos condicionaron una situación compleja de difícil manejo para el equipo sanitario. Por ello, se consultó con el juez de guardia y se adoptaron medidas preventivas mientras se obtenían respuestas para el manejo más adecuado de la situación.

En la práctica clínica habitual es relativamente frecuente afrontar dilemas ético-clínicos de difícil resolución. Se pueden experimentar conflictos entre la realidad y la ley, la naturaleza y

la norma o entre normas opuestas. La realidad clínica de los casos contemplados de forma individual es que frente a estos conflictos el equipo asistencial no puede abstenerse y necesariamente ha de optar, proceso de toma de decisiones, sin tener la seguridad que la resolución propuesta sea incuestionablemente la más apropiada. La participación en la toma de decisiones clínicas de la conciencia moral (individual) y de la reflexión ético-clínica (proceso de reflexión crítica) emerge cuando los códigos, reglas o hábitos que de un modo sistemático regulan las acciones clínicas se hacen vacilantes.

El informe Hastings describió los cuatro fines de la Medicina: 1) prevenir las enfermedades y conservar la salud; 2) aliviar el dolor y el sufrimiento; 3) atender y curar a los enfermos, y cuidar a los incurables; 4) evitar una muerte prematura y buscar una muerte tranquila cuando ésta es inevitable^(48,49). Estos postulados resultan incuestionables en los planteamientos actuales de la Medicina, sin embargo existen situaciones clínicas complejas, como es el caso que nos ocupa, en los que el concepto de dolor, sufrimiento, cuidar o muerte tranquila pueden volverse confusos y la toma de decisiones difícil. El sufrimiento solo se puede entender como una experiencia vivida por el individuo, única e irrepetible, que se construye sobre la integración de todas las claves perceptivas del ser humano (física, emocional, social y espiritual), caracterizada por la sensación de amenaza en la integridad, la impotencia para enfrentarse a esta amenaza y el agotamiento de los propios recursos personales^(50, 51). La muerte tranquila, muerte en paz citan otros autores, se puede entender como aquella en la que exista un adecuado control del dolor y el sufrimiento, en la que el enfermo y su familia sean cuidados y no se sientan

abandonados, y en la que se consideren por igual el individuo que no va a sobrevivir como los que sí^(48, 49). Todas aquellas acciones que reduzcan o alivien el dolor en su sentido más amplio, el sufrimiento y el abandono, respondiendo a las necesidades específicas y priorizadas por el enfermo y su familia, construyen el concepto de "cuidar". La Medicina moderna se ha basado fundamentalmente en "el curar" y "ser curado". La realidad ineludible del proceso de vida en la que ésta se extingue muchas veces se escapa a este modelo de intervención y de formación clínica. En esta situación, se corre el riesgo de considerar patológico aquello que en realidad puede ser una elección racional, factible o no, de una persona que vive una situación de sufrimiento en el momento irrepetible de final de la vida.

La situación que vivió el paciente que nos ocupa presentó todos los argumentos de un sufrimiento persistente y refractario a las medidas paliativas establecidas. La particular percepción del enfermo fue la vulneración de su autonomía y el derecho a la confidencialidad, la ruptura de una relación de confianza con el equipo asistencial y la convicción de que el cuidado que se le aportó no se basó en sus necesidades individuales manifestadas de forma explícita. Tanto es así, que el enfermo plenamente consciente y con su estado cognitivo totalmente conservado precisó una sedación proporcional y progresiva en el final de su vida, debido a la severidad del malestar emocional.

Frente a este tipo de situaciones, emergen diferentes preguntas de difícil resolución: ¿existe un límite en la autonomía del paciente?; ¿fue considerado no competente el enfermo?; ¿quién ha de definir qué es sufrimiento y el sentido de la propia vida?; ¿quién define beneficencia o maleficencia en una situación

de conflicto individual?; ¿el derecho a la vida se asocia siempre al deber de vivir frente a cualquier otra consideración?; ¿tiene un rango moral mayor el “deber de vivir” y el tiempo de vida, aunque éste se considere penoso e intolerable, que la propia libertad del individuo?.

La vida del ser humano sólo se entiende como un proceso activo y creador, lleno de significados y valores, articulados y priorizados bajo la única y particular perspectiva del que la vive, desde el crecimiento consciente hasta el final de la vida. Una persona se considera competente si es capaz de creer, comprender y retener la información, si es capaz de ponderar los argumentos a favor y en contra de las decisiones que tome, si no está sometido a coacción, y finalmente, si es capaz de manifestar explícitamente estos argumentos. Probablemente, la diferencia entre una decisión únicamente autónoma a una decisión también responsable es, como se ha dicho antes, la integración de aspectos relacionados con las normas morales y la ley que imperen en un contexto social concreto, así como la repercusión de su individual toma de decisiones sobre las personas que lo acompañan o asisten. En este caso, el enfermo debió ser considerado competente. Manifestó y argumentó la decisión de suicidio como una elección racional, autónoma y responsable en una situación vital que consideró penosa, intolerable y sin sentido bajo su individual perspectiva. Consideró que maleficencia era permanecer vivo, beneficencia acabar con su vida biológica y que estas decisiones no comprometían ni eran competencia de nadie más que del propio interesado. Decidió en el contexto de una relación terapéutica empática y de confianza manifestar al equipo asistencial su elección racional de suicidio. Emerge entonces el conflicto entre una realidad perfec-

tamente argumentada y comprensible (naturaleza), expresada por el enfermo, la propia percepción moral de las personas que lo asisten (conciencia moral) y la normativa legal o deontológica. El enfermo probablemente en el contexto de su sufrimiento individual no consideró la repercusión de su suicidio sobre el equipo asistencial y su familia, que de alguna forma se podían sentir como colaboradores necesarios en el suicidio (la omisión consciente tiene el mismo rango ético que la acción). Toda persona competente tiene derecho a aceptar o rechazar una medida terapéutica, sin embargo ni el clínico ni el propio enfermo pueden obviar el daño que puedan provocar sus decisiones a terceras personas. La autonomía que sin duda debe ser respetada, no puede en cambio obligar a otra persona, en este caso el equipo asistencial o la familia del enfermo, a colaborar, sea en acción o por omisión, en un acto que puedan ser considerado maleficente (objeción de conciencia) máxime si no está contemplado por la norma imperante o la ley.

Los equipos sanitarios tienen el deber de preservar la vida y la salud de los individuos. En la misma medida, el reconocimiento constitucional del derecho a la vida que rige nuestro ordenamiento jurídico tiene una vocación garantista, de forma que el Estado debe proteger la vida y la salud. No se trata sin embargo de un derecho absoluto, incluye con claridad el deber de respetar la vida ajena, pero no forzosamente y a título individual el “deber de seguir viviendo” en cualquier circunstancia. Las corrientes de pensamiento actuales cada vez se alejan más del concepto de mantenimiento de la vida como valor absoluto, prescindiendo de cualquier otra consideración, y se acercan más a una modulación del “deber de vivir” acorde con el respeto de la autodeterminación de las

personas en circunstancias extremas y condiciones penosas⁽⁵²⁾.

Considerando que no es recomendable realizar una valoración ética de actuaciones pasadas, con objeto docente se remitió el caso al Comité de Ética Asistencial del centro una vez fallecido

el enfermo. La conclusión del Comité fue que *"el equipo asistencial actuó de una forma totalmente adecuada y ponderada, considerando las difíciles circunstancias de la situación del enfermo"*. Destacó los siguientes argumentos: 1) el enfermo recibió todo el soporte posible

Tabla 5. **Recomendaciones para la detección y manejo de la ideación de muerte y autolítica en cáncer** (modificado de J. Maté y J. González-Barboteo 2006)⁽⁵³⁾

Recomendaciones para la detección y manejo de la ideación de muerte y autolítica en cáncer
<ul style="list-style-type: none"> • Empatía: establecer una auténtica relación empática con el paciente que facilite el diálogo y la expresión de emociones. • Información: Explorar qué información tiene el paciente acerca de su enfermedad, tanto a nivel del diagnóstico como del pronóstico. • Malestar emocional (<i>distress</i>): evaluar en qué medida los síntomas referidos por el paciente son percibidos como una amenaza, a nivel bio-psico-socio-espiritual-existencial. • Recursos personales: refuerzo positivo de los recursos propios del paciente y que facilitan tanto el afrontamiento como la percepción de control. • Soporte social: evaluar el tipo de soporte externo de que dispone el paciente (familia, amigos). • Control de síntomas: asegurar el control de síntomas (ej.: dolor) como atenuadores de vulnerabilidad. • Psicopatología actual: evaluación de la presencia de síntomas psicopatológicos, a destacar, depresión, desesperanza, ideación de muerte y autolítica así como la presencia de sintomatología psicótica. • Monitorización de la ideación autolítica: Evaluar su presencia, recurrencia, intensidad, intencionalidad, planificación y ausencia de crítica. • Psicopatología previa: antecedentes psicopatológicos personales e historia familiar de suicidio. • Consulta especializada: ante la presencia de ideación autolítica intensa, plan elaborado y ausencia de crítica, consultar con Psiquiatría. • Acompañamiento: valorar la idoneidad de acompañamiento-vigilancia las 24 horas. • Decisiones compartidas: siempre tomar decisiones y establecer objetivos de manera consensuada, en equipo y nunca unilateralmente. Ante dificultad en la toma de decisiones, consultar con el comité ético-clínico del centro: su opinión nos reforzará en la decisión que tomemos. • No generalizar: recordar siempre que aunque hay unos criterios comunes para la detección y manejo del riesgo autolítico, el paciente puede actuar de manera inesperada (idiosincrasia) por lo que hemos de ser muy sensibles y específicos en la detección para así minimizar este riesgo.

sobre su sintomatología física y emocional; 2) el enfermo fue considerado competente; 3) la opinión y decisiones del enfermo fueron escuchadas y respetadas; 4) se descartó un proceso psicopatológico que pudiera hacer inhábiles las decisiones del enfermo y/o precisar un tratamiento específico o un ingreso involuntario; 5) la elección racional de suicidio no se debió a un soporte y cuidado sanitario insuficiente; 6) se comunicó el alta voluntaria del enfermo y la ideación suicida a la familia, dando una prioridad razonable al soporte y la contención emocional del enfermo sobre la confidencialidad de la entrevista clínica; 6) no se abandonó al enfermo, asegurando su reingreso y el establecimiento de todas las medidas de soporte sintomático posible; 7) todo lo anterior permitió restablecer la relación de confianza con el equipo asistencial en el reingreso; 8) los principios en conflicto fueron la autonomía del enfermo que esgrimía el derecho a no seguir viviendo con el de no maleficencia, para el propio enfermo y su familia, desde la perspectiva del equipo; y 9) no se estableció en ningún momento un cuestionamiento del valor moral de la decisión del enfermo.

Por último, tras el análisis, revisión y consenso de profesionales, y dada la escasa literatura existente relacionada con la intervención en este tipo de pacientes, se presenta una serie de recomendaciones (pendiente de validación) para la detección y manejo de deseos de muerte e ideación autolítica en pacientes con enfermedad oncológica avanzada⁽⁵³⁾ (Ver Tabla 5).

La presencia de ideación autolítica en pacientes oncológicos en fase avanzada-terminal, es una situación clínica compleja de difícil manejo. El abordaje multi e interdisciplinar, la detección precoz de factores de riesgo, una evaluación psicopatológica exhaustiva, así

como la puesta en marcha de recomendaciones sencillas, pueden permitir tanto al remisión de ideas suicidas como la consumación del acto suicida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pascual P, Villena A, Morena S, Téllez JM, López C. El paciente suicida. [En línea] 2005. [acceso el 12 de Octubre de 2008]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/suicida.asp>.
2. World Federation for Mental Health. Crear conciencia para reducir riesgos: enfermedad mental y suicidio: mensajes clave. En: Día Mundial de la Salud Mental 10 de octubre de 2006: Concienciación - Reducción de riesgos: enfermedad mental y suicidio. Baltimore (EEUU): The Sheppard & Enoch Pratt Hospital, 2006.
3. García de Jalón E, Peralta V. Suicidio y riesgo de suicidio. *Anal Sist Sanit Navarra* 2002;25 (Supl 3):87-96.
4. Instituto Nacional de Estadística de España. 2008. [En línea] [Acceso el 12 de Octubre de 2008]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
5. Chochinov HM, Wilson K. The euthanasia debate: Attitudes, practices and psychiatric considerations. *Can J Psychiatry* 1996;40:571-651.
6. National Cancer Institute. Depresión. Riesgo de Suicidio en paciente con cáncer [En línea]. [Acceso el 12 de Octubre de 2008]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/depresion/HealthProfessional/page5>
7. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. Depression, hopelessness, and suicidal ideation in the terminal ill. *Psychosomatics* 1998; 39,4:366-70.
8. Bruera E, MacMillan K, Hanson J, MacDonald RN. The Edmonton staging system for cancer pain: preliminary report. *Pain* 1989;37(2):203-9.

9. Endicott J. Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer* 1984; 53:2243-8.
10. Maté J, Hollenstein MF, Gil F. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicoocología* 2004;1(2-3):211-30.
11. Maté Méndez J, Ochoa Arnedo C, Gil Moncayo FL, Porta Sales J. Síntomas psicológicos y psiquiátricos: depresión. En: Porta J, Gómez-Batiste X, Tuca A, editores. *Control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal*. 2ª ed. Madrid: Arán, 2008; p.243-55.
12. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De la Cámara C, Ventura T, et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Med Clin (Barc)* 1999;112:767-74.
13. Ramsey MAE, Savage TM, Simpson BRJ, Goodwin R. Controlled sedation with alphaxalone-alphadalone. *Br Med J* 1974; 2:656-659.
14. Gracia D. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema, 1989.
15. Beauchamp TL, Childress JF. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson, 1998.
16. Code L. *What can she know? feminist theory and the construction of knowledge*. Ithaca, New York: Cornell University Press, 1991.
17. Tietjens Meyers D. *Feminists rethink the self*. Boulder, Col: Westview, Press 1997.
18. Tauber AI. *Patient autonomy and the ethics of responsibility*. Cambridge, Mass: MIT Press, 2005.
19. Martínez K. Hacia un nuevo modelo de relación clínica. *SEMERGEN* 2001; 27:291-6.
20. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE núm. 281 de 24 de noviembre de 1995, p. 33987-34058.
21. Artículo 143 del Código Penal: Inducción y cooperación al suicidio. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
22. Gascón M. Problemas de la eutanasia, Sistema, 1992;106: 81-107.
23. Sentencia del Tribunal Constitucional - Pleno nº 120/1990, de 27 de junio de 1990. BOE 181/1990.
24. Sentencia del Tribunal Constitucional - Pleno nº 137/1990, de 19 de julio de 1990. BOE 181/1990.
25. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, p. 40126-32.
26. Consejo de Europa. Convenio de Asturias de Bioética. Oviedo, 4 de abril de 1997.
27. Kendal WS. Suicide and cancer: a gender comparative study. *Ann Oncol* 2006;18,381-7.
28. Tiernan E, Casey P, O'Boyle C, Birbeck G, Mangan M, O'Siorain L, et al. Relations between desire for elderly death, depressive symptoms and antidepressant prescribing in terminally ill patients with cancer. *J R Soc Med* 2002;95,386-90.
29. Breitbart W. Suicide in cancer patients. *Oncology* 1987;1:49-53.
30. Rosenblatt L, Block SD. Depression, decision making, and the cessation of life-sustaining treatment. *West J Med* 2001;175: 320-325.
31. Akechi T, Nakano T, Akizuki N, Nakanishi T, Yoshikawa E, Okamura H, et al. Clinical factors associated with suicidality in cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* 2002;32(12),506-11.
32. Robertson M. Suicidal ideation in the palliative care patient: Considerations for health care practice. *Aust Soc Work* 2008;61(2),150-67.
33. Breitbart W. Suicide in cancer patients. En: Holland JC, Rowland JH, editors. *Handbook of Psychooncology: Psychological care of the patient with cancer*.

- New York: Oxford University Press; 1989.
34. Bisen JR. Enfermedad médica y suicidio. En Ros S, editor. La conducta suicida. Madrid: ELA; 1997.
 35. FEAFES. Afrontando la realidad del suicidio. Orientaciones para su prevención. [En línea] 2006 [Acceso el 12 de Octubre de 2008]. Disponible en: <http://www.feafes.com/NR/rdonlyres/AA102AF9-B5DA-4BEA-B2BD-03C0F935F02C/9910/Afrontandolarealidaddelsuicidio.pdf>
 36. Clayton J, Butow P, Arnold R, Tattersall M. Fostering coping and nurturing hope when discussing the future with terminally ill cancer patients and their caregivers. *Cancer* 2005; 103:1965-75.
 37. Chochinov HM, Tataryn D, Clinch JJ, Dudgeon D. Will to live in the terminal ill. *Lancet* 1999; 354: 9181:816-9.
 38. Tataryn D, Chochinov HM. Predicting the trajectory of will to live in terminal ill patients. *Psychosomatics* 2002; 43 (5):370-7.
 39. Sullivan M. Hope and hopelessness at the end of life. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003;11,393-405.
 40. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Lander S. Depression, hopelessness, and suicidal ideation in the terminal ill. *Psychosomatics* 1998;39,4:366-70.
 41. Goetzl A. Suicidal ideation at end of life: the palliative care team's role. *Palliat Support Care* 2003;1,275-8
 42. Cavanagh S. The prevalence of cognitive and emotional dysfunction in a general medical population using the MMSE, GHA and BDI. *Gen Hosp Psychiatry* 1983;5:15-21.
 43. Durkin I, Kearney M, O'Siorain L. Psychiatric disorder in palliative care unit. *Palliat Med* 2003;17:212-8.
 44. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. 4th rev. ed. Washington, DC: APA, 2000.
 45. Parker M. Medicalizing meaning: demoralization syndrome and the desire to die. *Aust N Z J Psychiatry* 2004;38:765-73.
 46. González J. y Maté J. Ponencia invitada "Existe un límite en la autonomía" en el Taller caso clínico: ¿existe un límite en la autonomía?. 6º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. San Sebastián. 9 de Junio de 2006.
 47. Maris RW, Berman AL, Maltsberger JT, Yufit IR. Assessment and prediction of suicide. Guildford Press. New York-London, 1992.
 48. Callahan D. Hastings Center Report. The Goals of Medicine. Setting New Priorities. 1996; 26(6) Special Suppl.
 49. Camps V. Los fines de la medicina. [En línea] 2004 [Acceso el 13 de Octubre de 2008]. Disponible en: <http://www.fundaciongrifols.org>
 50. Bayés R. Afrontando la vida, esperando la muerte. Madrid: Alianza Editorial, 2006.
 51. Chapman CR, Gavrin J. Suffering and its relationship to pain. *J Palliat Care* 1993; 9:5-13.
 52. Rubert de Ventós X. Ética sin atributos. Barcelona: Anagrama, 1996.