

IDEAS DE SUICIDIO Y SITUACION TERMINAL: A PROPOSITO DE DOS CASOS.

Carlos Centeno Corfés (), Javier Vega Gutiérrez (**)** y **Pelegrín Martínez Baza (*)**.

(*) *Catedrático de Medicina Legal. Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid.*

(**) *Profesor Titular de Medicina Legal. Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid.*

(***) *Doctor en Medicina. Investigador en Medicina Paliativa. Universidad de Valladolid*

INTRODUCCION

Se comprende bien que el **desánimo o la tristeza** sean reacciones frecuentes ante la situación terminal de enfermedad. Cualquier trabajo realizado sobre enfermos terminales hace referencia a estas manifestaciones de depresión (1-2).

KÜBLER-ROSS (3) describió la fase de depresión con acierto con dos orígenes distintos: reactiva por las pérdidas sufridas y preparatoria o pasiva, que lleva aparejada el dolor por las pérdidas inminentes. También indicó que es entonces cuando pueden aparecer ideas o comportamientos suicidas.

MATERIAL Y METODO

En el curso de una investigación realizada (4) sobre los aspectos psicosociales de la situación terminal en el cáncer, hemos mantenido entrevistas personales con un centenar de pacientes con diagnóstico establecido de cáncer en fase terminal.

Durante la entrevista se evaluaba en primer lugar el grado de satisfacción de sus necesidades psicosociales mediante el Cuestionario de Bienestar Psicosocial (BPS) dise-

ñado expresamente para el estudio. Posteriormente se mantenía una conversación en la que se revisaban las respuestas cerradas del enfermo. La pregunta nº 16 del cuestionario, ¿Tiene miedo al futuro? -contenida en él únicamente por su valor introductorio en la conversación posterior- permitía explorar los temores del enfermo y eventualmente expresar posibles ideas de suicidio o deseos de ser ayudado a morir.

RESULTADOS

En dos pacientes se constataron ideas de suicidio desarrolladas con anterioridad y resueltas sin embargo en el momento de la entrevista. Se anota a continuación un extracto de su informe.

INFORME B21, Eladia, 64 años:

Se encuentra algo cansada. Ha llegado recientemente a la unidad y acaba de terminar una entrevista con la enfermera en la que ya ha contestado un montón de cosas. Está tranquila y según avanza la entrevista sonríe abiertamente y hace alguna broma.

Me cuenta lo mal que ha estado y cómo en el poco tiempo que lleva ha encontrado gran alivio. "Estaba pendiente de un trasplante, pero se me ha reproducido el tumor en el recto y éso es lo que tengo ahora. No podía dormir. Por la noche tenía que ir al baño hasta treinta veces. Con hemorragias y todo. Dolores por todos lados. No sabe bien lo que he pasado. Estaba desesperada. Si no es por mi marido y mi hijo, me tiro al metro. Antes fue como para volverme loca. Seis meses con esos dolores".

INFORME A59, Félix. Linfopitelioma de cavum con neuralgia trigémino.

Félix lo ha pasado muy mal en los últimos meses. Durante toda la conversación -que fue

larga- se mantiene incorporado en la cama apoyado en los codos. "Es por el dolor", me dice. Transcribo las anotaciones: Si usted me preguntara estas cosas -se refiere al cuestionario- hace seis meses, le hubiera contestado totalmente negativo a todo. Ahora tengo fe, porque me parece que esto va mejor y no tengo ya los dolores de antes. Entonces sí que me he sentido muy desanimado. Tenía tantos dolores que creo que son demasiado para un ser humano. Ha sido un año terrible de dolores y deseaba curarme y no me daban solución. No podía dormir. Me asaltaban el dolor 10 ó 12 veces cada noche. No podía moverme. Por la familia, ¿sabe usted?, y porque soy muy creyente aunque no practico mucho, pero no me extraña que haya gente que por eso se suicide. Si. A mí también me venía a la cabeza. Era pasajero: en el momento que te duele. Ahora no. Sé que sería una barbaridad, y cuando lo pensaba, lo pensaba con la boca pequeña como yo digo.

DISCUSION

Los argumentos a favor de la eutanasia y la cooperación al suicidio suelen apoyarse en los casos de enfermos terminales o crónicos, en particular ancianos. Según se dice, tienen derecho a poner fin a una vida que se les hace insoportable.

La experiencia demuestra que raramente un enfermo en situación terminal solicita que se acabe con su vida. En nuestro estudio sólo se constataron ideas suicidas en un 2% de los casos. Aunque éste no era el objeto central de la investigación, también nuestras conversaciones con los profesionales que atendían a los enfermos entrevistados subrayan la escasa frecuencia con que, en nuestro medio, los pacientes demanden ayuda para morir o realicen intentos de suicidio.

Las consideraciones sobre el derecho a la

muerte, muerte digna, etc... se encuentran bien alejadas de las preocupaciones normales de los enfermos y sus familias. Cuando un paciente se plantea ideas suicidas o deseos de ser ayudado a morir, su significado es claramente distinto. Hay que discernir lo que en realidad está solicitando: apoyo, ayuda, un trato humano por parte del personal sanitario. Suele tratarse de la demanda desesperada de atención o cuidados en el marco de una depresión reactiva a una situación insoportable.

Así se aprecia en los dos casos apuntados. En uno de ellos se trataba de agotamiento e imposibilidad de descansar. En el otro la neuralgia del trigémino, posiblemente uno de los dolores más fuertes en clínica. Si se atiende al enfermo, como se aprecia en los dos casos citados, las ideas remiten y se muestran deseados de seguir viviendo aunque se encuentren gravemente enfermos.

También se insiste en el derecho a decidir libre y racionalmente. Sin embargo, dos psiquiatras norteamericanos hacen notar en un reciente artículo publicado en *The New England Journal of Medicine* (5) que quienes se plantean suicidarse o pedir la eutanasia casi nunca lo hacen en virtud de una decisión racional.

Los diversos estudios citados por los autores muestran que entre el 90 y el 100% de los suicidas padecían, en el momento del suicidio, una enfermedad psíquica reconocible. Por tanto, no se puede suponer que una persona con tendencias suicidas obre racionalmente. El artículo examina también el caso de los enfermos crónicos o en situación terminal. Los estudios realizados -advierten los autores- muestran que esos pacientes no desean morir si no presentan además un síndrome

depresivo. Citan una investigación realizada en una muestra de enfermos de cáncer en fase terminal, en la que se demuestra que todos los pacientes que se plantearon la eutanasia padecían en esos momentos una depresión aguda. En un trabajo de los propios autores, de 85 personas que se suicidaron, sólo a una se le había diagnosticado una enfermedad terminal.

Así pues, si se legalizara la cooperación al suicidio, médicos y parientes bienintencionados podrían tomar erróneamente como deliberada la petición de un paciente depresivo que manifiesta no querer vivir.

En nuestra opinión, la *verdadera eutanasia* (buena muerte, en sentido etimológico) se realiza cuando se atiende al paciente de cáncer siguiendo las normas éticas y con todo el arte médico de un buen profesional. Frente a la eutanasia existen soluciones positivas. Son "soluciones médicas". Alternativas que se van abriendo camino, no sin dificultades, en nuestro panorama sanitario.

Se trata de la Medicina Paliativa. Surgida a raíz de la creación a finales de la década de los sesenta, de los primeros hospitales monográficos para enfermos terminales -los *Hospices* británicos-, la medicina paliativa ahora comienza a extenderse por nuestro país, aportando una mentalidad, una filosofía, realmente esperanzadora para los enfermos que atraviesan la situación terminal de enfermedad. La Medicina Paliativa propugna la atención global y soporte del enfermo en situación terminal y de su familia, en cada una de las áreas afectadas por la enfermedad (control de síntomas, necesidades psicológicas y sociales, necesidades espirituales, etc).

Recientemente, un comité de expertos de la OMS (6) ha calificado la legalización de la

eutanasia como innecesaria para la situación actual y recomienda concentrar esfuerzos en la implantación de programas de cuidados paliativos en los países miembros.

Pensamos que admitir la posibilidad de acabar con la vida de un paciente es la suprema negación de toda ética médica, porque la eutanasia repugna frontalmente el sentido de nuestra profesión. Poner unos límites firmes contra la violación de la vida humana hace posible que las relaciones con nuestros semejantes sean dignas, sobre todo cuando su estado de necesidad o incapacidad ponen a prueba nuestra paciencia. Nunca podríamos tener una relación auténtica con una persona si tuviéramos la potestad de acabar con su vida (7).

REFERENCIAS

- 1.OKAZAKI N, YOSHIMORI M, DOTA H, KAKIKAWA F. Informing advanced cancer patients of the terminal nature of their disease and how this influence their mental state. *Gan-No-Rinsho* 1989 Feb; 35 (3): 331-4
- 2.KANE RL, KLEIN SJ, BERNSTEIN L, ROTHENBERG R, WALES J. Hospice Role in alleviating the emotional stress of terminal patients and their families. *Medical care* 1985; vol. 23, 3: 189-197.
- 3.KÜBLER-ROSSE E. On death and dying. Nueva York: Ed. Mac Millan, 1969. (Hay 2ª edición castellana: Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Ed. Grijalbo, 1989).
- 4.CENTENO CORTES C. Medicina Paliativa: necesidades psicosociales del enfermo oncológico en situación terminal (Tesis Doctoral). Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid: 1993.
- 5.CONWEL, CAINE ED. Suicidio, eutanasia y depresión. *The New England Journal of Medicine*, 10-X-1991.
- 6.WHO: World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO Expert Committee. World Health Organization Technical Report Series 804, Geneva, 1990.
- 7.KASS LR. Eutanasia y Autonomía de la persona: vivir y morir con dignidad. *Human Life Review* 1989; Vol.XVI, nº2. (Traducción en Cuadernos de Bioética, diciembre 1990; 4: 24-29).