

## **SESIÓN 2**

La PAM y trastornos mentales

Facilitador/a: Javier Velasco y Elisa Casas

### **Presentación:**

La ley habla de contextos eutanásicos y, por tanto, no están excluidos los padecimientos de origen psicológico. La sentencia del Tribunal Constitucional fue la que provocó el problema de interpretación (y de supuesta vinculación jurídica) al incluir el concepto “somático”. Tras una reunión con la Comisionada de Salud Mental, la postura es que está a favor de incluir estas situaciones ya que, si no, se incurriría en una discriminación. Elaboraron una propuesta sobre el tema para incorporarlo al Manual de Buenas Prácticas, pero aún no se ha incluido.

Valoraremos los trastornos mentales y su inclusión en el supuesto de “padecimiento grave, crónico e imposibilitante”.

1. Cuestionamiento de la capacidad de decisión de la persona.
2. El obstáculo que supone el tema de la valoración del sufrimiento en estos casos.
3. Proceso deliberativo. Cómo debe proceder en esta fase del procedimiento el profesional.
4. Una persona con trastorno mental pero de vida autónoma, ¿tiene una situación “imposibilitante”? ¿Cómo abordar los casos de personas jóvenes?
5. Tratamientos alternativos al alcance de la persona y su derecho al rechazo del tratamiento o la posibilidad real de mejora.
6. Valorar si el procedimiento debiera variar en algún aspecto para estos casos, distinguiéndolos del resto.

### **Puesta en común:**

#### **GRUPO 1**

Hablar de estos conceptos es complicado. Paradigma: devolver al Estado la responsabilidad de facilitar las condiciones de vida necesarias en todas las áreas de la vida psico-socio-sanitario.

Que la evaluación incluya muchos más aspectos que los que recoge psiquiatría. Trabajo social también puede añadir información en el proceso para poder conocer la situación de forma más ajustada a la realidad.

#### **GRUPO 2**

Salvo en situaciones concretas de delirio o brotes, se entiende que la persona tiene capacidad para decidir y, si no la tiene, se resolverá de la misma forma que las personas con padecimientos “físicos”.

Hay una diferencia entre el sufrimiento físico y psíquico, pero también se puede valorar que el sufrimiento siempre es psíquico ya que se origina en la psique de la persona.

Habría que basarse en la trayectoria vital de la persona y en todos los tratamientos previos que han seguido, para poder evaluar si hay alguna alternativa que sea razonable, en cuanto a posibilidades de mejora.

A veces, no se necesita ayuda para las actividades básicas pero la persona sí puede tener dificultad para otro tipo de actividades o situaciones, pero si la persona vive sola, se considera que su situación no es imposibilitante. En el caso de los casos de personas jóvenes, no debería ser evaluado como algo aparte si su trayectoria nos dice que se ha intentado todo sin mejora. Un indicador a tener en cuenta podría ser el apoyo de la familia a la petición de este tipo de pacientes.

El rechazo al tratamiento también está condicionando los casos de enfermedad avanzada y en los casos de salud mental, aún más.

Habría que establecer una serie de marcadores que ayudaran a diferenciar las necesidades específicas de estos casos para que sean evaluados correctamente.

### **GRUPO 3**

Hay que evaluar la situación como en cualquier otro contexto.

En el origen pueden diferir entre el sufrimiento psíquico y físico pero la manifestación es similar.

Evaluar el impacto en la vida de la persona.

Evaluar la situación, al menos, de los dos últimos años para ver su evolución terapéutica. Se le puede proponer un tratamiento alternativo, pero no como una imposición sino como una negociación entre el profesional y el paciente.

Es imposibilitante cuando impacta notablemente en todas las esferas de su vida.

Hay conflicto con el derecho al rechazo del tratamiento porque lanza la duda sobre la cuestión de la irreversibilidad.

La petición no ha de diferir en su procedimiento, tiene que ver con la capacidad de decisión y la irreversibilidad de su situación.

### **GRUPO 4**

Estigma de la salud mental sobre la "física".

Hay que hacer una valoración de la historia clínica de forma longitudinal.

Nunca se debe negar el sufrimiento y el profesional debe aceptar el relato del paciente. El profesional debe ahondar en la raíz de ese sufrimiento, así podrá evaluar la situación, al igual que lo hace cuando realiza un diagnóstico y un pronóstico de cualquier otro padecimiento.

El sufrimiento psíquico es mayor que el físico y es más difícil tratarlo.

El proceso deliberativo debe ser especialmente cuidadoso, ya que se le puede informar sobre los tratamientos que tenga a su alcance, pero sin imponérselo.

El paciente tiene el mismo derecho que el resto de pacientes, con padecimientos de otra naturaleza, al rechazo al tratamiento, salvo cuando pueda poner en riesgo a otras personas.

No debería haber peculiaridades entre un procedimiento de evaluación de salud mental, sobre otro tipo de enfermedad.

## **GRUPO 5**

La capacidad puede estar condicionada si está en una fase de crisis, porque las patologías a veces se manifiestan así, y en esos momentos no se tendría que tomar la decisión.

El sufrimiento es de la persona (ni físico ni psíquico).

En el proceso deliberativo debe tener información clara y completa para poder tomar las decisiones más adecuadas.

Estamos hablando del espectro de enfermedades más graves, aunque la clasificación de las patologías psiquiátricas es cambiante y, a veces, se aceptan como enfermedad cosas que son propias de la naturaleza humana.

Los tratamientos alternativos siempre deberán ser de naturaleza biológica y estar en la cartera de servicios públicos.

El relato que importa es el del paciente, sin tener que cuestionarlo.

Es importante que la asociación tenga claro que el rechazo al tratamiento es un derecho y no es discutible.

En el procedimiento se deberían tener en cuenta también los fracasos terapéuticos, aquellas opciones que fallaron a la hora de proporcionar a la persona una mejoría.

El médico generalista es importante más allá que el que pueda hacer sólo el especialista en psiquiatría.

## **GRUPO 5**

Se presupone la capacidad y se evalúa desde ahí, no pidiendo informes sobre capacidad de entrada porque la petición la hace una persona con un padecimiento de esta naturaleza. (Prejuicio)

Hay diferencias de significado en el sufrimiento físico y psíquico, pero son iguales.

Hay prejuicios más que deliberación.

Derecho a negarse al tratamiento, siempre. Puede ser razonable ofrecer un tratamiento que se considere adecuado, pero siempre se podrá rechazar.

Imposibilitante: actividades de la vida diaria y/o capacidad de relacionarse y comunicarse.

Ambas situaciones llevan a una situación de imposibilidad, una u otra, no tienen por qué darse las dos.

Son solicitudes personales y todas tienen especificaciones, más complejas o menos, tanto las situaciones por enfermedad física o de salud mental.

### **Intervenciones:**

No se puede esperar a hacer un cambio social para poder dar respuesta a los casos que se presentan en los que se pretende fijar que el origen es bio-psico-social.

La gravedad en consideración para la PAM no es equiparable a la evaluación que se realiza para recibir una prestación social.

### **RESUMEN:**

El diagnóstico de trastorno mental no implica o presupone una incapacidad para la toma de decisiones. Puede ser incompetente para todas las esferas de la vida y ser competente para su enfermedad. Puede tener una mayor complejidad, pero no supone una discapacidad para la toma de decisiones. Hay prejuicios y estigmas en torno a la autonomía de estos pacientes.

No se debe diferenciar entre el sufrimiento físico o psíquico. Hay indicadores distintos, pero quien sufre es la persona, no se instala en un lugar metafísico. El psíquico, además, puede ser mucho más invalidante. El concepto “sufrimiento psíquico” debería ser suprimido, hay dolor y hay sufrimiento.

No puede haber una valoración mecánica o a través de cuestionarios (o herramientas similares) ya que arrojan medidas, pero con un amplio margen de error, eso despersonaliza los procesos.

Hay discrepancia entre si la autonomía personal es compatible con el término imposibilitante. La falta o no de autonomía en la vida cotidiana no tiene por qué estar relacionado con vivir una situación imposibilitante, concepto que no está bien definido en su base...puede ser un término subjetivo construido por la propia persona que hace referencia a la incapacidad de llevar a cabo aspectos esenciales de su proyecto vital, no debe estar ajustado sólo a capacidades instrumentales.

Las personas jóvenes no deberían ser evaluadas de forma distinta si su historia y su padecimiento es el mismo.

Los pacientes tienen derecho a rechazar tratamientos, no puede chocar con la autonomía de decisión sobre los tratamientos que quiere o no recibir.

Cualquier proceso deliberativo tiene peculiaridades porque hace referencia a una situación personal, en el caso de los trastornos mentales, no deben diferir en el procedimiento pero se deben admitir la complejidad que lleva consigo.

### **Intervenciones:**

Debe haber un relato vital, el proceso no debe estar circunscrito sólo al diagnóstico.

El cerebro es un órgano que presenta mayores dificultades para su análisis, de ahí puede venir el prejuicio y el propio debate de DMD.

Aportar una carta de motivación, escrita, grabada...da mucha información a los profesionales.

Un tratamiento es planteable si la persona lo admite. Tienes que estar en el contexto eutanásico y el rechazo al tratamiento es un derecho de la ley de autonomía del paciente. Si un paciente rechaza un tratamiento que pudiera, probablemente, mejorar su situación, pasa a estar en una situación incurable. Se debe mejorar la formación de los profesionales en derechos de los pacientes.