

SESIÓN 2: LA PAM Y TRASTORNOS MENTALES

ANEXO IV

Peticiones de PRAM para personas con problemas de salud mental

Fuente: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

Comissió de Garantia i Avaluació de Catalunya

Fecha: Noviembre de 2022

Traducción no oficial del Anexo V en catalán “Peticións de PRAM per persones amb
problemas de salut mental

Finalidad

La demanda de ayuda a morir en personas con enfermedad mental es una realidad que se plantea en la aplicación de la LORE y puede chocar con las dificultades de interpretación de la norma, dado que no se hace una mención particular. En los países que nos han precedido en la regulación de la ayuda a morir, las peticiones de eutanasia o suicidio asistido por razón de salud mental representan un bajo porcentaje, pero a menudo tienen previsiones específicas que carece de la ley española. Aunque la LORE contempla el control previo que permite garantizar mejor la valoración de cada solicitud, la excepcionalidad de estos casos y sus características aconsejan hacer una reflexión sobre ellos esmerada que sea de ayuda a los profesionales ya los ciudadanos. Es muy importante disponer de pautas y criterios que permitan valorar, en el trastorno psiquiátrico, la capacidad de decisión de la persona y el sufrimiento asociado como razón para solicitar la PRAM.

Las personas con un sufrimiento insoportable a causa de un problema de salud mental tienen el derecho a solicitar la PRAM con igualdad de condiciones a aquellas en las que el sufrimiento le ocasiona una patología somática. La mayor especificidad que comporta la patología mental hace conveniente esta reflexión de la Comisión de Garantía y Evaluación de Cataluña (CGAC) para ayudar a los médicos responsables, consultores, y miembros de la CGAC a la hora de valorar solicitudes y emitir resoluciones de personas con un problema de salud mental.

De qué hablamos

De los trastornos mentales recogidos en las clasificaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10 y CIE-11) y de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM5). Es decir, de la presencia de un trastorno psiquiátrico que, por sí mismo, puede ser el motivo que provoca que una persona solicite la PRAM. En este documento no se tratan las situaciones donde el sufrimiento insoportable le ocasiona la edad avanzada, los problemas psicosociales, la soledad y las experiencias de pérdida, las cuales tienen una consideración diferente de aquellas que tienen un diagnóstico confirmado de enfermedad mental.

Qué dice la LORE

La LORE no excluye expresamente la enfermedad mental. De hecho, ésta se puede enmarcar en los supuestos que define el art. 3 b) y 3 c) cuando hace referencia a sufrimiento grave, crónico e imposibilitante y a enfermedad grave e incurable.

b) «Sufrimiento grave, crónico e imposibilitante»: situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de forma 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 sufre, con la seguridad o una gran probabilidad de que estas limitaciones persistan en el tiempo sin una posibilidad de cuidado o mejora apreciable. A veces, puede implicar la dependencia absoluta de soporte tecnológico.

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

Si bien es cierto que en la mayoría de situaciones en las que la petición sea por razón del sufrimiento que genera la enfermedad mental no tendremos un pronóstico de vida limitado -uno de los requisitos del art. 3 c)-, no es descartable que se nos plantee un escenario de enfermedad somática y trastorno mental a la vez, con pronóstico vital limitado y alta fragilidad. Al mismo tiempo, puede darse el caso de trastorno mental cronificado, con gran sufrimiento y limitaciones tales por la persona que le hayan llevado a hacer intentos de suicidio previos, no exitosos, y que el escenario de muerte próxima pretendida y deseada sea real. Por tanto, no podemos afirmar que el 100% de casos deban encajar siempre en el supuesto del art. 3 b), aunque sea el más frecuente.

Los profesionales que deben evaluar el caso y los miembros de la CGAC tendrán que revisar el cumplimiento de los requisitos exigidos por el apartado b) del artículo 3:

- Que la situación genera limitaciones que inciden sobre la autonomía física (actividades básicas de la vida diaria), sobre la capacidad de expresión y relación, etc.
- Que conlleve un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece.
- Que existe seguridad o gran probabilidad de que estas limitaciones persistirán en el tiempo sin posibilidad de curación o mejora apreciable.

Las posibles situaciones de sufrimiento insoportable por enfermedad mental por las que se podría solicitar la PRAM

1) **Coexistencia de patología mental y somática.** Cuando la decisión para pedir la ayuda a morir deriva del sufrimiento grave que genera una

enfermedad somática, pero al mismo tiempo existe una patología mental concurrente que puede hacer dudar de los motivos de fondo de la petición y al mismo tiempo de la capacidad de hecho para formular la solicitud.

En este caso es necesario verificar que, a pesar del diagnóstico de enfermedad mental, hay plena capacidad de hecho de la persona, que concurren los requisitos referentes a la enfermedad somática y evitar que la existencia del diagnóstico de trastorno mental suponga una predisposición que impide no valorar correctamente lo global - sufrimiento somático y psicológico- que experimenta la persona. Es necesario ponderar bien la experiencia de sufrimiento que refiere el paciente.

2) **Trastorno mental secundario a una enfermedad física.** El malestar emocional y trastornos psicopatológicos y desadaptativos forman parte de la carga sintomática que genera sufrimiento. El objetivo aparte del posible tratamiento de la enfermedad física, si lo tenemos, es proponer al paciente medidas para mejorar o paliar el trastorno psicopatológico concurrente, para ver si disminuye la percepción del sufrimiento asociado y, por tanto, quizás también la voluntad de morir. La falta de respuesta o la nula probabilidad de mejora sintomática puede avalar la solicitud. En último término, será necesario, como siempre, valorar con cuidado la capacidad para decidir de la persona.

3) **Enfermedad psiquiátrica que genera sufrimiento grave, crónico e imposibilitante.** Cuando la decisión para pedir la ayuda a morir esté motivada exclusivamente para sufrir una enfermedad psiquiátrica que genera sufrimiento grave, crónico e imposibilitante, como podría ser la depresión mayor, también habrá que valorar, como en el resto de situaciones, con cuidado la capacidad para determinar si la enfermedad psiquiátrica influye en la misma.

La delimitación del trastorno mental

De acuerdo con el DSM-5, un trastorno mental es: Un síndrome, caracterizado por síntomas clínicamente significativos de la función cognitiva, la regulación emocional o el comportamiento de una persona, que es una manifestación de disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo subyacente a su función mental. Los trastornos mentales se asocian, en varios grados, intensidad y duración, con angustia significativa y/o deterioro social, laboral u otros actividades importantes. Aquí no se consideran los trastornos mentales con síntomas psicológicos o quejas como respuesta a situaciones estresantes o al duelo por pérdidas, por ejemplo, por la muerte de un ser querido. Tampoco se pueden considerar trastornos mentales los comportamientos que socialmente generan conflicto entre un individuo y la sociedad (p.e. por razones políticas, religiosas o de género), a excepción de que el conflicto sea el resultado de una disfunción médica del individuo.

La edad avanzada, los problemas psicosociales, la soledad y las experiencias de pérdida también pueden ser vividas como un sufrimiento insoportable, pero

tendrían una consideración diferente a aquellas que tienen un diagnóstico confirmado de enfermedad mental.

¿Cuál es la incidencia de petición de PRAM por trastorno mental?

La eutanasia o suicidio asistido por motivo psiquiátrico aumenta progresivamente en países donde está permitida. Aunque la sociedad y la forma en que se presta la ayuda a morir en Holanda y Bélgica son considerablemente diferentes a la nuestra, la revisión hecha por Calati R y colaboradores (1) puede ser de utilidad:

El número de solicitudes por trastorno mental es bajo. En los Países Bajos, en el período 2009-2019 el porcentaje de solicitudes de eutanasia o suicidio asistido por motivo psiquiátrico aumentó del 0% a 1,07% (de 0 a 68 casos). En Bélgica, durante el período 2002-2013, la eutanasia o suicidio asistido por motivo psiquiátrico pasó de 0% a 2,2% (de 0 a 40 casos).

Las personas que solicitaron y recibieron la eutanasia o el suicidio asistido tenían un perfil similar a las personas que realizan una tentativa de suicidio.

En Holanda y Bélgica, las mujeres son quienes hacen más solicitudes de PRAM por motivos de trastorno mental y quienes más la reciben (70 - 77%). Ésta también es la proporción de mujeres que realizan tentativas de suicidio, aunque los hombres son quienes más mueren miedo suicidio ya que utilizan medios más letales. La tasa más alta de mujeres que solicita la PRAM por motivos de salud mental está relacionada con sus diferentes expectativas sociales y culturales y porque sufren más trastornos afectivos, que es el principal diagnóstico de las personas que solicitan la PRAM. La solicitud de la PRAM también se incrementa con los trastornos del estado de ánimo y de la personalidad, y comorbilidad física, especialmente dolor físico.

La PRAM no debería ser alternativa al suicidio

Estudios realizados en Holanda muestran que entre un 16 y un 22% de los pacientes con trastornos mentales a los que se les deniega una solicitud, acaban suicidándose, pero la PRAM no debería ser una alternativa al suicidio. Sin duda es una forma más humana de morir, menos violenta y menos solitaria. **Los pacientes psiquiátricos en la fase aguda de su enfermedad que podrían realizar tentativas de suicidio no tienen estas características, pero si formulan la PRAM en situación de compensación de la enfermedad y con plena capacidad de hecho, hay que valorar el caso sin descartarlo en priori por tener un antecedente de intento de suicidio.**

Hay que recordar que, a pesar de la valoración favorable a la PRAM que pueda darse en un caso de trastorno mental o en cualquier otro, la opción de desdicharse siempre la tiene la persona hasta el último momento, y esto no debe condicionar la posible valoración. En un estudio realizado en 100 personas que habían pedido la eutanasia (Thienpont et al., 2015a) (2), en 48 que se informó favorablemente la solicitud, en 35 ocasiones se realizó la eutanasia pero 11 personas aplazaron o

cancelar la petición y otros 2 se suicidaron antes de recibir la prestación (citado por Calati R et al).

El médico responsable

Para valorar una solicitud de PRAM siempre es útil tener una visión longitudinal del paciente. El tiempo entre las dos solicitudes y la deliberación que prevén la LORE ayudan, pero no sustituyen a esta aproximación. Dada la importancia en la enfermedad mental de la historia de vida y los condicionantes familiares y sociolaborales de la persona, esta visión longitudinal parece aún más importante. Es por ello que, sin menospreciar el derecho del paciente a elegir a su médico responsable, se recomienda que actúe como tal un profesional que lleve años atendiendo a la persona, por ejemplo su médico de familia o su psiquiatra habitual. En caso de que esto no sea posible (por ejemplo por decisión expresa de la persona), el médico responsable elegido hará bien, independientemente de la valoración preceptiva del médico consultor, consultar a una profesional que pueda tener esta visión longitudinal. La ley obliga a pedir la opinión de un médico consultor, pero no priva de realizar las interconsultas que se crean necesarias. La LORE especifica que el médico consultor siempre debe ser un facultativo con formación en el ámbito de la patología que sufre el paciente. En este caso, el/la consultor/a debería ser preferiblemente un/a médico/a psiquiatra.

Los familiares y las personas cercanas deben participar

Los familiares y las personas cercanas deben participar en el procedimiento, siempre que el paciente lo autorice, pues tienen un conocimiento valioso sobre la historia y los motivos que están detrás de la solicitud. Preguntar la opinión y percepción de los familiares y personas vinculadas no significa que se requiera su consentimiento por la PRAM. Se debe respetar el derecho del paciente a que el médico no se ponga en contacto ni informe a los familiares si no lo desea.

Las solicitudes en situaciones de apoyo a la capacidad

Es necesario dejar clara la diferencia entre “capacidad” desde la perspectiva jurídica, que puede estar limitada o necesitar apoyos, con la “capacidad de hecho” ya descrita y que equivale a la competencia para la toma de decisiones.

Cuando la persona que hace la solicitud tiene designada por vía judicial o notarial una persona que le asiste en apoyo a su capacidad (o las antiguas tutelas y curatelas,) habrá que hacer una valoración para conocer si el paciente en algún momento mantiene la capacidad de hecho para pedir la ayuda a morir. Los ingresos y tratamientos involuntarios tampoco excluyen totalmente la posibilidad de realizar una solicitud voluntaria, pues una persona con una tutela o curatela -por tanto con una limitación de la capacidad jurídica todavía vigente-, puede tener capacidad de hecho para tomar determinadas decisiones.

Será necesario que un especialista realice una evaluación exhaustiva de si la persona solicitante de PRAM tiene o no capacidad de hecho para formularla de forma válida, más allá de tener designado un soporte asistente, tutor o curador. Siempre que el paciente así lo desee, la persona que hace o que ejerce el apoyo o la curatela de asistente podrá participar en el proceso deliberativo a su lado.

La valoración de la competencia o capacidad de hecho

En los casos de PRAM por motivo único de salud mental, es necesario tener especial cuidado en la evaluación del requisito de la competencia o capacidad de hecho.

Una persona competente es la que tiene conservadas las habilidades cognitivas, volitivas y afectivas que le permiten comprender, apreciar y razonar adecuadamente la información que recibe y le ayudan a tomar una decisión y expresarla. La competencia se refiere a una decisión específica en un momento determinado. Es necesario tener en cuenta la proporcionalidad en la exigencia de la capacidad, sobre todo para una decisión tan trascendente como pedir ayuda para morir. También hay que tener en cuenta el contexto específico en el que la persona hace esta solicitud (la calidad de vida, las alternativas terapéuticas a las que tiene opción, etc.)

La falta de competencia constituye un estado de un individuo que se define por un déficit funcional (debido a una enfermedad mental) considerado como suficientemente grave para que la persona en ese momento no pueda satisfacer las demandas en la toma de decisiones de una determinada situación, ponderadas las consecuencias potenciales.

Para tomar una decisión sobre un tratamiento se requieren cuatro habilidades básicas:

1. Expresar una elección: es la primera y más elemental.
2. Comprensión: de la información relevante por la decisión a tomar.
3. Apreciación: valorar adecuadamente la importancia de la enfermedad que padece el o la paciente en su situación personal concreta.
4. Razonamiento: es la capacidad del enfermo de desarrollar un sistema de argumentación lógico, utilizando la información que ha comprendido y apreciado para llegar a la conclusión.

El *gold standard* para valorarlo sigue siendo la entrevista clínica por parte de un profesional experimentado (en este caso probablemente el psiquiatra). McCAT-T, y otros instrumentos, sirven de guía para una entrevista estructurada, y pueden ser una herramienta de ayuda para evaluar la capacidad de hecho.

La misma enfermedad mental puede tener como síntoma las ideas de suicidio y puede afectar a la autonomía del paciente. La depresión puede producir cogniciones depresivas y distorsiones cognitivas que limitan la capacidad de decisión de forma transitoria o definitiva si el trastorno es resistente al tratamiento, por lo que resulta fundamental hacer una correcta valoración de la capacidad de hecho, tal y como se ha descrito.

¿Cómo medimos el grado de sufrimiento expresado por el paciente cuando ese sufrimiento es emocional y psicológico más que físico?

Siempre hay que tener en cuenta que sólo la persona nos podrá describir cómo vive la limitación de sus funciones vitales y relacionales por razón del trastorno mental.

Algunos hechos nos pueden dar una idea del grado de sufrimiento -no poder mantener una vida laboral normalizada, dificultades de relación, rechazo social, limitaciones de la vida diaria con o sin déficits físicos, etc.-. También existen escalas de valoración de la funcionalidad, que pueden ayudar a medir las limitaciones que el trastorno mental genera a la persona y si se cumple el requisito del “sufrimiento grave, crónico e imposibilitante”.

Cabe recordar que, por sí solos, los trastornos psiquiátricos no evolucionan hacia la muerte, pero los llamados "trastornos mentales graves" pueden tener una evolución crónica, ser resistentes a los tratamientos, muy invalidantes, con gran necesidad de apoyo, ocasionar gran sufrimiento y, incluso, reducir de forma significativa la esperanza de vida de quienes los sufren incluyendo posibles intentos de suicidio. Dentro de los trastornos mentales graves encontramos algunos casos de esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos mentales de base orgánica y algunas formas especialmente graves de depresión y trastorno de personalidad.

¿Es exigible una historia de tratamiento psiquiátrico? ¿En qué grado y con qué continuidad o duración de tiempo?

En los supuestos de petición de ayuda a morir sólo basado en enfermedad mental, sí sería exigible un historial psiquiátrico de al menos dos años de continuidad para garantizar que no se trate de una patología debutante o sin recorrido terapéutico (3), pudiendo existir excepciones tendrán que justificar. Así, es imprescindible una historia clínica bien documentada, para evitar subjetividad y precipitación.

En este sentido, es importante tener acceso a la máxima información adicional disponible de los diferentes profesionales que tratan o han tratado al paciente, incluyendo distintos dispositivos y/o centros de internamiento o rehabilitación que hayan intervenido.

¿Qué puede ayudar a valorar tanto a los médicos como a los pacientes la relación entre los resultados y la carga del tratamiento?

A la hora de realizar o valorar propuestas terapéuticas alternativas al paciente con trastorno mental que pide la PRAM, hay que tener en cuenta algunos elementos primordiales que pueden decantar la decisión en sentido de aceptación o rechazo de estas alternativas. Estos elementos deben ser expuestos con honestidad y transparencia por parte del profesional y ponderados por ambas partes en el proceso deliberativo, especialmente importante en estos casos. Serían:

- La naturaleza y el alcance de la mejora esperada y la probabilidad de que se produzca esa mejora.
- La naturaleza y gravedad de los riesgos y efectos secundarios del tratamiento y la probabilidad de que se produzcan.
- La carga que implica por el paciente y su entorno.
- El respeto a la voluntad de la persona.

El rechazo al tratamiento

La aceptación o rechazo al tratamiento del paciente con trastorno mental dentro de su plan terapéutico, al margen del expediente de PRAM, debe registrarse por los criterios ordinarios de respeto a la autonomía de la persona (o decisión de terceros en caso de carencia de competencia).

Los profesionales que valoran la solicitud de un paciente con problemas de salud mental - MR , MC y miembros de la Dupla - no pueden forzar la aceptación de un tratamiento no deseado. El derecho a rechazar un tratamiento está amparado por la Ley 21/2000 de Autonomía del paciente. Aparte de valorar si la persona que solicita la PRAM tiene capacidad de hecho, frente a una persona que hace un rechazo al tratamiento, los profesionales deben valorar si existen soluciones razonables que se pueden ofrecer y pueden aliviar o eliminar su sufrimiento. Por eso, será de utilidad saber si:

- Existe una perspectiva de mejora con un tratamiento adecuado.
- En un plazo razonable.
- Con una relación razonable entre los resultados que se pueden esperar y los efectos adversos que el tratamiento supone para el paciente, y su percepción de tolerancia a estos efectos.

Las posibles mejoras deben ser valoradas, tanto desde el punto de vista del profesional como del paciente, teniendo en cuenta su propia experiencia vivida. Siempre existe la posibilidad de recuperación espontánea o mediante intervenciones de apoyo que todavía no se han instaurado.

Debe tenerse presente que en los trastornos mentales uno de los síntomas más frecuentes es la falta de percepción de enfermedad que puede llevar a la persona a rechazar el tratamiento, pero ante un rechazo hay que considerar las expectativas realistas que el tratamiento propuesto puede tener en el estado de salud del paciente.

Si se prevé que el tratamiento propuesto en el proceso deliberativo supone pocas mejoras en el estado de salud del paciente y en el alivio de su sufrimiento, las posibilidades de informar favorablemente una solicitud de la PRAM serán más altas. Por el contrario, si el tratamiento que se propone puede suponer una mejora importante en el estado de salud del paciente y en la disminución de su sufrimiento, los evaluadores (médico responsable, médico consultor y dupla de la CGAC), tendrán que ser más estrictos a la hora de informar favorablemente sobre el caso, teniendo en cuenta el requisito de la posibilidad de cuidado o mejora apreciable de las limitaciones, que se analiza en el siguiente punto.

El requisito de posibilidad de “curación o mejora apreciable de las limitaciones” que experimenta el paciente y que le causan el sufrimiento insoportable, ¿debemos exigirlo en mayor medida que lo hagamos con la enfermedad somática?

Hay que precisar que el requisito exigido por el art. 3 b) de posible curación o mejora, hace referencia a las limitaciones que sufre la persona por su situación y no a la curación o mejora de la patología en sí misma, aunque una cosa y otra a menudo van relacionadas. Por tanto, lo que le podemos /debemos ofrecer e

informar al paciente en el proceso deliberativo son alternativas u opciones que puedan revertir o mejorar ostensiblemente las “limitaciones” a las que se ve sometido por su patología mental. Estas limitaciones, dependiendo del grado de tolerancia, son las que le conllevan un sufrimiento insoportable y, por tanto, tienen un componente de subjetividad difícil de evaluar externamente.

En segundo lugar, tener presente que estas alternativas terapéuticas la persona tiene derecho a rechazarlas, al igual que así lo aceptamos en la enfermedad somática. Sin embargo, hay que valorar la razonabilidad de este rechazo, pues puede que exista un tratamiento que mejoraría el sufrimiento y las limitaciones que comporta (p.e. nuevos tratamientos eficaces en depresión grave). Así, se pueden dar dos escenarios:

- Que la persona le acepte pero que existan dificultades en el acceso a este tratamiento. La CGAC considera que todo el mundo debe tener acceso a todos los tratamientos eficaces y aprobados en la cartera de servicios en caso de atención en el sistema público y por tanto no puede informar favorablemente una solicitud que está motivada por esta falta de acceso. Debe alertar a la administración para poder iniciar un circuito ágil dentro del sistema para que la persona tenga acceso rápido.
- Que la persona rechace las posibles alternativas y se le deniegue también la PRAM por considerar que tiene opciones que debería probar. Hay que tener presente que la experiencia previa vivida por la persona durante todo su proceso de enfermedad, en los diferentes tratamientos y atención recibida, puede condicionar mucho la aceptación o rechazo. Probablemente este escenario de denegación llevará a un mayor sufrimiento por la persona ya buscar otras salidas

Hay que descartar que exista una perspectiva razonable de tratamiento

A pesar del derecho a rechazar un tratamiento que tienen las personas con trastornos de salud mental, si existe una posibilidad razonable de éxito, el ER puede intentar llegar a un acuerdo con la persona solicitante, antes de valorar directamente la PRAM. Durante el proceso deliberativo, puede ofrecerle un último plan de tratamiento, evaluando su eficacia una vez aplicado en dosis y duración suficiente. No podemos establecer criterios apriorísticos y es necesario que los profesionales valoren cada caso en su contexto y evolución, escuchando bien a cada persona.

¿Qué es un tratamiento adecuado?

Una cuestión que puede ayudar a todos los profesionales que intervienen en la valoración de los requisitos para la prestación de la PRAM es saber si todos los tratamientos posibles que uno o una paciente con trastorno mental ha recibido han resultado ineficaces o si han sido los adecuados. Por eso puede ayudar a plantearse una serie de preguntas:

- ¿Qué tratamientos biológicos, psicológicos, sociales o de otra naturaleza se han realizado? ¿Se han realizado los tratamientos especializados más

efectivos o las hospitalizaciones necesarias, con un cuidadoso seguimiento?

- ¿Los tratamientos se han aplicado en dosis y duración suficiente?
- ¿Estos tratamientos se han aplicado de acuerdo a los criterios de las guías de práctica de las sociedades científicas? ¿Se han administrado tratamientos con evidencia científica sólida y aprobada por el CatSalut?
- ¿Se han realizado planes de apoyo a la recuperación y rehabilitación de la persona?
- ¿Cuáles han sido los inconvenientes y efectos adversos que ha sufrido el paciente? ¿Ha existido alguna circunstancia que ha hecho que los tratamientos no funcionaran?
- ¿Cuáles han sido los resultados de estos tratamientos?

Cuando el médico y el paciente llegan a la conclusión de que ni el tratamiento psiquiátrico ni otras medidas de apoyo ofrecen perspectivas de mejora suficientes, puede convenirse que no existen soluciones ni alternativas razonables de mejorar el sufrimiento. Sin embargo, en ningún caso debería informarse favorablemente una solicitud en la que el motivo de sufrimiento es atribuible a la falta de acceso equitativo a un tratamiento adecuado, ya sea biológico, psicoterapéutico o social, y que el paciente está dispuesto a aceptar.

La continuación del tratamiento después de un informe desfavorable

En caso de que el MR, el MC o la CGAC consideren que no se cumplen los requisitos para acceder a la PRAM por parte del paciente con trastorno mental, el médico y el paciente pueden decidir continuar el tratamiento sin embargo hay que poner mucha atención en el plan de tratamiento, los objetivos y el riesgo de suicidio. Es necesario mantener una buena información con los cuidadores y la familia del paciente, dejándoles claro cuáles son los motivos de la denegación de la prestación. También puede ofrecerse la posibilidad de revisar la situación más adelante y poder formular una nueva solicitud. Si como consecuencia de la denegación se produjera una ruptura de la confianza que disminuyera la calidad asistencial, se deberá derivar al paciente a otro profesional para continuar su atención.

Flexibilidad en los plazos

Dada la trascendencia de la decisión que deben tomar el médico responsable y el médico consultor, es importante que se establezcan diferentes contactos con el enfermo y los demás profesionales o dispositivos asistenciales que en algún momento han tratado al paciente. Sin embargo, es posible que los plazos que otorga la LORE dentro del procedimiento de acceso a la PRAM, no sean suficientes para poder hacer estos contactos de forma adecuada. La ley no prevé otra excepción en el cumplimiento de los plazos, más que las establecidas para reducir los tiempos entre 1ª y 2ª solicitud en caso de riesgo por pérdida de la capacidad de hecho. En caso de que el MR o el MC no tengan un conocimiento longitudinal de la historia clínica del paciente, es razonable proponer a la persona solicitante alargar el período entre la 1ª y la 2ª solicitud o la firma del CI. Este tiempo puede ayudar a

ampliar la deliberación, en cuyo marco pueden surgir alternativas terapéuticas y se pueden valorar el resultado de las mismas.

Habrá que interpretar estos plazos con flexibilidad, argumentando en los diferentes informes las causas de la demora, si procede. Dado que la valoración se hace especialmente compleja en los casos en que la patología psiquiátrica sea la causante de petición de la PRAM, la construcción de una relación basada en las decisiones compartidas será siempre la condición fundamental para la resolución de la sola licitud.

Puntos clave:

1) La LORE no excluye la enfermedad mental. Como en otros casos los profesionales deben evaluar que:

- I. Que la situación genera limitaciones que inciden sobre la autonomía psíquica y las actividades de la vida diaria, sobre la capacidad de expresión y relación, etc.
- II. Que comporta sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo sufre.
- III. Que existe seguridad o gran probabilidad de que estas limitaciones persistirán en el tiempo sin posibilidad de curación o mejora apreciable.
- IV. Que el paciente mantiene su competencia para tomar la decisión.

2) Cuando la decisión para pedir la ayuda a morir deriva del sufrimiento grave que genera una enfermedad somática, pero al mismo tiempo existe una patología mental, es necesario verificar que se mantiene la capacidad de hecho y que la enfermedad mental no impide valorar correctamente el sufrimiento global - somático y psicológico- que experimenta la persona.

3) Cuando la decisión de pedir la ayuda a morir la ocasiona el sufrimiento psicopatológico secundario/reactivo a una enfermedad física, el objetivo, primario es pedir una interconsulta a un profesional de salud mental para ver si se puede mejorar o este sufrimiento psicopatológico.

4) Cuando la decisión para pedir la ayuda a morir esté motivada sólo por sufrir una enfermedad psiquiátrica que genera sufrimiento grave, crónico e imposibilitante, como podrían ser la depresión mayor o trastornos de personalidad es necesario explorar si se cumplen los requisitos previstos por la LORE y explorar las alternativas o posibilidades de tratamiento.

5) Cuando el motivo de una solicitud de ayuda a morir es únicamente un problema de salud mental, lo más conveniente es que el médico responsable sea el médico que habitualmente atiende al paciente, ya sea el de familia o un psiquiatra.

6) El médico consultor siempre debe ser un facultativo con formación en el ámbito de la patología que sufre el paciente. En este caso, el/la consultor/a debería ser preferiblemente un/a médico/a psiquiatra.

7) Es conveniente que los familiares y las personas cercanas participen en el procedimiento, siempre que el paciente lo autorice, pues tienen un valioso

conocimiento sobre la trayectoria de la enfermedad y el sufrimiento que están detrás de la solicitud.

8) Es exigible un historial psiquiátrico de al menos dos años de continuidad para garantizar que no se trate de una patología debutante o sin recorrido terapéutico.

9) Los sufrimientos mentales no son, por definición, causas de carencia de capacidad para decidir. En caso de dudas, se puede evaluar la capacidad mediante el instrumento McCAT-T.

10) La enfermedad mental puede generar ideas de suicidio y afectar a la autonomía del paciente. La depresión y algunos tratamientos farmacológicos pueden producir cogniciones depresivas y distorsiones cognitivas que limitan la capacidad de decisión de forma transitoria o definitiva si el trastorno es resistente al tratamiento.

11) Durante el proceso deliberativo por cada propuesta alternativa se valorará:

- i. La naturaleza y el alcance de la mejora esperada y la probabilidad de que se produzca esa mejora.
- ii. El plazo razonable en que se va a producir.
- iii. La naturaleza y gravedad de los riesgos y efectos secundarios del tratamiento y la probabilidad de que se produzcan.
- iv. La carga que implica por el paciente y su entorno.
- v. El respeto a la voluntad de la persona.

12) Durante el proceso deliberativo, al paciente se le deben ofrecer alternativas u opciones que puedan revertir o mejorar ostensiblemente las “limitaciones” a las que se ve sometido por su patología mental. Las “limitaciones” dependen del grado de tolerancia individual y por tanto tienen un componente de subjetividad.

13) El paciente con trastorno de salud mental puede rechazar un tratamiento, pero debe tenerse presente que la falta de percepción de enfermedad hace más frecuente este rechazo. Si el tratamiento que se propone puede suponer una mejora importante en el estado de salud del paciente y en la disminución de su sufrimiento, debe ser más cuidadoso a la hora de valorar la competencia. Hay que valorar si se cumple el requisito de "no posibilidad de cuidado o mejora apreciable" que prevé la LORE.

14) No puede informarse favorablemente una solicitud que está motivada por la dificultad de acceso a un tratamiento.

15) Antes de informar desfavorablemente la solicitud de la PRAM de un paciente que rechaza una alternativa que con mucha probabilidad mejoraría su trastorno sin grandes inconvenientes, el profesional puede tratar de acordar una “último plan de tratamiento” y, en caso de ser aceptado, evaluar su eficacia al cabo de unos meses.

16) Es importante que, se establezcan diferentes contactos con el enfermo y los demás profesionales o dispositivos asistenciales que en algún momento le han tratado al paciente.

17) Hay que ser flexible en los plazos que la Ley establece entre la primera y la segunda solicitud, dada la necesidad de recabar información y realizar una evaluación más longitudinal del proceso que ocasiona el sufrimiento.

18) En las solicitudes que puedan formular las personas en situaciones que precisen apoyo a la capacidad será necesario que un especialista realice una evaluación exhaustiva de la persona solicitante para valorar si tiene o no capacidad de hecho para formularla de forma válida, más allá de tener un soporte, asistente o curador. Siempre que el paciente así lo desee, esta persona podrá participar en el proceso deliberativo a su lado. 19) Después de un informe desfavorable, el médico y el paciente pueden decidir continuar el tratamiento. Es necesario mantener una buena información con los cuidadores y la familia y dejar claro cuáles son los motivos de la denegación de la prestación y la posibilidad de revisar la situación más adelante. Si como consecuencia de la denegación se produjera una ruptura de la confianza que disminuyera la calidad asistencial, se deberá derivar al paciente a otro profesional para continuar su atención.

Notas:

(1) Calati R, Olié E, Dassa D, Gramaglia C, Guillaume S, Madeddu F, Courtet P. Euthanasia and assisted suicide in psychiatric patients: A systematic review of the literature. *J Psychiatr Res.* 2021 Mar;135:153-173. Doi10.1016/j.jpsychires.2020.12.006. Epub 2020 Dec 3. PMID: 33486164

(2) Thienpont L., Verhofstadt M., Van Loon T., Distelmans W., Audenaert K., De Deyn P.P.: Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study. *BMJ Open* 2015; 5:

(3) Plan Director de Salud Mental. Generalidad de Cataluña. El período de dos años es el que se utiliza para definir la “cronicidad” en salud mental y es uno de los criterios para diagnosticar el trastorno mental grave y persistente, con un grado de discapacidad intenso. Sin embargo, en cuanto a la temporalidad de los síntomas se describe como “deterioro progresivo” y marcado en el funcionamiento de los últimos 6 meses (abandono de roles sociales y alto riesgo de cronificación), a pesar de la remisión de síntomas.

(4) https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/levensbeeindiging_op_verzoek_psychiatrie/startpagina_-_levensbe_indiging_op_verzoek.html