



Capítulo 60/94

Tratado de psiquiatría clínica  
Massachusetts General Hospital  
2017 - 2018

# ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS Y ÉTICOS DE LA ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA

*Trabajamos para su tranquilidad...*

# Aspectos psiquiátricos y éticos de la atención al final de la vida

*Guy Maytal, MD*

*Lucy A. Epstein Hutner, MD*

*Ned H. Cassem, MA, PhL, MD, SJ, BD*

*Rebecca Weintraub Brendel, MD, JD*

## Puntos clave

- Los psiquiatras se enfrentan a múltiples retos cuando cuidan de un paciente terminal, incluyendo tanto cuestiones diagnósticas y terapéuticas como otras consideraciones éticas y legales más importantes.
- Los psiquiatras pueden ser excepcionalmente útiles en la ayuda a los pacientes terminales, asegurando unos óptimos cuidados paliativos y ayudando al paciente y a su familia en la agonía.
- Se observan frecuentemente problemas psiquiátricos (como depresión, ansiedad, delirium [síndrome confusional], dependencia de sustancias y difícil afrontamiento) en pacientes al final de su vida.
- Los pensamientos suicidas no deberían considerarse únicamente como «comprensibles» y deberían ser abordados activamente por el psiquiatra.
- Los psiquiatras desempeñan un papel importante en la mediación de importantes consideraciones éticas y legales que se producen al final de la vida.

## Perspectiva general

Con casi 2,5 millones de muertes al año en EE. UU.,<sup>1</sup> proporcionar una atención competente y compasiva a pacientes al final de su vida es un deber fundamental de los médicos. El cuidado de los pacientes al final de su vida se lleva a cabo en medio de un complejo trasfondo de problemas médicos, psiquiátricos, éticos y legales. Este capítulo ofrece una perspectiva general de los principios fundamentales de la atención, el diagnóstico y el tratamiento del paciente terminal desde la perspectiva psiquiátrica. También evalúa los conceptos éticos actuales, así como los precedentes legales que rodean esta área en desarrollo de la medicina –donde los avances en tecnología y práctica médica se han extendido a la vida humana y han conllevado la aparición de nuevos conflictos éticos–. En concreto, la atención al final de la vida puede crear tensión entre dos principios médicos fundamentales: no dañar (*primum non nocere*) y aliviar el sufrimiento. Por ejemplo, prescribir un fármaco opiáceo para el alivio del dolor puede involuntariamente (pero predeciblemente) acelerar la muerte de un paciente provocándole una parada respiratoria.

La atención de los pacientes al final de su vida es aún más complicada cuando los pacientes con enfermedades médicas también sufren enfermedades psiquiátricas concomitantes, como depresión y ansiedad, así como trastornos cognitivos o delirium (síndrome confusional). Por último, las decisiones para el final de la vida se producen en un contexto social y legal dinámico. Por ejemplo, la atención reciente sobre los problemas al final de la vida se ha

centrado en el suicidio asistido por médicos y en los temas legales que rodean la retirada de los tratamientos de soporte vital.

## Objetivos del tratamiento

Un primer paso importante en el tratamiento del paciente terminal es que tanto el psiquiatra como el paciente definan los objetivos del tratamiento. Según Saunders,<sup>2</sup> el principal objetivo de la atención es ayudar a los pacientes «a sentirse como ellos mismos» durante el mayor tiempo posible. La atención al final de la vida también ofrece una oportunidad importante, de acuerdo con Kübler-Ross, de abordar y cerrar «asuntos pendientes».<sup>3</sup> Entre los temas frecuentes en esta categoría se encuentran la reconciliación con amigos o familiares distanciados, la resolución de conflictos con seres queridos y la búsqueda de objetivos y esperanzas. Con el incremento de la atención multidisciplinaria en equipo al final de la vida, el psiquiatra debe estar en estrecha comunicación con los demás médicos del paciente en lo que se refiere a los objetivos generales del tratamiento.

Además, según Kübler-Ross,<sup>3</sup> los pacientes terminales pueden pasar por un proceso de transformación (que incluye, pero no se limita a, las etapas de negación, ira, negociación, culpa/depresión y aceptación final). Kübler-Ross escribió que estas etapas pueden ocurrir en un orden concreto, pueden ocurrir simultáneamente y pueden tener una duración variable. Más recientemente, Maciejewski et al.<sup>4</sup> publicaron un análisis empírico de la teoría de las etapas del duelo. Al estudiar 233 individuos en estado de duelo a lo largo de 3 años, estos investigadores encontraron que cada uno de los cinco indicadores de duelo alcanzó su máximo nivel en la secuencia pronosticada por la teoría de la etapa del duelo: incredulidad, anhelo, ira, depresión y aceptación. Dado que todos ellos alcanzaron este nivel máximo a los 6 meses de la pérdida, cualquier persona que continúe presentando indicadores negativos de duelo puede beneficiarse de una evaluación y tratamiento. Los psiquiatras y otros médicos pueden ayudar al paciente terminal en la transición a través de estas etapas, a menudo difíciles, hacia la aceptación (especialmente si los factores negativos persisten).

Hackett y Weisman<sup>5</sup> también desarrollaron cinco objetivos para una «muerte adecuada» que ayudan a centrar los esfuerzos terapéuticos en el tratamiento de un paciente terminal. Entre estos objetivos se encuentran la ausencia de dolor, una funcionalidad óptima dentro de las limitaciones de su discapacidad, la satisfacción de deseos pendientes, el reconocimiento y la resolución de conflictos pendientes y la entrega del control a personas de confianza.

El principio más importante en el tratamiento del paciente terminal quizás sea que este se adapte a sus circunstancias individuales. Dentro de todos los objetivos y directrices generales, las características únicas de cada paciente requerirán una cuidadosa adaptación de las intervenciones clínicas. Esta aproximación caso a caso solo puede lograrse conociendo al paciente y a su familia, respondiendo a sus necesidades e intereses, procediendo a su ritmo y permitiéndoles configurar la forma en que las personas que lo asisten se comporten. Los psiquiatras y otros médicos cuidadores deberían resistir el impulso de tratar de obligar al paciente a encajar en algún modelo concreto del proceso terminal. En otras palabras, no existe una «mejor» forma de morir.

Los cuidados paliativos a menudo cumplen una función importante para el paciente terminal mediante la incorporación de apoyo espiritual y familiar, el tratamiento del dolor, servicios de apoyo familiar y un abordaje multidisciplinario para la atención médica y de enfermería. Cuando el hospital para enfermos terminales de San Cristóbal abrió sus puertas en 1967 con

la señora Cicely Mary Saunders como directora médica, se centró en permitir que un paciente «viviera hasta el límite de sus posibilidades en cuanto a su fortaleza física, capacidad mental y emocional y relaciones sociales».<sup>2</sup>

Desde entonces, los cuidados paliativos se han convertido en un medio ampliamente aceptado de proporcionar atención a los enfermos terminales fuera de un entorno hospitalario. Los cuidados paliativos pueden proporcionar un amplio espectro de servicios a estos pacientes (entre los que se encuentran ayuda de enfermería domiciliaria, apoyo familiar, consejo espiritual, tratamiento del dolor, medicación, atención médica y algún tipo de atención hospitalaria). En 1994,<sup>6</sup> aproximadamente 340.000 pacientes enfermos terminales recibieron cuidados paliativos en EE. UU. En 2011, esa cifra se elevó a 1,1 millones, asociada con el 45% de las muertes en EE. UU.

Desde que el Congreso de EE. UU. promulgó la prestación de los cuidados paliativos por el Medicare en 1982, la gran mayoría de los servicios de cuidados paliativos han sido pagados por Medicare. En 2011, casi el 85% de los pacientes en cuidados paliativos recibieron servicios a través de prestaciones de Medicare.<sup>6</sup> Para ser candidatos a la prestación de cuidados paliativos, los posibles receptores de dichos cuidados deben ser enfermos terminales, y su médico y el director médico encargado de los cuidados paliativos deben certificar que el paciente vivirá 6 meses o menos si su enfermedad sigue una evolución normal.<sup>7</sup>

A medida que los cuidados paliativos han crecido fuera de los hospitales, la medicina paliativa se ha desarrollado como una disciplina en los hospitales generales para abordar el «cuidado y manejo de las necesidades físicas, psicológicas, emocionales y espirituales de los pacientes (de todas las edades) y sus familias, con enfermedades crónicas, debilitantes o que ponen en peligro su vida».<sup>8</sup> Estos comprenden establecer objetivos de la atención, abordar los síntomas (como el dolor y la disnea), trabajar con las familias de los pacientes y enseñar a equipos médicos las necesidades específicas de los pacientes terminales. El número de programas de cuidados paliativos ha crecido rápidamente. De 2000 a 2010, el número de equipos de cuidados paliativos en entornos hospitalarios aumentó de 658 (representando el 25% de los hospitales de EE. UU.) a 1.635 (representando el 66% de los hospitales de EE. UU.).<sup>9</sup>

## **Papel del psiquiatra**

La experiencia psiquiátrica es fundamental para la atención de los pacientes al final de su vida. Los psiquiatras, en virtud de su formación y experiencia, aprecian el impacto del proceso de la enfermedad sobre la conducta, la cognición y el afecto. Además, comprenden los factores muy subjetivos e individuales que contribuyen al significado personal de la enfermedad, los tipos y rasgos de personalidad y las respuestas inadaptadas a la enfermedad.<sup>10,11</sup> Por consiguiente, el psiquiatra puede desempeñar muchas funciones – incluidas facilitar el tratamiento médico, mejorar la comunicación entre el paciente y sus cuidadores y modelar cualidades que pueden ser útiles para el paciente–.

Sobre todo, el principal papel del psiquiatra es el diagnóstico y tratamiento de los síntomas y enfermedades psiquiátricas. Al igual que con todos los demás pacientes, es fundamental tener en cuenta los factores que contribuyen al sufrimiento psiquiátrico, incluyendo las enfermedades biológicas, el perfil psicológico, los factores psicosociales y la capacidad funcional. Entre los problemas más frecuentes que conducen a intervenciones psiquiátricas



en el paciente terminal se encuentran la depresión mayor, la ansiedad, los trastornos de la personalidad, el delirium y otros síndromes orgánicos cerebrales, el dolor resistente, el consumo de drogas y otras sustancias, el deterioro cognitivo (incluida la demencia) y problemas relacionados con el duelo.<sup>12,13</sup>

## **Depresión**

Cuanto más gravemente enferma esté una persona, es más probable que dicha persona desarrolle una depresión mayor.<sup>14</sup> Contrariamente a la errónea idea popular, la depresión no constituye una parte «normal» del proceso terminal. Se trata más bien de un síndrome que ocurre con una prevalencia predecible (10-25% dependiendo del tipo de cáncer) y que puede ser tratado.<sup>15,16</sup> Entre los factores de riesgo asociados con la depresión en pacientes con cáncer se encuentran una alta carga de morbilidad, una menor funcionalidad, apegos inseguros, una baja autoestima y edades más jóvenes.<sup>17</sup> Es necesaria una cuidadosa vigilancia de la depresión, ya que los síntomas de la depresión y el impacto de esta en otros aspectos de la vida del paciente y de la atención médica son complicados. Por ejemplo, Ganzini et al.<sup>18</sup> documentaron que los pacientes gravemente deprimidos preparaban instrucciones previas más restringidas cuando estaban deprimidos, que luego cambiaban cuando su depresión remitía.

Así, el tratamiento activo de la depresión es una piedra angular de la atención, ya que disminuye drásticamente el sufrimiento y mejora la calidad de vida. En cuanto a tratamientos específicos, los datos apoyan el uso de tratamientos farmacológicos y la psicoterapia (especialmente la terapia cognitivo-conductual) para el tratamiento de la depresión en pacientes con cáncer.<sup>19</sup> Los psiquiatras pueden considerar el uso tanto de antidepresivos (como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina [ISRS]) como de tratamientos de acción rápida (incluidos los psicoestimulantes) que vayan dirigidos a síntomas específicos (p. ej., disminución de la energía y el apetito). Los psicoestimulantes tienen varias ventajas sobre los antidepresivos habituales, incluidas la rápida mejoría del estado de ánimo y la potenciación de los efectos con los estupefacientes administrados conjuntamente (con menos sedación asociada).

Los pensamientos suicidas no deben considerarse únicamente como una respuesta «comprensible» a la enfermedad terminal, sino más bien como otra enfermedad que merece una evaluación y un tratamiento inmediatos.<sup>13</sup> También es importante diferenciar la ideación suicida de un deseo declarado de acelerar la muerte. El deseo de acelerar la muerte ha sido identificado de forma constante entre una minoría de enfermos terminales.<sup>18-20</sup> Si bien el deseo de acelerar la muerte se asocia frecuentemente con la depresión, otros factores (como el dolor, preocupaciones existenciales, pérdida de funcionalidad y circunstancias sociales) también desempeñan un papel importante.<sup>17,20-28</sup> Es importante señalar que los pacientes que expresan un deseo de acelerar su muerte es más probable que expresen su angustia, y no necesariamente están planeando dañarse a sí mismos. Por tanto, el consultor psiquiátrico necesita escuchar atentamente al paciente que desea acelerar su muerte, tratar cualquier problema psiquiátrico o físico subyacente y tomar medidas para disminuir su angustia.<sup>29</sup>

## **Ansiedad**

La ansiedad ocurre frecuentemente al final de la vida y requiere atención psiquiátrica.<sup>12,13</sup> La muerte inminente puede generar ansiedad grave tanto en aquellos que se enfrentan a la muerte como en sus familiares, amigos y cuidadores. El paciente que experimenta la ansiedad que rodea la muerte no necesariamente puede articular sus miedos, que pueden expresarse como ira, introspección o preocupación. Entre los frecuentes miedos asociados con la muerte se encuentran la impotencia o la pérdida de control, sentimientos de culpa y castigo, dolor o daño físico, o la sensación de abandono.<sup>12-14,28-30</sup> El psiquiatra puede ser útil abordando estos temores y explorando problemas relacionados con el aislamiento, el abandono y el sufrimiento. Las técnicas basadas en la conciencia plena para reducir el estrés y la ansiedad pueden ser eficaces.<sup>31</sup> La atención apropiada también debe dirigirse al manejo psicofarmacológico de la ansiedad.

## **Consideraciones de la personalidad**

El paciente enfermo terminal que tiene un trastorno de la personalidad (como uno narcisista o límite) o un afrontamiento complicado (p. ej., asociado a antecedentes de trauma o un trastorno de estrés postraumático) puede suponer un reto especial para los proveedores de la atención. A estos pacientes les puede resultar difícil, si no imposible, aceptar la ayuda y confiar en sus cuidadores. Esto puede interferir en la capacidad del paciente de aceptar el consuelo de los demás.<sup>10,12,13</sup> Para este paciente, gran parte de la situación está fuera de su control inmediato; esto provoca la regresión y el uso de unas defensas más primitivas (como la escisión [splitting]). Esto puede manifestarse en forma de una mala comunicación con las personas que lo tratan, un inadecuado control del dolor y una dificultad en la resolución de conflictos interpersonales.<sup>13</sup> Los psiquiatras pueden encontrar útil recurrir a técnicas psicodinámicas de diagnóstico y tratamiento para ayudar a esa persona a aceptar los cuidados paliativos.<sup>12</sup> En concreto, el manejo psicoterapéutico centrado en los síntomas puede limitar la agresividad del paciente y su autodestrucción, así como mejorar la empatía del personal con el paciente.<sup>32</sup> En estas situaciones es importante trabajar estrechamente con la familia y los amigos del paciente, así como con el equipo médico.<sup>12,13</sup>

## **Delirium y cambios cognitivos**

A medida que la enfermedad terminal progresa, pueden producirse complicaciones médicas (como el delirium y otros cambios cognitivos). Estas complicaciones pueden manifestarse en forma de confusión, psicosis, agitación o una multitud de otros síntomas que pueden ser provocados por la enfermedad médica, el tratamiento, una reacción a la enfermedad o una combinación de causas. El tratamiento eficaz de los cambios del afecto, la conducta y la cognición debido al delirium es muy importante clínicamente, ya que puede indicar un empeoramiento de la enfermedad médica y puede afectar en gran medida a la calidad del tiempo que el paciente pasa con amigos, familiares y cuidadores.<sup>12,13</sup>

## **Dolor**

El tratamiento del dolor ofrece complejos retos que requieren mucha experiencia. La ausencia de dolor es fundamental en todos los planes de atención y debe poder alcanzarse en la mayoría de los casos.<sup>12</sup> Sin embargo, debido a múltiples razones, el dolor es a menudo tratado de

forma inadecuada por el personal médico.<sup>33-37</sup> Varios estudios han demostrado que hasta uno de cada dos pacientes con cáncer tiene dolor que es infratratado.<sup>35</sup> El manejo del dolor puede ser especialmente difícil en aquellos pacientes con antecedentes de dependencia de sustancias; estos individuos es más probable que reciban un tratamiento para el dolor inadecuado frente a aquellos sin antecedentes de consumo o dependencia de sustancias.<sup>11,38,39</sup> Esto puede deberse a preocupaciones relacionadas con dosis de opiáceos más altas de lo esperado (o en aumento), el posible uso inadecuado o la toma de diversos fármacos, y el miedo a las consecuencias legales de prescribir estupefacientes a un paciente con dependencia de sustancias.<sup>38,40,41</sup> La evidencia de un consumo puede implicar análisis toxicológicos inesperadamente positivos, frecuentes solicitudes de aumentos de dosis, informes recurrentes de recetas perdidas y múltiples visitas a varios proveedores o servicios de urgencias para solicitar nuevas prescripciones.<sup>42</sup>

El cuidado de pacientes con enfermedad terminal con antecedentes adictivos plantea varios problemas. La toma excesiva y la toxicidad inducida por los opiáceos en forma de delirium, mioclonías y convulsiones asociadas disminuyen la calidad de vida del paciente.<sup>43</sup> Sin embargo, las prácticas de prescripción restrictivas en pacientes con antecedentes adictivos pueden llevar a personas con dolor a desarrollar una «seuoadicción», un síndrome de conducta anómala causada por un tratamiento inadecuado del dolor.<sup>44</sup> El alivio adecuado del sufrimiento exige el reconocimiento y el tratamiento de los problemas de consumo de drogas y otras sustancias activas.<sup>45</sup> El objetivo del cuidado requiere que el médico separe el manejo del dolor del paciente del de la adicción y el tratamiento de ambos.<sup>11,46</sup>

Es fundamental disponer de un conjunto uniforme de prácticas clínicas para el cuidado de estos pacientes, para evitar la angustia del paciente y del personal.<sup>47</sup> Concretamente, pueden ser útiles en el tratamiento de la persona con enfermedad terminal con dependencia de sustancias controlar cuidadosamente el uso de estupefacientes en ese paciente, emplear un equipo multidisciplinario, estimular el tratamiento del consumo de drogas y otras sustancias, limitar el poder de prescripción a un solo proveedor y utilizar pruebas de detección (p. ej., análisis de tóxicos en la orina).<sup>48</sup>

## Consideraciones psicosociales

La atención adecuada al final de la vida implica una comprensión de las principales áreas de preocupación psicosocial (como la familia, el trabajo, la religión, la fe, la raza y la cultura). La presencia de la familia es fundamental para ayudar al paciente a resolver conflictos de larga duración (si es posible) y proporcionar un contexto para honrar y recordar al paciente.<sup>12</sup> Los psiquiatras y otros profesionales de salud mental pueden ayudar a la familia de diversas formas, como, por ejemplo, mediante el estudio de las formas previas de afrontar la enfermedad, evaluando y apoyando la comunicación y la cohesión de la familia, y analizando cómo los miembros de la familia se relacionan entre sí.<sup>13,49</sup> Al mismo tiempo, una comprensión de las complejidades de las interacciones familiares (tanto positivas como negativas) ayuda a prevenir el daño a un sistema familiar potencialmente frágil. Por ejemplo, un estudio clínico aleatorizado reciente sobre la terapia de duelo centrada en la familia encontró que esta podría ayudar a prevenir el duelo patológico de los miembros de la familia; sin embargo, existía la posibilidad de aumentar el conflicto en familias donde el nivel de hostilidad era alto.<sup>50</sup> Como en las relaciones familiares, un sentido de identidad profesional puede ayudar a elaborar un significado para un paciente al final de su vida.<sup>12</sup> El trabajo es

importante para fomentar la autoestima y el concepto de sí mismos de una gran parte de la población. Como dijo un paciente: «Eres lo que haces».<sup>51</sup> A medida que un paciente empieza a sentirse menos valorado cuando ya no trabaja o se jubila, la presencia de compañeros previos y actuales puede ser de mucha ayuda. Del mismo modo, una discusión meditada sobre las creencias y la fe de un paciente puede proporcionar la posibilidad de que el paciente profundice en el sentido del significado y las creencias sobre la vida al finalizar esta.<sup>13</sup>

Muchos pacientes estarán agradecidos por la posibilidad de expresar sus pensamientos sobre su fe. El líder religioso propio del paciente, si está disponible, puede proporcionar información valiosa e ideas sobre el paciente y la familia, y ayudar a simplificar el período previo a la muerte. Para la mayoría de los estadounidenses, la creencia religiosa es una parte fundamental de su comprensión del mundo y de su papel en él. Por ejemplo, el 86% de los estadounidenses creen en un Dios personal que responde a sus oraciones, el 79% creen en los milagros, el 70-85% rezan regularmente por una buena o mejor salud y el 72% creen que Dios puede curar a las personas que no tienen posibilidades de sobrevivir con la ciencia médica.<sup>52</sup> Los psiquiatras deberían tener en cuenta las actitudes y creencias religiosas de los pacientes con respecto a la enfermedad y la muerte, y consultar al clero local o la capellanía del hospital, según corresponda.

Algunos autores, como Feifel,<sup>53</sup> han comparado la orientación religiosa extrínseca (en la que la religión es principalmente un medio para conseguir una posición social, seguridad o alivio de la culpabilidad) frente a la orientación religiosa intrínseca (en la que los valores parecen internalizados y tienen un sentido final en sí mismos). El trabajo experimental<sup>54</sup> y la experiencia clínica<sup>12</sup> indican que un sistema de valores extrínsecos, sin internalización, parece ofrecer menos ayuda para afrontar una enfermedad mortal que el compromiso religioso intrínseco (que puede ofrecer una considerable estabilidad y fortaleza).

Los pacientes de comunidades con bajos recursos o poblaciones minoritarias de EE. UU. pueden tener necesidades que no pueden ser atendidas por el sistema de salud actual. Por desgracia, los mismos factores institucionales, culturales e individuales que generan disparidad en la atención a poblaciones minoritarias también afectan la atención al final de la vida.<sup>55,56</sup> Entre estos factores se encuentran la falta de acceso a la atención, el tratamiento inadecuado del dolor y la desconfianza en el sistema de atención sanitaria.<sup>55-58</sup> Además, se pueden encontrar diferencias importantes entre grupos étnicos y culturas en todas las áreas de la atención al final de la vida. Por ejemplo, varios estudios han demostrado que los pacientes afroamericanos, así como personas de edad avanzada de otros orígenes étnicos (como latinos, asiáticos o nativos americanos), tienen menos probabilidades de disponer de unas instrucciones previas en comparación con los pacientes caucásicos.<sup>59</sup> También hay diferencias importantes en cuanto a las preferencias por un tratamiento de soporte vital. Por ejemplo, en un estudio en el que participaron varios grupos étnicos, los afroamericanos tenían la tasa más alta de preferencia por un tratamiento de soporte vital, mientras que los americanos de origen europeo tenían las tasas más bajas.<sup>60</sup>

Muchos otros estudios han demostrado una preferencia de los afroamericanos por elegir más frecuentemente tratamientos de soporte vital y la reanimación cardiopulmonar ante la enfermedad terminal.<sup>61-64</sup> Además, la cultura también puede influir en el proceso de la toma de decisiones. Por ejemplo, la toma de decisiones centrada en la familia (en lugar de centrada en el individuo) es frecuente en ciertos grupos étnicos de EE. UU., lo que desafía el modelo occidental tradicional de la importancia de la autonomía individual.<sup>55</sup> Los estudios han encontrado que la toma de decisiones centrada en la familia (más frecuente en EE. UU. entre grupos latinos y asiáticos) puede incluir la decisión de revelar (o no revelar) el diagnóstico



de una enfermedad terminal a un paciente determinado.<sup>59</sup> Así, la sensibilidad cultural y la curiosidad respetuosa por parte de los psiquiatras juega un papel importante en la mediación de los cuidados al final de la vida de pacientes de todas las etnias y culturas.

## **Retos para los proveedores de cuidados**

La intensidad emocional asociada a proporcionar empatía y apoyo al paciente terminal puede desafiar y agotar a sus cuidadores (tanto familiares como profesionales). Los cuidadores pueden sentirse indefensos y desanimados ante su impotencia por la muerte inminente de un paciente. Si no se abordan, estos sentimientos pueden llevar al cuidador a replegarse, a evitar al paciente o incluso a atacar (p. ej., expresar que el paciente es una carga de la que ocuparse). Esto podría ser devastador para el paciente indefenso que busca en su cuidador esperanza y un cuidado compasivo.

Por tanto, una de las mayores cargas psicológicas de los cuidadores es aprender a vivir con sus sentimientos negativos (en lugar de promulgarlos) y ser conscientes de sus impulsos por evitar al paciente. Para los cuidadores con una forma concreta de relacionarse con los demás, estos requisitos empáticos pueden resultar desalentadores. Por ejemplo, un cuidador con una personalidad dependiente puede esperar que los pacientes aprecien, agradezcan, quieran y cuiden de ellos. Estos cuidadores corren peligro de agotarse porque «no pueden hacer mucho». Esto puede ser soportable si un paciente es capaz de reconocer y apreciar de forma habitual al cuidador, pero podría conducir a un resultado desastroso si el paciente está agotado o es hostil. En este último caso, cuanto más difícil es el cuidado, menos gratificante es el trabajo. A continuación aparecerán el agotamiento y la desmoralización.

## **Ética y cuidados al final de la vida**

### **Principios**

El cuidado al final de la vida, por su naturaleza, está unido a una serie de cuestiones éticas a las que el psiquiatra probablemente se enfrentará. Esta breve exposición de principios no pretende sustituir la necesidad de la valoración individualizada específica de cada paciente. Los principios proporcionan puntos de apoyo a partir de los cuales se puede realizar el juicio clínico, especialmente cuando se propone limitar el tratamiento de soporte vital.

La obligación principal del médico con el paciente en la deontología médica tradicional se ha expresado en términos positivos y negativos. El objetivo negativo, siempre referido primero, es no dañar al paciente (*primum non nocere*). La obligación positiva es restaurar la salud, aliviar el sufrimiento, o ambos. Nuestro dilema actual, como ha señalado Slater,<sup>65</sup> surge porque ahora tenemos muchas situaciones en las que estos dos objetivos entran en conflicto (es decir, cuanto más intensivos son los esfuerzos por revertir una enfermedad incurable, más sufrimiento se inflige al paciente). La medicina de forma habitual tolera este conflicto cuando el pronóstico es el de la recuperación (p. ej., meses de cirugías complicadas y rehabilitación en una víctima joven de un accidente de tráfico). Sin embargo, el dilema con respecto a estos dos valores es más llamativo cuando la intervención no puede conducir a una recuperación significativa de la calidad de vida. Por ejemplo, si un hombre de 70 años de edad con cáncer de pulmón de células grandes presenta enfermedad metastásica, cualquier

tratamiento para el cáncer es probable que le haga sentirse peor y es poco probable que prolongue su supervivencia.

En segundo lugar, la medicina moderna respeta el derecho a la autonomía del paciente. Este principio garantiza a cualquier paciente capacitado el derecho a rechazar cualquier tratamiento, incluso uno que pueda salvar su vida. Este fue el foco de atención del campo de la ética médica en los años setenta y ochenta, cuando se centró en el derecho de un paciente a rechazar un tratamiento que prolongase su vida, como la ventilación mecánica; y, más recientemente, el derecho a rechazar su nutrición e hidratación. Honrar estos rechazos presupone que el paciente está capacitado. Es importante recordar que los pacientes capacitados pueden tomar decisiones que los proveedores pueden considerar irracionales.<sup>66</sup> Sin embargo, un paciente no puede insistir en que el médico le proporcione un tratamiento que el médico considere ineficaz o contrario a la buena práctica clínica.<sup>67-70</sup> La definición de «inutilidad» continúa siendo polémica en la ética médica. Algunos continúan insistiendo en que se puede alcanzar una definición objetiva de inutilidad, y que simplemente se necesita ponderar la autonomía del paciente para optar por un tratamiento intensivo y el deber del médico de no ofrecer o proporcionar tratamientos que sean ineficaces o incluso perjudiciales.<sup>71</sup> Sin embargo, otros argumentan que la noción de una definición objetiva de inutilidad es inalcanzable y poco práctica. Señalan que la noción de inutilidad simplemente enmascara un conflicto de valores entre dos puntos de vista de la misma situación. Por ejemplo, los familiares de un paciente terminal pueden pensar que vale la pena mantener a su ser querido a toda costa, incluso por unas pocas horas, mientras que el equipo clínico puede que no y en su lugar consideren que esos esfuerzos son «inútiles». Estos especialistas en ética defienden un enfoque orientado en el proceso en torno a los conflictos al final de la vida que mejore la comunicación entre médicos, familiares y pacientes.<sup>72</sup>

### **Limitación del tratamiento de soporte vital**

Un concepto destacado para los psiquiatras es entender la limitación del tratamiento de soporte vital. Siempre que los riesgos o cargas de un tratamiento parezcan superar los beneficios, el uso de ese tratamiento debe ser cuestionado tanto por el médico como por el paciente. La limitación del tratamiento que prolongue la vida se reserva generalmente a tres tipos de pacientes. En primer lugar, los pacientes cuya enfermedad se considera irreversible, que están agonizando y necesitan ser protegidos de tratamientos innecesariamente onerosos, pueden rechazar tratamientos de soporte vital. Esto está ampliamente aceptado en pacientes que van a morir con o sin tratamiento (como el paciente con un cáncer metastásico avanzado). En segundo lugar, debido a su derecho de rechazar el tratamiento, los pacientes capacitados que no están agonizando pero que tienen una enfermedad irreversible a menudo optan por suspender los tratamientos de soporte vital. Por último, los pacientes capacitados con una enfermedad reversible tienen derecho a rechazar cualquier tratamiento, incluidos los tratamientos que salven su vida.

Sin embargo, las complicaciones surgen cuando un paciente es incapaz de tomar una decisión o de expresar sus deseos. En ausencia de esta información, a menudo depende de los responsables el tomar decisiones y decidir lo que el paciente habría querido en estas circunstancias. Si no se dispone de un representante para tomar estas decisiones, el equipo médico (a menudo tras consultar con el abogado del hospital) recurrirá al «estándar de la

persona razonable» para preguntar qué podría hacer una «persona razonable» en estas situaciones.

Desde el punto de vista jurídico, el Estado tiene un interés jurídico reconocido en preservar la vida, y puede ser difícil determinar si el paciente tenía un interés compensatorio de autonomía. Un ejemplo histórico fue el caso de Karen Ann Quinlan, una mujer de 21 años que en 1976 presentó un coma irreversible mientras estaba en una fiesta. Este caso se convirtió en una batalla legal entre el derecho de la madre de Quinlan (quien como su tutora quería retirar el tratamiento de soporte vital de su hija y permitir que su hija muriera) y el interés del Estado en preservar su vida. Al final, la Corte Suprema de Nueva Jersey decidió que, si se creía, en un grado razonable, que el coma era irreversible, el tratamiento de soporte vital (p. ej., un respirador) podría ser suspendido.<sup>73</sup> Ahora, más de 30 años después, la recomendación médica estándar en el caso de un coma irreversible es suspender todo tratamiento (incluida la nutrición y la hidratación). Esta decisión se toma sobre el principio de la inevitabilidad de la muerte y la inutilidad de cualquier tratamiento para evitarla.

En pacientes en estado vegetativo persistente (EVP) (un estado en el que los pacientes mantienen la función troncoencefálica pero con una pérdida total de la función cortical) surge una coyuntura complicada.<sup>74-77</sup> El diagnóstico de un EVP se hace cuando un paciente no es consciente de sí mismo y de su entorno y no hay perspectiva de ningún cambio en este estado por cualquier medio. Las características clínicas y el diagnóstico de esta afección se establecen, pero dado el espectro desde el EVP a la plena conciencia, la realidad clínica es que el diagnóstico del EVP no puede ser absolutamente seguro. Por otra parte, no hay una prueba estándar que determine el nivel de conciencia y los datos sobre su pronóstico son escasos.<sup>77</sup> En ausencia de precisión clínica, han surgido principios de conflicto.

Ha habido varios casos legales conocidos de pacientes en EVP en los que existía un conflicto en torno a si se les podía permitir morir (especialmente el caso de Nancy Cruzan en 1990).<sup>78,79</sup>

La difícil coyuntura del EVP se encontró recientemente en el caso de Theresa Schiavo de 1998 a 2005.<sup>80</sup> En este caso tan público y polémico, se decidió que Theresa Schiavo debía estar en EVP en 1990. En 1998, su esposo, que era su tutor legal, deseaba retirar la nutrición y la hidratación que mantenían su vida, de acuerdo con lo que él creía que hubiera sido su deseo. Sin embargo, sus padres se opusieron a la retirada de las medidas de soporte vital porque creían que la señora Schiavo estaba consciente.<sup>80</sup> Este caso resalta la confusión y la controversia que rodea la retirada de la atención médica en pacientes en EVP.<sup>81</sup> El caso reavivó el debate público sobre la retirada de los cuidados al final de la vida. Y muchos estados comenzaron a debatir el número de pruebas necesarias para establecer cuándo un paciente incapacitado, cuando estaba capacitado, habría optado por la retirada de los cuidados de soporte vital.

En su conjunto, los casos legales relativos explícitamente a la toma de decisiones al final de la vida dan a los pacientes el derecho de ejercer su autonomía respecto a qué atención recibirán al final de su vida. Los pacientes capacitados pueden dar a conocer estos deseos mediante la redacción de unas instrucciones previas, que surten efecto en caso de una incapacidad futura para tomar o expresar decisiones sobre su cuidado. Estas instrucciones pueden ser de carácter explicativo, pueden nombrar a un sustituto, o ambas. Las instrucciones previas explicativas que ponen límites al tratamiento de soporte vital, sin embargo, pueden ser por razones clínicas difíciles de interpretar. Las instrucciones previas que designen a un responsable sustituto con quien el paciente haya discutido sus deseos pueden ser una forma más flexible de cumplir los deseos del paciente. Concretamente, un tomador de decisiones sustituto puede utilizar su conocimiento de los deseos expresados previamente por el paciente

en combinación con el escenario clínico real para alcanzar (de forma más fiable) el resultado que el paciente habría deseado, si estuviese capacitado.

## **Suicidio asistido por un médico**

Aunque los pacientes tienen muchos derechos de autonomía para expresar sus deseos de atención al final de su vida, hay límites en la capacidad del paciente para controlar su muerte. Concretamente, un paciente puede expresar el deseo de que un médico dé fin a su vida (eutanasia). Sin embargo, la eutanasia, aunque sea solicitada por el paciente, es ilegal en los 50 estados y en todos los distritos y territorios de EE. UU. A diferencia de la eutanasia, el suicidio asistido por un médico se ha convertido en legal en los estados de Oregón, Washington, Montana y más recientemente en Vermont. En pacientes que cumplen unos criterios específicos (incluidos tener un pronóstico menor de 6 meses y haber sido evaluados por al menos dos médicos con respecto a su solicitud de morir), el suicidio asistido por un médico permite a los médicos ayudar a los pacientes a adquirir los medios para poner fin a sus vidas (prescribiendo una dosis letal de medicamentos), pero no permite al médico administrar realmente esos medios. Aunque Oregón ha legalizado esta práctica, la medicina organizada (incluida la psiquiatría organizada) se opone a dicha práctica. El debate sobre el suicidio asistido por médicos continuará sin duda mientras otros estados consideran aprobar leyes que autoricen el suicidio asistido por un médico.

## **Conclusión**

En conclusión, el objetivo de la atención al final de la vida es maximizar la calidad de vida y minimizar el sufrimiento de los pacientes con enfermedades terminales. Para muchos pacientes, el final de su vida marca una importante oportunidad para reflexionar, reconciliarse y perseguir expectativas pendientes. El psiquiatra puede desempeñar un papel importante tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas en esta situación, así como facilitar el tratamiento, mejorar la comunicación y modelar las cualidades del cuidador para la atención a las familias. Desde una perspectiva psiquiátrica, se observan frecuentemente la depresión mayor y la ansiedad; y la tendencia suicida no debe ser considerada «comprensible» o «normal» en esta situación. El delirium, el dolor y las dificultades de afrontamiento son también razones frecuentes para solicitar una consulta. Como en todas las otras formas de evaluación y tratamiento psiquiátricos, es fundamental tener en cuenta cualquier contribución médica a los síntomas psiquiátricos. El tratamiento intensivo de la depresión, la ansiedad y otros síntomas psiquiátricos es una parte fundamental del tratamiento holístico. Además, los factores psicosociales también pueden desempeñar un papel importante (y, a veces, complicado) en el cuidado de estos pacientes. Los psiquiatras también deben ser conscientes y estar preparados para manejar muchas de las complejas cuestiones éticas y legales que surgen en el cuidado de estos pacientes.

Los médicos tienen claras obligaciones en el cuidado de sus pacientes, y los pacientes tienen derecho a su autonomía en la toma de decisiones. Una práctica clínica y ética adecuada requiere que el médico ayude al enfermo terminal en los procesos complejos y a menudo simultáneos de duelo y celebración, conciliando los conflictos y dando fin a asuntos inacabados, alcanzando las últimas expectativas y aceptando objetivos inalcanzados, aliviando el sufrimiento y maximizando la autonomía y la individualidad hasta la muerte.



Acceda online a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

## Bibliografía

1. Centers for Disease Control and Prevention Faststats website. <[www.cdc.gov/nchs/fastats/deaths.htm](http://www.cdc.gov/nchs/fastats/deaths.htm)>; [accessed August 15, 2013].
2. Saunders C, ed. *The management of terminal illness*. Chicago: Year Book Medical; 1978.
3. Kübler-Ross E. *On death and dying*. New York: MacMillan; 1969.
4. Maciejewski PK, Zhang B, Block SD, et al. An empirical examination of the stage theory of grief. *JAMA*. 2007;297(7):716–723.
5. Hackett TP, Weisman AD. The treatment of the dying. *Curr Psychiatr Ther*. 1962;2:121–126.
6. National Hospice and Palliative Care Organization. NHPCO's facts and figures—2012 findings. Available at <[http://www.nhpco.org/sites/default/files/public/Statistics\\_Research/2012\\_Facts\\_Figures.pdf](http://www.nhpco.org/sites/default/files/public/Statistics_Research/2012_Facts_Figures.pdf)>; [accessed September 1, 2013].
7. Centers for Medicare and Medicaid Services: Medicare hospice benefits. Available at <<http://www.medicare.gov/coverage/hospice-and-respite-care.html>>; [accessed September 1, 2013].
8. Center to Advance Palliative Care. Available at <[www.capc.org](http://www.capc.org)>; [accessed September 1, 2013].
9. Center to Advance Palliative Care. Growth of Palliative Care in U.S. Hospitals 2012 Snapshot. Available at <<http://reportcard.capc.org/pdf/capc-growth-analysis-snapshot-2011.pdf>>; [accessed on September 1, 2013].
10. Kim HF, Greenberg DB. Coping with medical illness. In: Stern TA, Herman JB, eds. *Massachusetts General Hospital psychiatry update and board preparation*. ed 2. New York: McGraw-Hill; 2004.
11. Brendel RW, Cohen MA. End-of-life issues. In: Cohen MA, Gorman JM, eds. *Comprehensive textbook of AIDS psychiatry*. New York: Oxford University Press; 2008:567–576.
12. Brendel RW, Wei M, Epstein LA, et al. Care at the end of life. In: Stern TA, Fricchione GL, Cassem NH, eds. *Massachusetts General Hospital handbook of general hospital psychiatry*. ed 6. Philadelphia: Saunders; 2010.

13. Reddick B, Brendel RW, Cassem NH. Treatment decisions at the end of life. In: Stern TA, Herman JB, eds. *Massachusetts General Hospital psychiatry update and board preparation*. ed 2. New York: McGraw-Hill; 2004.
14. Cassem NH. Depression and anxiety secondary to medical illness. *Psychiatr Clin North Am*. 1990;13:597–612.
15. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2004;32P:57–71.
16. Pirl WF. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2004;32P:32–39.
17. Rodin G, Lo C, Mikulincer M, et al. Pathways to distress: the multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. *Soc Sci Med*. 2009;68:562–569.
18. Ganzini L, Lee MA, Heintz RT, et al. The effect of depression treatment on elderly patients' preferences for life-sustaining medical therapy. *Am J Psychiatry*. 1994;1051:1631–1636.
19. Williams S, Dale J. The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review. *Br J Cancer*. 2006;94:372–390.
20. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA*. 2000;284(22):2907–2911.
21. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, et al. Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry*. 1995;152(8):1185–1191.
22. Kelly B, Burnett P, Pelusi D, et al. Factors associated with the wish to hasten death: a study of patients with terminal illness. *Psychol Med*. 2003;33(1):75–81.
23. Jones JM, Huggins MA, Rydall AC, et al. Symptomatic distress, hopelessness, and the desire for hastened death in hospitalized cancer patients. *J Psychosom Res*. 2003;55(5):411–418.
24. O'Mahoney S, Goulet J, Kornbluth A, et al. Desire for hastened death, cancer pain, and depression: report of a longitudinal study. *J Pain Symptom Manage*. 2005;29(5):446–457.
25. Maytal G, Stern TA. The desire for death in the setting of terminal illness: a case discussion. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2006;8(5):299–305.
26. Albert SM, Rabkin JG, DelBene ML, et al. Wish to die in end-stage ALS. *Neurology*. 2005;65(1):68–74.

27. Veldink JH, Wokke JHJ, VanDerWal G, et al. Euthanasia and physician-assisted suicide among patients with amyotrophic lateral sclerosis in the Netherlands. *N Engl J Med*. 2002;346:1638–1644.
28. Deutsch F. Euthanasia, a clinical study. *Psychoanal Q*. 1933;5:347–368.
29. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, et al. Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study. *Lancet*. 2002;360(9350):2026–2030.
30. Freud S, The ego and the id. Strachey J, ed. *Standard edition, translator*, vol 19. London: Hogarth Press; 1961.
31. Smith JE, Richardson J, Hoffman C, et al. Mindfulness-based stress reduction as supportive therapy in cancer care: systematic review. *J Adv Nurs*. 2005;52(3):315–327.
32. Hay JL, Passik SD. The cancer patient with borderline personality disorder: suggestions for symptom-focused management in the medical setting. *Psychooncology*. 2000;9(2):91–100.
33. Cleeland CS, Gonin R, Hatfi eld AK, et al. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med*. 1994;330:592–596.
34. The SUPPORT Principal Investigators A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. *JAMA*. 1995;274:1591–1598.
35. Deandrea S, Montanari M, Moja L, et al. Prevalence of undertreatment in cancer pain. A review of published literature. *Ann Oncol*. 2008;19:1985–1991.
36. Reidenberg MM. Barriers to controlling pain in patients with cancer. *Lancet*. 1996;347:1278.
37. Cleeland CS. Undertreatment of cancer pain in elderly patients. *JAMA*. 1998;279(23):1914–1915.
38. Gilson AM, Joranson DE. U.S. policies relevant to the prescribing of opioid analgesics for the treatment of pain in patients with addictive disease. *Clin J Pain*. 2002;18(4):S91–S98.
39. Breitbart W, Dibiase L. Current perspectives on pain in AIDS. *Oncology*. 2002;16(6):818–829: 834-835.
40. Breitbart W, Kaim M, Rosenfeld B. Clinicians' perception of barrier to pain management in AIDS. *J Pain Symptom Manage*. 1999;18(3):203–212.
41. Gunnarsdottir S, Donovan HS, Ward S. Interventions to overcome clinician- and patient-related barriers to pain management. *Nurs Clin North Am*. 2003;38(3):419–434.

42. Ballantyne JC, Mao J. Opioid therapy for chronic pain. *N Engl J Med*. 2003;349(20):1943–1953.
43. Daeninck PJ, Bruera E. Opioid use in cancer pain. Is a more liberal approach enhancing toxicity? *Acta Anaesthesiol Scand*. 1999;43(9):924–938.
44. Weissman DE, Haddox JD. Opioid pseudoaddiction—an iatrogenic syndrome. *Pain*. 1989;36(3):363–366.
45. Passik SD, Theobald DE. Managing addiction in advanced cancer patients: why bother? *J Pain Symptom Manage*. 2000;19(3):229–234.
46. Renner JA, Ross JD, Gastfriend DR. Drug-addicted patients. In: Stern TA, Fricchione GL, Cassem NH, eds. *Massachusetts General Hospital handbook of general hospital psychiatry*. ed 6. Philadelphia: Saunders; 2010.
47. Starr TD, Rogak LJ, Passik SD. Substance abuse in cancer pain. *Curr Pain Headache Rep*. 2010;14(4):268–275.
48. Kirsh KL, Passik SD. Palliative care of the terminally ill drug addict. *Cancer Invest*. 2006;24(4):425–431.
49. Del Gaudio F, Zaider TI, Brier M, et al. Challenges in providing family-centered support to families in palliative care. *Palliat Med*. 2012;26(8):1025–1033.
50. Kissane DW, McKenzie M, Bloch S, et al. Family focused grief therapy: a randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1208–1218.
51. Freedman RI, Fesko SL. The meaning of work in the lives of people with significant disabilities: Consumer and family perspectives. *J Rehabil*. 1996;62.
52. Pew Research Center’s Religion and Public Life Project. <<http://www.pewforum.org/>>; [accessed on September 15, 2013].
53. Feifel H. Religious conviction and fear of death among the healthy and the terminally ill. *J Sci Study Relig*. 1974;13:353–360.
54. Magni KG. The fear of death. In: Godin A, ed. *Death and presence*. Brussels: Lumen Vitae; 1972.
55. Krakauer EL, Crenner C, Fox K. Barriers to optimum end-of-life care for minority patients. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50:182–190.
56. Siriwardena AN, Clark DH. End-of-life care for ethnic minority groups. *Clin Cornerstone*. 2006;6(1):43–48: discussion 49.



57. Hazin R, Giles CA. Is there a color line in death? An examination of end-of-life care in the African American community. *J Natl Med Assoc.* 2011;103(7):609–613.
58. Perkins HS, Geppert CM, Gonzales A, et al. Cross-cultural similarities and differences in attitudes about advance care planning. *J Gen Intern Med.* 2002;17(1):48–57.
59. Kwak J, Haley WE. Current research finding on end-of-life decision making among racially or ethnically diverse groups. *Gerontologist.* 2005;45(5):634–641.
60. Blackhall LJ, Frank G, Murphy ST, et al. Ethnicity and attitudes toward life-sustaining technology. *Soc Sci Med.* 1999;48:1779–1789.
61. Caralis PV, Davis B, Wright K, et al. The influence of ethnicity and race on attitudes toward advance directives, life-prolonging treatments, and euthanasia. *J Clin Ethics.* 1993;4(2):155–165.
62. Garrett JM, Harris RP, Norburn JK, et al. Life-sustaining treatments during terminal illness: who wants what? *J Gen Intern Med.* 1993;8(7):361–368.
63. O'Brien LA, Grisso JA, Maisline G, et al. Nursing home residents' preferences for life-sustaining treatments. *JAMA.* 1995;274(22):1775–1779.
64. Phillips RS, Wenger NS, Teno J, et al. Choices of seriously ill patients about cardiopulmonary resuscitation: correlates and outcomes. *Am J Med.* 1996;100(2):128–137.
65. Slater E. New horizons in medical ethics. *BMJ.* 1973;2:285–286.
66. Brock DW, Wartman SA. When competent patients make irrational choices. *N Engl J Med.* 1990;322:1595–1599.
67. Consensus report on the ethics of forgoing life-sustaining treatments in the critically ill Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med.* 1990;18:1435–1439.
68. Taffet GE, Teasdale TA, Luchi RJ. In-hospital cardiopulmonary resuscitation. *JAMA.* 1988;260:2069–2072.
69. Murphy DJ. Do-not-resuscitate orders. *JAMA.* 1988;260:2098–2101.
70. Tomlinson T, Brody H. Futility and the ethics of resuscitation. *JAMA.* 1990;164:1276–1280.
71. Jecker NS, Schneiderman LJ. The duty not to treat. *Camb Q Healthc Ethics.* 1993;2:151–159.

72. Truog RD, Brett AS, Frader J. The problem with futility. *N Engl J Med*. 1992;326(23):1560–1564.
73. In re Quinlan, 70 N.J. 10.(1976).
74. Position of the American Academy of Neurology on certain aspects of the care and management of the persistent vegetative state patient Adopted by the Executive Board, American Academy of Neurology, April 21, 1988. *Neurology*. 1989;39:125–126.
75. Munsat TL, Stuart WH, Cranford RE. Guidelines on the vegetative state: commentary on the American Academy of Neurology statement. *Neurology*. 1989;39:123–124.
76. Persistent vegetative state: report of the American Neurological Association Committee on Ethical Affairs ANA Committee on Ethical Affairs. *Ann Neurol*. 1993;33(4):386–390.
77. Wade DT. Ethical issues in diagnosis and management of patients in the permanent vegetative state. *BMJ*. 2001;322(7282):352–354.
78. Cruzan v. Director, Missouri DMH, 497 U.S. 261, 110 S. Ct. 2841.(1990).
79. Annas GJ, Arnold B, Aroskar M, et al. Bioethicists' statement on the U.S. Supreme Court's Cruzan decision. *N Engl J Med*. 1990;323:686–688.
80. [http://en.wikipedia.org/wiki/Terri\\_Schiavo\\_case](http://en.wikipedia.org/wiki/Terri_Schiavo_case). [Accessed on September 15, 2013].
81. Mueller PS. The Terri Schiavo saga: ethical and legal aspects and implications for clinicians. *Pol Arch Med Wewn*. 2009;119(9):574–581.

(Stern, 20171024, pp. 651.e2-657.e2)

Stern, T. A. (20171024). *Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica, 2nd Edition* [VitalSource Bookshelf version]. Retrieved from <https://bookshelf.vitalsource.com/books/9788491132301>

La cita indicada es una instrucción. Compruebe cada cita antes del uso para obtener una mayor precisión.