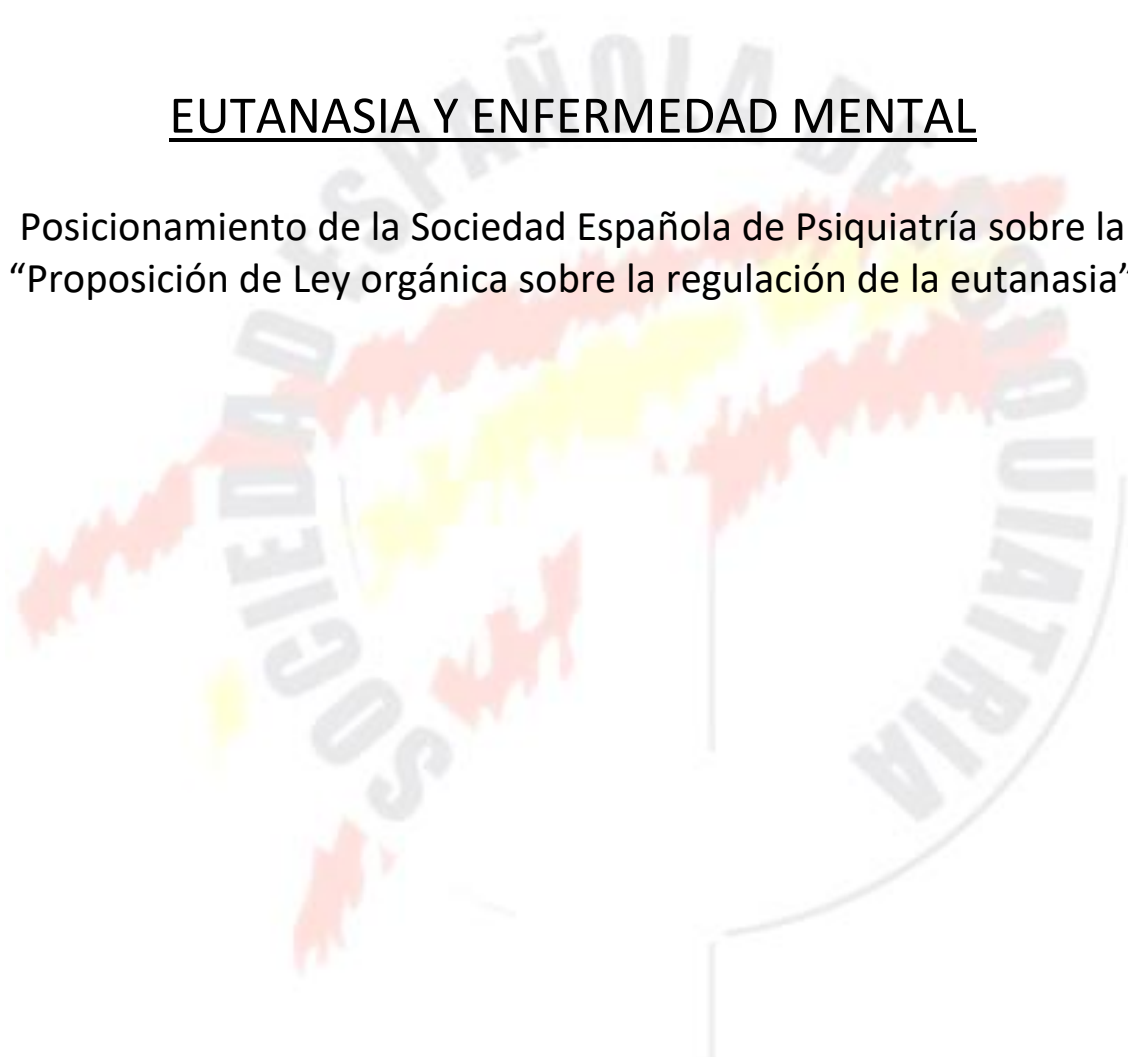


EUTANASIA Y ENFERMEDAD MENTAL

Posicionamiento de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre la
“Proposición de Ley orgánica sobre la regulación de la eutanasia”



Introducción.

La presentación de una “Proposición de Ley orgánica sobre la regulación de la eutanasia” (PLORE) en España el pasado 31/01/2020¹ y la posterior aprobación del Congreso de los Diputados del Dictamen de la Comisión de Justicia sobre la misma el 17/12/2020² nos obliga a reflexionar como Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) sobre la repercusión que puede tener esta iniciativa legislativa sobre las personas aquejadas de trastornos mentales³.

Se trata de un tema complejo para la Psiquiatría, tanto ética como profesionalmente⁴. Hay que considerar que los trastornos mentales son muy prevalentes, pueden producir una gran afectación en la calidad de vida y no en pocas ocasiones son resistentes al tratamiento. Por otra parte, el suicidio asociado con trastornos mentales es una de las principales causas de muerte en personas de 15 a 34 años⁵.

De hecho, la aplicación de la eutanasia/suicidio asistido por médicos (ESAM) es un tema de debate intenso, a pesar de que, hasta ahora, es una práctica legal en algunos países y jurisdicciones como Bélgica, Países Bajos, Luxemburgo, Suiza, Canadá, Colombia, Nueva Zelanda y algunos estados de EE.UU. y de Australia. No todos los países aceptan la ESAM motivada por una enfermedad psiquiátrica como causa primaria. Los cuatro países europeos la permiten, pero no los EE.UU., Colombia, Nueva Zelanda, Australia y Canadá.

La ESAM aplicada a personas con trastornos mentales afecta a una cantidad limitada de casos de eutanasia en los países mencionados, entre el 1% y el 3%⁶, pero su aplicación presenta unos problemas de índole ética que deberían ser debatidos y aclarados antes de la implantación de la Ley en España. Aunque el número absoluto de casos sea bajo, el crecimiento relativo es muy importante. Por ejemplo, un estudio reveló que, en Bélgica, entre los años 2002 y 2013, se produjo un incremento del 0,5 al 3% en los casos de eutanasia aplicada a personas con “trastornos mentales o

¹ Proposición de ley orgánica sobre la regulación de la eutanasia.

http://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/B/BOCG-14-B-46-1.PDF. Fecha de consulta: 17/04/2020

² Dictamen. Proposición de ley orgánica sobre la regulación de la eutanasia.

https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/B/BOCG-14-B-46-6.PDF#page=1. Fecha de consulta: 20/12/2020.

³ A lo largo de este documento, consideraremos como trastornos mentales a todos los recogidos en las clasificaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10 y CIE-11) y la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM5), incluyendo por lo tanto los trastornos neurocognitivos (i.e. Demencias) y otros trastornos mentales de raíz orgánica.

⁴ Appelbaum, P.S. (2016) Physician-assisted death for patients with mental disorders- reasons for concern. JAMA Psychiatry 73:325–326.

⁵ Deschepper, R., Distelmans, W., Bilsen, J. (2014) Requests for euthanasia/physician- assisted suicide on the basis of mental suffering: vulnerable patients or vulnerable physicians? JAMA Psychiatry 71:617-618.

⁶ Carpiniello, B. (2020) Euthanasia and assisted suicide for people with Mental Disorders. Controversies and concerns. Newsletter of EPA Council of NPAs nº 9. Disponible en: <https://www.europsy.net/interact-newsletter/> Fecha de consulta: 17/04/2020.

demencia” como único diagnóstico⁷, mientras que entre 2016 y 2019 se ha mantenido relativamente estable, con una cifra media de 28 casos al año⁸. En Holanda, en 1997 se notificaron 5 casos de ESAM en pacientes psiquiátricos, mientras que en 2018 se produjeron 67 casos en personas con enfermedad mental y 148 casos con demencia⁹.

Otro aspecto para tener en cuenta a la hora de valorar la aplicación de la ESAM en Psiquiatría se deriva de la vulnerabilidad que en ocasiones confieren los trastornos mentales. Hay que recordar que algunas personas aquejadas de trastornos mentales se encuentran en una situación de desigualdad en diversas áreas con respecto a la población general¹⁰ – por ejemplo, esperanza de vida, acceso a la vivienda, al empleo, a la atención sanitaria especializada, etc. –, en un contexto social de estigma hacia los trastornos mentales. Es importante garantizar que estas carencias remediables no contribuyan al deseo de morir.

El debate ético primario sobre la eutanasia y su repercusión sobre la profesión médica ha sido abordado por diversas instancias en nuestro país – por ejemplo, el Comité de Bioética de España¹¹ o la Organización Médica Colegial de España¹² – y fuera de él – por ejemplo, la Asociación Médica Mundial¹³ – y no forma parte de los objetivos del presente documento¹⁴. Cabe recordar que todas estas organizaciones han alertado sobre los riesgos que se derivan de la primacía absoluta del principio de autonomía, incluso sobre la dignidad intrínseca de la persona, especialmente en contextos con graves carencias de tipo económico, social y asistencial.

⁷ Dierickx, S., Deliens, L., Cohen, J., y Chambaere, K. (2017). Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: analysis of officially reported cases. *BMC psychiatry*, 17(1), 203.

⁸ Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie. Neuvième rapport aux Chambres législatives 2018 – 2019. Disponible en: https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/9_rapport-euthanasie_2018-2019-fr_0.pdf

⁹ Regional Euthanasia Review Committees (2018). Annual report. The Hague. Se diferencian ambas categorías.

¹⁰ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España 2013-2016. Madrid. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/docs/PlanNacionalAccionInclusionSocial_2013_2016.pdf

¹¹ Comité de Bioética de España (2020). Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación. Madrid. Disponible en: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20final%20vida%20y%20la%20atencion%20en%20el%20proceso%20de%20morir.pdf>.

¹² Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (2018). Posicionamiento del CGCOM ante la eutanasia y el suicidio asistido. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/np_eutanasia_21_05_18.pdf.

¹³ Asociación Médica Mundial (2019). Declaración de la AMM sobre la Eutanasia y el Suicidio con ayuda médica, 2019. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-sobre-la-eutanasia-y-suicidio-con-ayuda-medica/>.

¹⁴ Naudts, K., Ducatelle, C., Kovacs, J., Laurens, K., van den Eynde, F., & van Heeringen, C. (2006). Euthanasia: the role of the psychiatrist. *Br J Psychiatry*, 188, 405–409.

Hay toda una serie de problemas médicos y éticos que se plantean específicamente en el proceso de toma de decisiones y aplicación de la eutanasia a las personas con enfermedad mental, como ya se ha evidenciado en los países dónde se ha puesto en práctica, según queda reflejado en diversos trabajos publicados en la literatura científica^{15,16}. De ahí la relevancia de este posicionamiento.

La PLORE y la enfermedad mental

La PLORE regula de la misma manera tanto la eutanasia como el suicidio asistido médicamente y no hace mención explícita a los trastornos mentales. El artículo 5, punto 1d, hace referencia al requisito de *“sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante en los términos establecidos en esta Ley, certificada por el médico responsable”*.

A su vez, en el artículo 3 se precisan las definiciones de b) *“padecimiento grave, crónico e imposibilitante”* y c) *“enfermedad grave e incurable”*, especificando que se considera como tal *“la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable...”*.

Por otra parte, la proposición de ley señala como elementos esenciales para llevar a cabo la eutanasia, la *“voluntad expresa de la propia persona”* y la libertad o autonomía de la voluntad. Es decir, es la propia persona quien decide libremente acerca de llevar a cabo la eutanasia, acabando de forma libre con su propia vida, independientemente del modo de llevarlo a cabo.

En concreto, la PLORE, en su exposición de motivos, hace referencia a conceptos como voluntad expresa, autonomía de la voluntad y libertad entre otros para preservar principios recogidos en la Constitución Española tales como la vida y la integridad física y moral. Por tanto, sólo desde la libertad se podrán tomar decisiones que auténticamente correspondan al pensamiento y modo de vida de la persona. Los trastornos que influyan en la misma ocasionarán, en mayor o menor medida, una decisión tomada desde la patología, en la que ésta carece de un elemento fundamental: la libertad.

Si la voluntad y la libertad son los ejes fundamentales para tomar la decisión de terminar con la propia vida, ambos elementos deben estar *“libremente determinados”*, es decir, deben carecer de influencias indebidas externas o internas. En cuanto a los trastornos mentales, la libertad interna es generalmente el elemento más comprometido, pudiendo llegar a anularse de forma transitoria o definitiva la capacidad de decidir.

¹⁵ Sheehan, K., Gaiend, K.S., Downar, J. (2017) Medical assistance in dying: special issues for patients with mental illness. *Curr Opin Psychiatry*. 30(1): 26-30.

¹⁶ Calati R, Olié E, Dassa D, Gramaglia C, Guillaume S, Madeddu F, Courtet P. (2020) Euthanasia and assisted suicide in psychiatric patients: A systematic review of the literature. *J Psychiatr Res*. 3(135):153-173. doi: 10.1016/j.jpsychires.2020.12.006. Epub ahead of print. PMID: 33486164.

Aunque no todos los trastornos mentales cursan del mismo modo, es evidente que algunos, y en determinados momentos, pueden comprometer las funciones psíquicas esenciales para tomar decisiones relevantes, tales como la conciencia, el pensamiento, la sensopercepción, la vivencia del yo o la afectividad. La integridad de estas funciones es condición *sine qua non* para asumir que una decisión está libremente tomada y se ajusta a la verdadera voluntad de la persona y no a la voluntad patológicamente determinada.

La valoración de la capacidad para consentir se convierte en el eje principal de la proposición de ley, moviéndonos entre dos requerimientos éticos: reconocer la libertad no mediatizada patológicamente de las personas en la toma de decisiones y proteger a quienes tienen disminuida su autonomía.

No todos los trastornos mentales se expresan del mismo modo y, por tanto, no todos afectarán los elementos citados. Por ello, las personas que padezcan descompensación psicopatológica en el momento de tomar decisiones que afecten a su futuro deben ser especialmente apoyadas con el fin de restaurar su libertad y, por tanto, su capacidad de tomar decisiones.

El trastorno mental, a diferencia de la patología física o somática, incide en numerosas ocasiones en la libertad de la persona, limitándola, cuando no anulándola, durante un determinado tiempo que puede ser más o menos prolongado. No necesariamente todos los trastornos mentales se expresan del mismo modo y, por tanto, no todos afectan la capacidad de consentir. No obstante, en aquellos casos en que así ocurre, la persona es especialmente vulnerable y necesitada de protección pues no es descartable la toma de decisiones en contra de sus propios intereses. Ello requiere especial sensibilidad y cuidado en todos los aspectos de la vida, especialmente en lo referente a la eutanasia pues se trata de una decisión que, en el caso de ser llevada a cabo, es irreversible.

De manera específica, los requisitos para la aplicación de la ESAM según la Propuesta de Ley Orgánica especificados en el artículo 5, punto 1, y que son relevantes para la Psiquiatría son los siguientes:

*5.1c) Haber formulado dos solicitudes de **manera voluntaria** y por escrito...*

5.1d) Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante...

5.1e) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir.

De los mismos se derivan varios aspectos que deben ser examinados cuidadosamente.

1. El papel de la enfermedad mental en la petición de aplicación de ESAM

El conflicto deriva en este caso de la interpretación que se aplique al criterio de voluntariedad de morir (requisito "c"), en la medida en que la voluntad pueda estar

mediada por la presencia de enfermedad mental. Es bien conocido que el deseo de morir forma parte de la sintomatología habitual de varios trastornos mentales, especialmente de los trastornos depresivos, aunque también de la esquizofrenia, las adicciones y los trastornos graves de personalidad, entre otros. De hecho, el suicidio es una preocupación de salud pública a nivel global - la prevención del suicidio es uno de los objetivos principales tanto del Plan mundial de salud mental 2013-2020 como del Plan europeo de salud mental 2013-2020 de la OMS^{17,18} - y la opinión científica es unánime al relacionar la mayoría de los suicidios consumados con la presencia de enfermedades mentales, incluso aceptando que el deseo de morir no resulta siempre de la manifestación de una enfermedad mental¹⁹.

Cabe distinguir dos perspectivas:

- La existencia de signos/síntomas psicopatológicos significativos (que corresponden a un trastorno psiquiátrico concurrente o que son secundarios/reactivos a la enfermedad física padecida) que puedan influir en la decisión de solicitar ayuda para morir.
- La presencia de un trastorno psiquiátrico que es, por sí mismo, motivo de sufrimiento subjetivamente insoportable, lo que lleva a la solicitud de ayuda para morir.

En cuanto a la primera de ellas, idealmente, una persona debería estar libre de manifestaciones psicopatológicas que cercenen su capacidad para establecer con rotundidad que su deseo de morir es independiente de las mismas, pero con frecuencia este aspecto no queda claramente establecido, al menos con la evidencia de que se dispone. La presencia de depresión es una preocupación especial en las solicitudes de eutanasia porque, aunque es una enfermedad potencialmente reversible, puede afectar la competencia de los pacientes, particularmente en la ponderación relativa que dan a los aspectos positivos y negativos de su situación y posibles resultados futuros. Los pacientes con depresión pueden ser considerados como una población vulnerable en este contexto, ya que su solicitud de muerte puede ser debida a la presencia de esta y la respuesta correcta es el tratamiento en lugar de la asistencia en la muerte.

No existen demasiados datos que orienten sobre la prevalencia de signos o síntomas psiquiátricos en personas que solicitan ayuda para morir por otras causas. Levene y Parker (2011)²⁰, en un trabajo de revisión, concluyeron que, aunque casi la mitad de los solicitantes neerlandeses podían sufrir síntomas depresivos y un 8% con carácter

¹⁷ OMS (2013) Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Ginebra. Disponible en:

https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/

¹⁸ WHO (2013) WHO Regional Office for the Europe, The European Mental Health Action Plan 2013-2020. Disponible en: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/publications/2013/the-european-mental-health-action-plan-20132020>

¹⁹ Bachmann S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective (2018). Int J Environ Res Public Health; 15(7):1425.

²⁰ Levene, I. y Parker, M. (2011). Prevalence of depression in granted and refused request for euthanasia and assisted suicide: a systematic review. JMed Ethics,37,205-211.

clínicamente significativo, el sistema holandés rechazaba la solicitud de la mayoría, siendo la tasa resultante de prevalencia de síntomas depresivos en los casos aceptados similar a la población general. Bélgica, en su último informe bianual (2018-2019)²¹, describía la presencia de sufrimiento físico y psíquico en 1858 casos no psiquiátricos (78,8%) en 2018 y en 2200 casos (82,8%) en 2019, aunque ello no implica necesariamente la existencia de un cuadro psiquiátrico. Se requirió una evaluación psiquiátrica en la segunda valoración obligatoria únicamente en 192 casos en 2018 y en 229 casos en 2019, lo que arroja dudas sobre si la presencia de manifestaciones psicopatológicas fue tenida suficientemente en cuenta, incluso asumiendo que los profesionales que trabajan en cuidados paliativos (que habían atendido la mayoría de los sujetos) tienen preparación para un abordaje integral del final de la vida.

En otro de los escasos países que presentan datos, Canadá²², se comunicó que en el 1,2% de los casos de 2019 el responsable de la ayuda médica para morir fue un psiquiatra, y en un 6,2% de los casos se solicitó consulta psiquiátrica. Oregón, en su informe de 2019²³, señalaba una única derivación anual para valoración psiquiátrica/psicológica (0,5%); este tipo de derivaciones sólo se había realizado en 66 casos entre 1998 y 2019 (lo que representa el 4% del total de sujetos en que se había realizado asistencia médica a la muerte). Los datos no parecen sugerir una prevalencia significativa de problemas de salud mental que no hayan sido detectados hasta el momento de la solicitud de ayuda para morir. No obstante, tanto la legislación australiana²⁴ como la reciente legislación neozelandesa²⁵ señalan la conveniencia de consultar con un psiquiatra si existen dudas acerca de la capacidad para la toma de decisiones relacionadas con la ayuda a morir por la existencia de una enfermedad mental actual o en el pasado, e incluso algunos autores y entidades debaten sobre la obligatoriedad de una valoración psiquiátrica en cualquier solicitud de eutanasia^{26,27}.

Por lo que respecta a la segunda perspectiva, el elemento principal de análisis es la casuística de eutanasia y suicidio asistido aplicados en sujetos por razón de sufrimiento ligado al padecimiento de un trastorno mental. En EE.UU. la asistencia médica a la muerte sólo se plantea, hasta el momento, en aquellos estados que la han regulado,

²¹ 9e Rapport aux Chambres législatives-Chiffres des années 2018-2019. Disponible en:

<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/euthanasie-chiffres-des-annees-2018-2019-9e-rapport-aux-chambres-legislatives>

²² Medical Assistance in Dying in Canada 2019. Disponible en: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying-annual-report-2019.html>

²³ <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year22.pdf>

²⁴ https://content.legislation.vic.gov.au/sites/default/files/8caaf3b4-28f6-3ad1-acf3-e3c46177594e_17-61aa003%20authorised.pdf

²⁵ http://legislation.govt.nz/all/results.aspx?search=ts_act%40bill%40regulation%40deemedreg_End%20of%20Life%20Choice%20Act%202019_resel_25_a&p=1/

²⁶ McCormack, R. y Price, A. (2014). Psychiatric review should be mandatory for patients requesting assisted suicide. *General Hospital Psychiatry*, 36, 7-8.

²⁷ Comité Consultatif National d'Éthique, Avis N° 121 Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir, 30/06/2013, disponible en: <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/fin-de-vie-autonomie-de-la-personne-volonte-de-mourir>

para personas cuya muerte es previsible en un plazo inferior a seis meses. Este requisito ha supuesto en la práctica una exclusión de su aplicación en sujetos por motivo de trastorno mental. Colombia, Nueva Zelanda y algunos estados de Australia (Victoria, Western Australia) lo excluyen específicamente. Canadá también lo ha descartado hasta el momento, confirmando las disposiciones anteriores en la última revisión parlamentaria acerca de la MAID (*Medical Aid in Dying*), como se denomina la eutanasia en este país, en diciembre de 2020²⁸.

Suiza, a raíz de una sentencia del Tribunal Federal que lo apoyó, permite desde el año 2007 que accedan a la muerte asistida personas aquejadas de problemas psiquiátricos. La ausencia de estadísticas y registros globales que genera el peculiar sistema suizo impide conocer la prevalencia de enfermedades o trastornos psíquicos entre las personas que han recibido asistencia para morir.

Los países del Benelux no contemplan entre sus criterios de exclusión el padecimiento de un trastorno psiquiátrico como única razón para la solicitud de eutanasia o muerte médicamente asistida²⁹. El último informe bianual luxemburgués (2017-2018)³⁰ no registró ningún caso por razón ligada a un trastorno psiquiátrico, aunque debe considerarse que la aplicación práctica de la ley es baja (71 casos declarados desde 2009, de los cuales 68 eutanasias). En los Países Bajos se notificaron 68 casos en 2019³¹, de los cuales 42 fueron notificados por psiquiatras. El propio informe (páginas 55 y 57) insiste en varias ocasiones en la necesidad de extremar el cuidado en estos casos, obliga a consultar con un psiquiatra independiente del servicio clínico donde se hace la valoración de eutanasia y establece que, en estos casos, habitualmente complejos, debe dictaminarse acerca de la capacidad de los sujetos para expresar la elección de este tipo de ayuda, la existencia de un sufrimiento sin expectativas de mejora y la existencia o no de una solución alternativa. En Bélgica, el informe más reciente de casos registrados de eutanasia mostró que en 2019, sobre un total de 2655 casos efectuados, 49 correspondían a la indicación de la categoría "trastornos psicológicos y del comportamiento"³². La legislación en este país también exige que en casos en los que no se espera una muerte inminente, como es el caso de los trastornos psiquiátricos por lo general, es necesaria una segunda opinión a cargo de un psiquiatra independiente.

Esta realidad expone las dificultades que supone la aplicación de la ESAM por exclusiva razón de trastorno psíquico, y no sólo por los desafíos éticos que supone apoyar las conductas eutanásicas fuera del final de la vida, sino por la aplicabilidad de

²⁸ House of Commons of Canada (2020) BILL C-7 An Act to amend the Criminal Code (medical assistance in dying). Disponible en: <https://parl.ca/DocumentViewer/en/43-2/bill/C-7/third-reading>.

²⁹ La ley belga no se aplica al suicidio asistido, mientras que las leyes holandesa y luxemburguesa regulan el suicidio asistido de la misma manera que la eutanasia, al igual que la PLORE.

³⁰ <https://sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-loi-euthanasie-2017-2018/rapport-loi-euthanasie-2017-2018.pdf>

³¹ Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia RTE. Informe anual 2019. <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>

³² https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/9_rapport-euthanasie_2018-2019-fr_0.pdf

determinados criterios de inclusión habituales en las diferentes regulaciones dadas las especificidades de los trastornos psiquiátricos y su padecimiento.

2. El carácter “incurable” o no de los trastornos mentales

El segundo aspecto polémico surge de la consideración de enfermedad grave “incurable” o “*padecimiento grave, crónico e imposibilitante*” (requisito “d”). Exceptuando algunas formas evolucionadas y de extrema gravedad³³, existe un acuerdo general en considerar que los trastornos psiquiátricos, a diferencia de otras enfermedades, no conducen por sí mismos a la muerte. No obstante, no es raro que los trastornos psiquiátricos presenten resistencia a los tratamientos, tengan a veces un curso crónico o generen una gran necesidad de apoyos. Son los llamados “trastornos mentales graves”, entre los que se encuentran determinados casos de esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos mentales de base orgánica y algunas formas especialmente graves de depresión y de trastorno de personalidad. Son muy comunes y pueden afectar al 3-4% de la población. Pero dentro de todas estas patologías hay formas de peor y mejor pronóstico, de manera que no pueden ser calificadas en conjunto como “incurables” o “crónicas e invalidantes”³⁴.

El factor que mejor determina si estos trastornos van a tener una buena o mala evolución es si la persona afectada ha tenido un tratamiento adecuado, teniendo en cuenta que en la actualidad ello supone un tratamiento integral que abarque todos los aspectos – biológicos, psicológicos, sociales y espirituales - que puedan estar implicados en un trastorno mental. Es evidente que, si una persona no ha recibido - bien porque no ha dispuesto de ellas o porque las ha rechazado - las mejores opciones terapéuticas y asistenciales posibles, incluyendo la prestación de apoyos para superar la posible discapacidad, no puede establecerse que su enfermedad sea “incurable” o “crónica e invalidante”. Por otra parte, actualmente, no existen estándares universales que definan la incurabilidad en la mayoría de los casos de trastorno mental, o al menos que conozca la Sociedad Española de Psiquiatría. Además, el padecimiento de los trastornos mentales se ve frecuentemente agravado por factores socioeconómicos como la falta de vivienda adecuada, desempleo, pobreza y aislamiento social. Cuando estos elementos están presentes, y lo están en numerosas ocasiones, es evidente que el carácter de irremediable es cuestionable³⁵.

3. El sufrimiento generado por los trastornos mentales graves

La definición de enfermedad “grave e incurable” (art. 3) formulada por la PLORE incluye la posible presencia de sufrimientos físicos o psíquicos constantes e

³³ Por ejemplo, trastornos de la conducta alimentaria, adicciones, catatonia, o demencia.

³⁴ WHO (2017) Helping people with severe mental disorders live longer and healthier lives. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259575/WHO-MSD-MER-17.7-eng.pdf?sequence=1>

³⁵ Appelbaum, S. (2018) Physician assisted death in Psychiatry. World Psychiatry, 17 (2): 145-146.

insoportables, lo que trae a colación la consideración del sufrimiento ocasionado por los trastornos mentales.

Es indudable que algunos trastornos mentales son causa de enorme sufrimiento y el grado de afectación que generan se infiere fácilmente, tanto de la experiencia social y profesional con pacientes psiquiátricos, como de las cifras de suicidio atribuibles a trastornos psiquiátricos. Los defensores de la eutanasia subrayan que la diferenciación entre sufrimiento físico y psíquico es artificiosa y discriminatoria³⁶; para aquellos que se oponen, no puede dejar de señalarse la similitud de la desesperanza y el deseo de morir con la sintomatología propia de las depresiones y con el contexto clínico del suicidio³⁷.

La vulnerabilidad no debe utilizarse para discriminar el acceso a la ayuda a morir ni a ningún otro derecho legal, pero no puede obviarse la presencia de elementos ajenos a la persona en la toma de decisión, más aún cuando se trata de un hecho irreversible. En sociedades en las que la prevención del suicidio se considera una responsabilidad global, y la disminución de las cifras anuales un objetivo común, no puede soslayarse la incongruencia de plantear la ayuda a morir en personas que sufren trastornos que tienen entre sus propios síntomas, formando parte de la patología, la ideación suicida y el deseo de morir³⁸.

4. La relación médico enfermo

Tradicionalmente, la función primordial de la psiquiatría - y de la medicina en su conjunto - ha sido el alivio de la enfermedad y del sufrimiento generado por la misma. Algunos autores se plantean si acompañar en la decisión de morir es o no una función del psiquiatra, dado que podría alentar la desesperanza, que en ocasiones forma parte de la sintomatología del trastorno mental³⁹. La legislación adoptada en ciertos países como Nueva Zelanda y Australia establece procesos independientes (terapéutico por un lado y de apoyo/valoración en la toma de decisión de morir por otro), con el fin de superar esta objeción.

5. La valoración de la capacidad para consentir

El requisito “e” obliga a prestar consentimiento informado. El artículo 3 de la PLORE sobre “Definiciones” establece la siguiente definición de consentimiento informado:

³⁶ Descheper, R., Distelmans, W y Bilsen, J. (2014). Request for euthanasia/physician-assisted suicide on the basis of mental suffering. Vulnerable patients or vulnerable physicians? *JAMA Psychiatry*,71(6),617-618.

³⁷ Kim, S.Y.H., Conwell, Y. y Caine, E.D. (2018). Suicide and physician-assisted death for persons with psychiatric disorders how much overlap? *JAMA Psychiatry*,75(11),1099-1100.

³⁸ Miller, F.G. y Appelbaum, P.S. (2018). Physician-assisted death for psychiatric patients-misguided public policy. *New England Journal of Medicine*,10,883-885.

³⁹ Van Veen, S.M.P., Ruissen, A.M. y Widdershoven, G. A.M. (2020). Irremediable psychiatric suffering in the context of physician-assisted death: a scoping review of arguments. *Can Psychiatry*,65(9),593-603.

- a) *«Consentimiento informado»: la conformidad libre, voluntaria y consciente del o la paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar una de las actuaciones descritas en la letra g).*

En este caso, el conflicto surge de si la enfermedad mental está afectando o no la capacidad del paciente de elegir libremente cuando manifiesta su decisión de morir. Por supuesto, la mera presencia de un trastorno psiquiátrico no desvirtúa la presunción de capacidad⁴⁰, pero en algunos casos los trastornos psiquiátricos se acompañan de distorsiones cognitivas y emocionales, inherentes a su psicopatología. El caso de la depresión se considera emblemático en este sentido, dado que las actitudes negativas típicas del trastorno, basadas en distorsiones cognitivas, la presencia de ideas de culpa, sentimientos de inutilidad, desesperanza e impotencia y otras manifestaciones de esta compleja entidad pueden alimentar el deseo de morir para escapar de una condición insoportable y que se considera erróneamente como irreversible. En otras ocasiones, como ocurre en los trastornos psicóticos, la capacidad de juicio o la interpretación de la realidad pueden verse gravemente afectadas.

Por otra parte, no existe un estándar aceptado para la valoración de la capacidad de toma de decisiones y, aunque existen diversos instrumentos y métodos de evaluación, la decisión final tiene un alto grado de subjetividad⁴¹. Se necesitan, por ello, estándares profesionales y formación específica en la valoración de la competencia, para que todo no descansa sobre una experiencia (parca o nula en el marco de la eutanasia) o una habilidad presupuestas⁴².

Esta dificultad ha llevado en algún país con legislación aprobada a desarrollar protocolos muy garantistas que van más allá de lo formalmente estipulado en la legislación cuando la eutanasia se aplica a personas con trastornos mentales⁴³. Por ejemplo, se establece que los dos médicos consultados deben ser psiquiatras, ajenos al caso, estar afiliados al departamento de psiquiatría de una serie de centros de reconocido prestigio y la ESAM solo se puede realizar en caso de unanimidad entre ambos en la evaluación.

⁴⁰ Rooney, M., Schuklenk, U. y Van de Vathorst, S. (2018). Are concerns about irremediableness, vulnerability or competence sufficient to justify excluding all psychiatric patients from medical aid in dying. *Health Care Anal*, 26, 326-343.

⁴¹ Los instrumentos desarrollados para evaluar la capacidad están diseñados para realizar evaluaciones de la "capacidad puntual", es decir, la capacidad de una persona para tomar una decisión única y específica, no con relación a la "capacidad global", que abarca mucha más información sobre la vida y la historia de la persona. La capacidad es un concepto dimensional, pero la determinación médico-legal en el marco de la ESAM considera la capacidad de forma categórica. Dónde trazar la línea para una persona mentalmente enferma y suicida es una pregunta difícil de responder.

⁴² Shanker, R.R. (2016). A review of the literature on Capacity Assessment Tools within Mental Health Practice. Briefing Document. Joint Centre for Bioethics. University of Toronto.

⁴³ Verhofstadt, M., Audenaert, K., Van Assche, K., Sterckx, S., Chambaere, K. (2019) Ghent University Hospital's protocol regarding the procedure concerning euthanasia and psychological suffering. *BMC Med Ethics* 20(1):59

Otro aspecto para tener en cuenta es que la PLORE equipara el valor de un consentimiento actual al formulado previamente a través de *“documento de instrucciones, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos”*. Por lo tanto, este consentimiento previo debería reunir las mismas características y que la persona se encuentre en el pleno uso de sus facultades y pueda prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar la solicitud previa de eutanasia.

En el caso de la eutanasia, los documentos de voluntades anticipadas afrontan las mismas dificultades que ya se han descrito para otras directrices previas: la estabilidad en las decisiones, la adecuación de la directriz expresada a la situación específica en la que se hace necesario tomar la decisión, la claridad en la voluntad expresada, el papel del representante si lo hubiera o el acceso a las voluntades por parte de los profesionales sanitarios, que permita su aplicación efectiva.

Hay que señalar que en la mayor parte de las legislaciones (Canadá, Australia, EE.UU., Nueva Zelanda) no se contempla la posibilidad de que la eutanasia pueda solicitarse previamente en un documento de voluntades anticipadas. Esto es posible en las legislaciones vigentes en el Benelux. En Holanda la situación ha generado un intenso debate; a lo largo de 2019, se consignaron 160 casos con demencia leve, en los que se había valorado la capacidad de forma exhaustiva, y 2 casos con demencia muy avanzada en los que existían documentos de voluntades anticipadas. Otro caso de demencia ha sido motivo de procedimiento penal. La cuestión debatida, pendiente de que el Tribunal Superior holandés se manifieste sobre los requisitos a exigir en una voluntad expresada anticipadamente, es si, en casos avanzados de deterioro, debe igualmente preguntarse a la persona acerca de su voluntad antes de administrar la sustancia letal y si deben tenerse en cuenta conductas de resistencia o negativas aparentes en ese estado. En todo caso, los documentos holandeses se muestran insistentes en la necesidad de extremar el cuidado y la diligencia en la valoración de la capacidad de las personas afectas de una demencia para tomar la decisión de solicitar la ESAM.

En Bélgica, donde se disponen de datos del periodo 2018-2019, se recoge que la comisión correspondiente recibió un total de 49 solicitudes basadas en declaraciones anticipadas (que corresponden al 1% del total de solicitudes) y la mayoría de ellas correspondían a personas con tumores malignos y con enfermedad vascular cerebral (trombosis y hemorragias). Además, se recibieron 48 solicitudes de personas afectadas por problemas cognitivos (síndrome demencial en curso), que se consideraron, por su carácter incipiente, que no afectaban a la capacidad de estas personas para realizar una solicitud. El informe belga evidencia que el número de solicitudes es muy bajo con relación al número total de personas afectadas por síndromes demenciales en el país.

Discusión

Todos los datos recabados apuntan a que la extrema complejidad del planteamiento de la ayuda a morir en pacientes psiquiátricos no puede resolverse si en el proceso no se estipulan salvaguardas suficientes y la garantía de una evaluación extremadamente rigurosa⁴⁴. Un procedimiento tan extraordinario como irreversible, merece que se asegure la ausencia de opciones reales de tratamiento para reducir el sufrimiento, que se produzca una intervención exhaustiva orientada a la mejoría, si no se ha hecho previamente, y que considere al paciente y su entorno, tanto en su situación actual como en su devenir vital, en un proceso multidisciplinar y coparticipado de toma de decisiones, donde no se evite hablar del futuro⁴⁵.

La aplicación de ESAM debido a un trastorno psiquiátrico es conflictiva en una serie de aspectos esenciales, como son la determinación de voluntariedad, el carácter incurable o crónico e invalidante, el sufrimiento incoercible o la evaluación de la competencia para prestar un consentimiento informado. De hecho, los informes procedentes de los países europeos donde se ha aplicado la ESAM a personas con trastornos psiquiátricos reflejan estas dificultades. En los Países Bajos, un estudio⁴⁶ describió lo ocurrido en 66 casos consecutivos de ESAM por enfermedad mental durante un período de 4 años. La mayoría de los casos eran mujeres, generalmente mayores de 50 años, con una larga historia de enfermedades psiquiátricas, con frecuencia acompañada de intento de suicidio y aislamiento social. Casi la mitad tenía algún grado de dependencia funcional. Aunque la mayoría sufría de depresión o ansiedad, hubo 9 casos de trastornos psicóticos, 8 de trastornos somatomorfos, 2 casos de autismo y 1 caso de una serie diversa de trastornos (duelo prolongado, alexitimia, síndrome de Cotard, trastorno facticio y cleptomanía). Hay que destacar que el 32% de la muestra había sido rechazada como elegible por un médico en algún momento y en el 24% de los casos los médicos evaluadores no se habían puesto de acuerdo si se cumplían o no criterios, lo que pone de relieve la subjetividad a la hora de determinar la capacidad de decisión o la incurabilidad en la enfermedad psiquiátrica. El 11% recibió ESAM sin una opinión psiquiátrica independiente (solo el psiquiatra que atendía el caso aportó información) y al menos un caso no cumplía con los criterios legales de cuidado debido.

La misma muestra fue analizada desde la perspectiva de la evaluación de la capacidad, empleando como metodología un análisis de los textos empleados para definirla, con un modelo que estima la presencia de capacidad a partir de la existencia de cuatro habilidades: comprensión de los hechos, aplicación de los hechos a uno mismo, razonamiento y comunicación de la elección⁴⁷. El estudio concluyó que en el 55% de los casos únicamente se emitió un juicio global sobre la capacidad, mientras que en el

⁴⁴ Vandenberghe, J. (2018). Physician-assisted suicide and psychiatric illness. *New England Journal of Medicine*, 10, 885-887.

⁴⁵ Ibid 35.

⁴⁶ Kim, S.Y., De Vries, R.G., Peteet, J.R. (2016) Euthanasia and Assisted Suicide of Patients With Psychiatric Disorders in the Netherlands 2011 to 2014. *JAMA Psychiatry*, 73(4):362-368.

⁴⁷ Doernberg, S.N., Peteet, J.R., Kim, S.Y. (2016) Capacity Evaluations of Psychiatric Patients Requesting Assisted Death in the Netherlands, *Psychosomatics*, 57:556-565.

32% de los casos se incluyeron exposiciones sobre alguna habilidad y únicamente en 5 casos (8%) se mencionaron las cuatro habilidades. Incluso cuando pacientes sufrían de psicosis o depresión, los médicos evaluadores no proporcionaron ninguna explicación de por qué estos trastornos afectaban a la capacidad. También se encontró discrepancia en cuanto a la capacidad en el 12% de los casos, a pesar de lo cual se aplicó la eutanasia. Estos datos plantean la dificultad de evaluar la capacidad de decisión de los pacientes con enfermedad psiquiátrica que solicitan ESAM.

Otro trabajo, procedente en este caso de Bélgica, analizó la experiencia obtenida a partir de 100 personas consecutivas que solicitaron ESAM debido a una enfermedad mental⁴⁸. Como en el estudio anterior, de nuevo la mayoría de los casos consistía en mujeres aquejadas de depresión, aunque los trastornos de la personalidad estaban presentes en la mitad de las solicitudes, y 12 casos correspondían a trastorno del espectro autista. En total, se aceptaron 48 solicitudes y se llevaron a cabo 35. En 8 casos las personas se sintieron satisfechas con disponer de la opción en caso de que lo consideraran necesario y otros 5 casos desistieron definitivamente. Cinco de los 52 casos que no fueron aceptados para ESAM terminaron finalmente con su vida sin asistencia médica.

En conjunto, estas series de casos han llevado a numerosos autores a recomendar una gran cautela a la hora de aplicar la ESAM a pacientes psiquiátricos y algunas entidades prestigiosas, como la Asociación Psiquiátrica Americana o el Colegio de Psiquiatras de Australia y Nueva Zelanda se han posicionado, estableciendo que un psiquiatra no debe recetar ni administrar ninguna intervención a una persona que no tenga una enfermedad terminal con el propósito de causar la muerte⁴⁹, o desaconsejando la aplicación de la eutanasia exclusivamente debida a la presencia de una enfermedad mental⁵⁰.

En congruencia con otras legislaciones y la literatura científica revisada, la SEP considera imprescindible una extrema prudencia en la aplicación de la ESAM a personas con trastorno psiquiátrico.

⁴⁸ Thienpont, L., Verhofstadt, M., Van Loon, T., et al (2015) Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study *BMJ Open* 5: e007454.

⁴⁹ APA (2016). Position Statement on Medical Euthanasia. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/File%20Library/About-APA/Organization-Documents-Policies/Position-2016-Medical-Euthanasia.pdf>

⁵⁰ Position Statement 67 (2016). Physician Assisted Suicide. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.

Conclusiones

1. Cuando una persona solicita la aplicación de la ESAM debido a un trastorno mental, es necesario responder a cuatro cuestiones dentro del proceso de “control previo por parte de la Comisión de Evaluación y Control” (artículo 10) previsto en la PLORE:
 - a. “La voluntad manifiesta de morir, ¿obedece únicamente a la presencia de un trastorno mental susceptible de mejorar tras tratamiento?”
 - b. “¿Está la voluntad de morir influida por la presencia de un trastorno mental susceptible de mejorar tras tratamiento, aunque no sea la causa fundamental de la solicitud de eutanasia?”
 - c. “En cuanto al carácter “incurable” o “crónico e invalidante” de la enfermedad mental, ¿se han agotado los recursos terapéuticos de tipo biológico, psicológico y social, de acuerdo con la *lex artis*?”
 - d. “¿Tiene la persona capacidad para dar un consentimiento informado con todas las garantías?”

Se solicita que únicamente si se responde de forma unánime y razonada “no” a las dos primeras preguntas y “sí” a la tercera y cuarta, se pueda seguir adelante con el procedimiento de eutanasia.

2. Se solicita que la valoración psiquiátrica sea obligatoria cuando el estado de ánimo, la cognición, la capacidad, el consentimiento, la voluntariedad, la comprensión o el juicio estén en cuestión, con independencia de la enfermedad primaria que motiva la solicitud.
3. Dados los puntos 1 y 2, se solicita la presencia de al menos un médico especialista en psiquiatría, con formación adecuada acreditada por una sociedad científica⁵¹, dentro de los miembros de la Comisión de Seguimiento y Control.
4. Se solicita una revisión del proceso de realización de voluntades anticipadas o documentos similares, especialmente en el caso de personas aquejadas de trastornos mentales, de forma que, si incluye una solicitud de eutanasia, quede acreditada la capacidad de consentimiento informado, se precisen las circunstancias clínicas en las que se va a ejecutar la solicitud y el tiempo de validez del documento.
5. Se solicita que los procesos terapéuticos y de valoración/asistencia en la toma de decisión de solicitud de muerte asistida sean independientes, al menos en los casos de personas afectadas por trastornos mentales.

⁵¹ La Sociedad Española de Psiquiatría se compromete a desarrollar un programa de formación en este sentido.