

SESIÓN 2: LA PAM Y TRASTORNOS MENTALES

ANEXO II

Recomendaciones en el contexto de la solicitud de prestación de ayuda a morir (PAM) en personas con enfermedad mental

Fuente: Manual de Buenas Prácticas del Ministerio de Sanidad

Introducción

En los países con regulaciones establecidas sobre la asistencia al final de la vida, las solicitudes de eutanasia motivadas por enfermedad mental son poco frecuentes. Sin embargo, estas regulaciones suelen incluir disposiciones específicas que aún no se han considerado en la legislación española, lo que puede generar problemas en su interpretación.

La Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE) no excluye la enfermedad mental, permitiendo que las personas con un padecimiento insoportable debido a la presencia de una enfermedad mental puedan solicitar la PAM en igualdad de condiciones que aquellas cuyo sufrimiento proviene de una enfermedad somática.

Se requiere una evaluación psicopatológica exhaustiva que permita identificar aquellas personas que podrían acogerse a la PAM por trastorno mental debido a la presencia de un padecimiento grave, crónico e incapacitante o una enfermedad psiquiátrica grave e incurable. Es fundamental descartar aquellas personas que presentan síntomas de depresión o ansiedad leves o moderados, ya que estas condiciones son susceptibles de tratamiento y mejora, excluyéndolas del acceso a la PAM.

Necesidades de pautas y criterios

Por tanto, resulta esencial establecer pautas y criterios claros que aborden los siguientes aspectos:

1. Identificación de la población objeto.
2. Designación del médico/a responsable y consideración del contexto de la persona solicitante. Determinación de la gravedad y el sufrimiento experimentado.
3. Evaluación de la incurabilidad y cronicidad de la enfermedad.
4. Garantía la voluntariedad de la solicitud.

1. Identificación de la población objeto

De acuerdo con el DSM-5, un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo. Este síndrome refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental.

Es importante destacar que una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Del mismo modo, los comportamientos socialmente anómalos, ya sean políticos, religiosos o sexuales, así como los conflictos existentes entre el individuo y la sociedad, no son considerados trastornos mentales.

Un diagnóstico de trastorno mental, tal como se describe en el DSM-5, debe establecerse de acuerdo con las pautas aplicables.

2. Designación del médico/a responsable y contexto de la persona

Es fundamental considerar la historia de vida y los factores contextuales, incluyendo el entorno familiar y sociolaboral, de la persona solicitante. Por lo tanto, se requiere una visión longitudinal de la persona para una evaluación completa.

Se recomienda que el/la médico/a responsable sea un profesional que haya atendido a la persona durante un periodo prolongado, como su médico de familia o su psiquiatra habitual. En los casos donde esto no es posible, el/la médico/a responsable puede realizar la interconsulta a los especialistas de salud mental que hayan intervenido en su seguimiento y puedan aportar una visión longitudinal del proceso, como psiquiatría, psicología clínica, enfermería y/o trabajo social.

Se prefiere que el/la médico/a consultor/a tenga formación especializada en el ámbito de la enfermedad que presenta la persona solicitante, dándose preferencia a un/a médico/a psiquiatra.

Es importante involucrar a la familia y las personas cercanas en el procedimiento, siempre y cuando la persona solicitante lo autorice. Estas personas pueden proporcionar información valiosa sobre la historia y los motivos que fundamentan la solicitud, lo que contribuye a una evaluación más completa y centrada en las necesidades individuales.

Determinación de la gravedad y sufrimiento recogidos dentro de los supuestos definidos en los apartados del artículo 3:

b) **Padecimiento grave, crónico e imposibilitante:** esta situación hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de cuidado o mejoría apreciable.

c) **Enfermedad grave e incurable:** la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.

3. Evaluación de la incurabilidad y cronicidad de la enfermedad

Incurabilidad: Se garantiza que la persona haya recibido un tratamiento integral que abarque las esferas biológicas, psicológicas y sociales, de duración adecuada y un enfoque de recuperación, y que, a pesar de ello, no exista posibilidad de curación o mejoría apreciable. Para determinar la incurabilidad, se deben considerar los siguientes aspectos:

- Los tratamientos biológicos y/o farmacológicos indicados no han logrado reducir significativamente el sufrimiento.
- Los tratamientos psicoterapéuticos indicados no han logrado reducir significativamente el sufrimiento tras un tiempo suficiente de aplicación.
- Se han realizado esfuerzos sustanciales para mejorar la situación social del paciente sin éxito en la reducción del sufrimiento.
- Los tratamientos orientados a la recuperación ofrecidos a la persona solicitante no han sido exitosos en la reducción del sufrimiento, teniendo en cuenta, además, que la persona solicitante puede negarse a recibir el tratamiento propuesto siempre que esa negativa no esté mediada por una alteración de la capacidad de juicio.
- Se requiere un seguimiento de años de duración para confirmar la incurabilidad de la enfermedad.
- Existen límites en el número de tratamientos que la persona solicitante deba seguir antes de que el sufrimiento psiquiátrico pueda considerarse irremediable. Por ejemplo, la persona solicitante o psiquiatra pueden abstenerse de continuar con el tratamiento por motivos razonables, como una larga historia de enfermedad y falta de

respuesta al tratamiento, o la perspectiva de efectos secundarios graves.

No se otorgará un informe favorable a aquellas solicitudes cuya fundamentación se base exclusivamente en la dificultad de acceso al tratamiento.

Cronicidad de la enfermedad: Se considera enfermedad crónica o de larga evolución aquellas enfermedades o problemas de salud que tienen una duración mínima de 6 meses¹ y producen un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Se requiere una historia clínica bien documentada, con un largo recorrido terapéutico que incluya la intervención de diferentes profesionales, medidas adoptadas, tratamientos aplicados y derivaciones realizadas.

4. Garantizar la voluntariedad de la solicitud

Para asegurar la **voluntariedad** de la PAM, es fundamental:

- **Asegurar el entendimiento adecuado de la enfermedad:** como en cualquier otra persona solicitante de la PAM, se realizará un proceso deliberativo para discutir sobre su diagnóstico, las posibilidades terapéuticas y los resultados esperados. Se debe garantizar que comprenda plenamente su situación médica y las implicaciones de su decisión.
- **Evaluar la capacidad de decisión:** En el caso de personas con enfermedad mental, la evaluación puede ser más compleja en comparación con otras enfermedades, ya que puede afectar a la capacidad volitiva. Sin embargo, no existe justificación para presumir que este grupo carezca de la capacidad de decisión requerida.

En el caso de personas con discapacidad, se requerirá una evaluación exhaustiva para determinar si la persona solicitante de PAM tiene capacidad de hecho para formularla de manera válida. En este proceso, pueden

¹ NE [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2024

https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259944485770&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleFichaIndicador¶m3=1259937499084

necesitarse medidas de apoyo voluntarias (persona de apoyo) o judiciales (curador/a o defensor/a judicial).

- **Valorar la situación de incapacidad de hecho:**

No será de aplicación lo previsto en las letras b), c) y e) del apartado anterior en aquellos casos en los que el médico responsable certifique que el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes, cumpla lo previsto en el apartado 1.d), y haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, en cuyo caso se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento. En el caso de haber nombrado representante en ese documento será el interlocutor válido para el médico responsable.

La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

- **Detectar aquellos trastornos mentales que puedan afectar a la capacidad de decidir:**

- En el marco de la depresión, se considera que las ideas de muerte surgidas de sentimientos de inutilidad o la percepción de no ser digno de vivir o la incapacidad de hacer frente al dolor de la propia depresión, son consideradas parte de la sintomatología.
- En el caso de trastornos que puedan presentar síntomas delirantes, se debe considerar su impacto en la capacidad de decidir.
- En relación a pacientes con antecedentes de conducta suicida, es importante señalar que la PAM no se considera una alternativa al suicidio y no está legislada como suicidio asistido. Sin embargo, en personas en etapa de estabilización clínica y con capacidad de decidir, podrían ser candidatos a pesar de presentar antecedentes de conducta suicida.

Recomendaciones ante un informe desfavorable de solicitud de PAM

Ante la emisión de un informe desfavorable sobre la PAM, es crucial considerar las siguientes recomendaciones:

1. **Valorar propuestas terapéuticas alternativas:** Al proponer o evaluar alternativas terapéuticas para el paciente con enfermedad mental que solicita la PAM, es esencial considerar los elementos que puedan influir:
 - a. La naturaleza del sufrimiento.

- b. La perspectiva de evolución y mejoría.
- c. La comprensión de las alternativas de tratamiento y sus posibles efectos secundarios.
- d. La repercusión que la enfermedad tiene en la persona solicitante y su entorno.

- 2. Acordar un “Último Plan de Tratamiento” antes de emitir un informe desfavorable:** Antes de emitir un informe desfavorable, el profesional puede acordar un “último plan de tratamiento”. Si el paciente acepta este plan, se evaluará su efectividad después de un periodo de tiempo determinado.
- 3. Continuar el tratamiento después de emitir un informe desfavorable:** Después de emitir un informe desfavorable, el/la médico/a y la persona solicitante pueden optar por continuar el tratamiento. En este caso, es crucial informar, si la persona lo ha autorizado, a las personas cuidadoras y a la familia, explicando detalladamente los motivos de denegación de la prestación y la posibilidad de revisar la situación en el futuro.
- 4. Derivación a otro profesional en caso de ruptura de la relación terapéutica.** En caso de que la denegación provoque una ruptura de la confianza que afecte a la calidad asistencial, será necesario derivar al/la paciente a otro/a profesional para continuar su atención.