



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología
y Enfermería en Salud Mental

EL PSIQUIATRA CLÍNICO FRENTE AL DILEMA DE LA EUTANASIA

EUTHANASIA AND PSYCHIATRY

Manuel Bousoño García

bousono@uniovi.es

Eutanasia, psiquiatría

Euthanasia, Psychiatry

RESUMEN

El análisis de los datos públicos de los países en donde está legalizada la eutanasia, revela que en los últimos años, se ha incrementado el número de casos de pacientes con patologías psíquicas y procesos de demencia.

El porcentaje de casos psiquiátricos no es elevado, pero son una cifra creciente y significativa, por cuanto se plantea una contradicción respecto a los fines que justificaron en su día la aprobación de estas leyes. La base de todo ello era en su día, que se ayudaba a eliminar el sufrimiento de personas en situaciones de enfermedad terminal. Es decir que dado que como estaban a punto de morir, simplemente se aceleraba el proceso para evitar el sufrimiento asociado a la prolongación del proceso de enfermedad y el sufrimiento que ello comportaba.

Pero en el caso de las enfermedades psiquiátricas, no se puede justificar que sean enfermedades terminales per-se, y la base de la aplicación de la eutanasia en dichos casos se justifica en esos países, tan solo en que son enfermedades crónicas, para las que no se ha encontrado un tratamiento eficaz que disminuya el sufrimiento asociado a las mismas.

Hay que recordar que por distintos motivos, la eutanasia de los pacientes con enfermedades mentales, ya se había utilizado (Con fines eugenésicos), en la época de la Alemania bajo Hitler (Desde antes de la guerra), y que en su día fue motivo de oprobio de los psiquiatras que colaboraron con ella.

EL PSIQUIATRA CLÍNICO FRENTE AL DILEMA DE LA EUTANASIA

La psiquiatría siempre se ha caracterizado por un espíritu humanista que pretende ayudar al enfermo a superar su enfermedad, o a convivir con la misma de la manera más aceptable posible. Recurrir a la eutanasia para eliminar no a la enfermedad sino al enfermo, puede acabar provocando una pérdida de confianza en nuestra especialidad y abocarla a su desaparición. Además dejaría en palabras y recursos vanos, todos los esfuerzos que las autoridades médicas realizan para luchar contra el suicidio. Observar el fenómeno de deshumanización que ya ocurre en estos países, debiera servir de señal de alerta contra la instrumentalización de los psiquiatras y los médicos en esta práctica utilitarista e inhumana.

ABSTRACT

The analysis of the public data of the countries where euthanasia is legalized, reveals that in recent years, the number of cases of patients with psychic pathologies and dementia processes has increased. The percentage of psychiatric cases is not high, but they are a growing and significant figure, because there is a contradiction regarding the purposes that justified the approval of these laws. The basis of all this was in his day, to eliminate the suffering of people in situations of terminal illness. That is to say that since they were about to die, the process was simply accelerated to avoid the suffering associated with the prolongation of the disease process and the suffering that this entailed. But in the case of psychiatric diseases, it cannot be justified that they are terminal diseases per se, and the basis of the application of euthanasia in such cases is justified in those countries, only in that they are chronic diseases, for which No effective treatment has been found to reduce the suffering associated with them. It must be remembered that for different reasons, the euthanasia of patients with mental illnesses had already been used (for eugenic purposes), at the time of Germany under Hitler (Before the II world war), and that in its day was a reason of opprobrium of the psychiatrists who collaborated with that law. Psychiatry has always been characterized by a humanistic spirit that aims to help the patient to overcome his illness, or to live with it in the most acceptable way possible. Resorting to euthanasia to eliminate not the disease but the patient, can end up causing a loss of confidence in our specialty and lead to its disappearance. In addition, it would leave in vain words and resources all the efforts that medical authorities make to fight suicide. Observing the phenomenon of dehumanization that already occurs in these countries should serve as a warning signal against the instrumentalization of psychiatrists and doctors in this utilitarian and inhuman practice

EL PSIQUIATRA CLÍNICO FRENTE AL DILEMA DE LA EUTANASIA

INTRODUCCIÓN

La eutanasia se ha puesto por motivos políticos, en la primera línea de atención de los profesionales sanitarios, al haberse presentado el 31 de enero de 2020 una Proposición de Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia.

El análisis sereno de la atención médica en España, revela que ya se venían aplicando sin problemas, ni necesidad de una legislación específica, dos formas de eutanasia, la pasiva (No adoptar tratamientos tendentes a prolongar innecesariamente la vida y la interrupción de los ya instaurados conforme a la *lex artis*); y la eutanasia activa indirecta (Utilización de tratamientos que alivian el sufrimiento aunque aceleren la muerte del paciente).

Por otra parte la progresiva aunque lenta implantación de los servicios de cuidados paliativos, parecía que iba a permitir resolver aquellos casos especialmente problemáticos que han dado pie a un cierto debate más político que social y que se refleja en películas como "Mar adentro". La discusión de si la sociedad actual demanda la autorización de la eutanasia o no, pertenece por su naturaleza al ámbito político y no es objeto de análisis aquí. La realidad es que la sanidad en España tiene otros muchos campos que requieren de atención y apoyo con una mayor urgencia, y entre ellos paradójicamente cabe destacar en el ámbito de la psiquiatría, la lucha contra el suicidio.

ASPECTOS LEGALES

El análisis de la legislación ya existente en los países europeos que han aprobado leyes sobre eutanasia hace años (Bélgica y Países bajos), o sobre suicidio asistido (Suiza), permite tener una perspectiva sobre lo que puede ocurrir cuando en España se apruebe una ley muy similar.

En Bélgica la legislación especifica que el médico que practica la eutanasia no comete infracción si se asegura que :

1. El paciente es libre, capaz y consciente en el momento de su petición.
2. La petición es formulada de manera voluntaria, reflexionada y reiterada que no sea resultado de una presión exterior.
3. El paciente se encuentra en una situación médica sin salida y en un estado de sufrimiento físico o psicológico constante e insoportable que no puede ser aliviado y que sea resultado de una afección accidental o patológica grave e incurable; y que el médico respete las condiciones y procedimientos prescritos por la ley.

EL PSIQUIATRA CLÍNICO FRENTE AL DILEMA DE LA EUTANASIA

En los Países Bajos el médico debe (¹):

1. Estar satisfecho de la voluntariedad y consideración adecuada por parte del paciente.
2. Estar conforme con que el sufrimiento del paciente es insoportable, sin previsión de mejoría.
3. Haber informado al paciente de su situación y su pronóstico.
4. Haber llegado junto con el paciente a la conclusión de que no hay alternativa razonable a la situación.
5. Haber consultado al menos con otro médico independiente (Que debe dar su opinión escrita).
6. Ejercer el cuidado y la atención médicas precisas para acabar con la vida del paciente o ayudar a su suicidio.

LEGISLACIÓN ESPAÑOLA

La propuesta de Ley Orgánica de regulación de la Eutanasia, presentada el 31 de enero de 2020 por el Grupo Parlamentario Socialista, especifica los siguientes aspectos, absolutamente similares a los regulados por las legislaciones anteriormente mencionadas:

En la Exposición de Motivos, se menciona que:

- "...existe hoy un amplio acuerdo en limitar el empleo (del término) «eutanasia» a aquella que se produce de manera activa y directa”.
- "...las actuaciones por omisión que se designaban como eutanasia pasiva, o las que pudieran considerarse como eutanasia activa indirecta se han excluido del concepto bioético y jurídico-penal de eutanasia”.
- Se busca, en cambio, legislar para respetar la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de quien está en una situación de enfermedad grave e incurable, o de una enfermedad grave, crónica e invalidante, padeciendo un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables, lo que denominamos un contexto eutanásico.
- Con ese fin, la presente ley regula y despenaliza la eutanasia en determinados supuestos, definidos claramente
- Esta ley introduce en nuestro ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual como es la eutanasia.

En el artículo tercero, se define entre otras cosas lo siguiente:

EL PSIQUIATRA CLÍNICO FRENTE AL DILEMA DE LA EUTANASIA

- a) «Consentimiento informado»: Es la conformidad libre, voluntaria y consciente del o la paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información.
- b) «Enfermedad grave, crónica e invalidante»: Es la situación que resulta de una persona afectada por limitaciones que inciden directamente sobre su autonomía física, así como sobre su capacidad de expresión y relación, y que llevan asociadas un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vaya a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable.
- c) «Enfermedad grave e incurable»: Es toda alteración del estado de la salud,... que lleva asociada sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable y en la que existe un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.
- f) «Objeción de conciencia sanitaria»: Es el derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones.
- g) «Prestación de ayuda para morir»: Es la acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades:
 - i) La administración directa al o la paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.
 - ii) La prescripción o suministro al o la paciente por parte del profesional sanitario competente de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, ya sea en el propio centro sanitario o en su domicilio, para causar su propia muerte.
- h) «Situación de incapacidad de hecho»: Es la situación en la que el o la paciente carecen de entendimiento y voluntad suficiente para gobernar su vida por sí mismo de forma autónoma, sin que necesariamente haya resolución judicial de incapacitación.

En el artículo 5 se regulan los requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir:

- 1. Será necesario que la persona cumpla todos los siguientes requisitos:
 - a) Tener la nacionalidad española o residencia legal en España, mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.
 - b) Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos.
 - c) Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas.

EL PSIQUIATRA CLÍNICO FRENTE AL DILEMA DE LA EUTANASIA

- Si el médico o la médica responsable considera que la muerte de la persona solicitante o la pérdida de su capacidad para otorgar el consentimiento informado son inminentes, podrá aceptar cualquier periodo menor que considere apropiado en función de las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia en la historia clínica del o la paciente.
- d) Sufrir una enfermedad grave e incurable o padecer una enfermedad grave, crónica e invalidante en los términos establecidos en esta ley, certificada por el médico o médica responsable.
- e) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del o la paciente.

El artículo 8 respecto al procedimiento a seguir por el médico responsable establece que:

- El médico responsable deberá consultar a un médico consultor, quien tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 5.1, en el plazo máximo de diez días naturales.
- El médico responsable, antes de la realización de la prestación de ayuda a morir, lo pondrá en conocimiento del presidente o presidenta de la Comisión de Evaluación y Control.
- No obstante, se podrá llevar a cabo dicha prestación de ayuda a morir sin el citado control previo en los casos excepcionales de muerte o pérdida de capacidad inminentes apreciados por el médico responsable.

Finalmente en la Disposición Adicional Primera, sobre la causa de muerte se dicta que:

- La muerte producida derivada de la prestación de ayuda para morir tendrá la consideración de muerte natural a todos los efectos.

Como puede apreciarse si comparamos la legislación propuesta en España y que aún puede sufrir modificaciones en el procedimiento de aprobación por las cortes; es por completo similar a la establecida en otros países europeos, y dado que no establece especiales cautelas en relación al procedimiento; que podrían haberse tenido en cuenta en función de lo observado en estos años pasados en dichos países, es muy probable que acabe ocurriendo lo que se ha observado en los mismos y que se ha definido como "Una pendiente resbaladiza", en la cual cada vez se aplica dicha legislación con mayor prodigalidad (Hay mas porcentaje de casos cada año), y en casos más dudosos, y que si mientras al inicio se aplicaba sobre todo a pacientes con cáncer y en situación terminal, cada vez más se observa su aplicación creciente en pacientes con demencia y comienzan a aparecer casos de índole psiquiátrica, especialmente en pacientes deprimidos.

EL PSIQUIATRA CLÍNICO FRENTE AL DILEMA DE LA EUTANASIA

El porcentaje global de estos casos es aun pequeño, pero la tendencia es creciente y preocupante, por cuanto deben hacerse una serie de consideraciones al respecto de aplicar en pacientes psiquiátricos, una legislación que va en una dirección opuesta a la de nuestra especialidad.

Debo reseñar que el objetivo último del psiquiatra, es ayudar al paciente a recuperarse de su enfermedad y volver a integrarse socialmente con la mejor calidad de vida posible. Entre los síntomas de enfermedad que son frecuentes en pacientes psiquiátricos (Esquizofrénicos, Bipolares o Depresivos entre otros), está la ideación suicida. Numerosas investigaciones avalan que dicha ideación y las conductas autolíticas, son el fruto de alteraciones neurobiológicas que subyacen a estos tipos de enfermedad.

El objetivo del psiquiatra es por tanto en relación a dicho síntoma el luchar contra el mismo, previniendo las conductas de él derivadas, y algunos fármacos han mostrado eficacia frente a las ideas y conductas suicidas (El Litio en el Trastorno Bipolar, la Clozapina en Esquizofrenia, o la Esketamina en la Depresión). Esto avala la posición clásica del psiquiatra, de intentar luchar al máximo contra dicha tendencia, ya que dichas ideas y conductas tienden a remitir con un tratamiento adecuado.

La aplicación de la Eutanasia en estos casos, pensando que de esa forma se favorece al paciente, equivale a ayudar a las pacientes con Anorexia a perder peso, ya que ese parece ser su deseo (Claramente enfermizo). Ante pacientes en situaciones graves en los que pudiera aparecer el deseo de morir, nuestra posición debe ser la de luchar contra las alteraciones neurobiológicas que presenta y que subyacen a las ideas o conductas suicidas, más que facilitar el acceso a una muerte facilitada por una legislación imprecisa.

Basta leer lo que se entiende como "Enfermedad grave, crónica e invalidante", para comprender que médicos no psiquiatras, no formados en la comprensión de la naturaleza de los trastornos psíquicos, podrían equivocadamente entender que en muchos de estos casos hay que aplicar la eutanasia. Es lo que está ocurriendo ya por ejemplo en Bélgica y Países Bajos. Veamos las cifras.

TASAS DE SUICIDIO EN OTROS PAÍSES QUE HAN APROBADO LA EUTANASIA

La observación de los datos publicados, permite aseverar que las tasas de aplicación de la eutanasia son crecientes. En los Países Bajos la tasa de eutanasia, ha pasado en una década desde 10 a 28,2 por cada mil fallecidos. Es decir casi se ha triplicado. En Bélgica las tasas igualmente se han triplicado (²).

Algunos estudios muestran que además existe un porcentaje no desdeñable de casos, en los cuales la eutanasia no ha sido solicitada por los propios pacientes.

EL PSIQUIATRA CLÍNICO FRENTE AL DILEMA DE LA EUTANASIA

Se recuerda que en los que son declarados incapaces, dicha solicitud puede ser solicitada por sus tutores o responsables. Si eso llega a ocurrir en pacientes psiquiátricos graves como por ejemplo en pacientes con Esquizofrenia, declarados con frecuencia incapaces, ¿Cómo se podría garantizar que la eutanasia no se aplica en contra de su propio interés?. Los resguardos legales de la existencia de un médico consultor distinto del promotor y de una comisión de control, no parecen garantías suficientes. No está previsto que tenga que informar el caso un psiquiatra, cuando la patología de base es psiquiátrica.

Hay que recordar que el coste que supone para el estado y las cargas que supone para la familia cada caso grave de Esquizofrenia, ¿Cómo evitar la presión que pueda existir en los tutores o responsables?, fomentada en ocasiones por los responsables políticos. Basta recordar las palabras del Ministro de finanzas Japonés Taro Aso, quien llegó a afirmar hace unos 7 años, que el rechazaría los cuidados al final de la vida y que se sentiría mal, sabiendo que el estado correría con los gastos de dichos cuidados, fomentando de esa forma que los japoneses se apresurasen a morir una vez que hubiesen concluido su periodo de productividad. Lo que dijo debe hacernos reflexionar: "Let elderly people "hurry up and die". (Dejar a los ancianos apresurarse y morir).

Por otra parte la posición de los profesionales ante el embate político, no es unánime. En los Países Bajos ⁽³⁾, hasta el 34 % de los Médicos están de acuerdo en aplicar la eutanasia a los pacientes psiquiátricos.

Las cifras globales de aplicación de la eutanasia en los Países Bajos dan cifras crecientes de casos psiquiátricos, pasando de cero casos en 2009, y dos en 2010, a 56 casos en 2015 y 60 casos en 2016. ⁽⁴⁾.

La formación de los médicos que aplican la eutanasia en los países donde está aprobada, es también algo que puede suscitar preocupación. El 84 % son Médicos de Familia, el 3 % geriatras, el 3 % especialistas y un 10 % otros. "En aquellos países en los que tienen leyes liberalizadas de eutanasia, es infrecuente que los psiquiatras estén implicados en la toma de decisiones, para individuos que solicitan la eutanasia. Este papel se cumplimenta por no especialistas" ⁽⁵⁾.

Finalmente cuando se analizan las tasas globales de aplicación de la eutanasia en pacientes psiquiátricos, se puede observar que actualmente son tan solo en torno al 1 %. La preocupación procede por tanto por el ritmo de crecimiento de esas cifras en los últimos años, es decir la observación del fenómeno de la pendiente deslizante, que tiende a aplicar de forma creciente a nuestros pacientes esta supuesta "solución" a sus problemas. En efecto el análisis de qué casos psiquiátricos presentan un incremento sustancial en el momento actual, se observa que son precisamente los pacientes con Trastornos del Humor ⁽⁶⁾.

EL PSIQUIATRA CLÍNICO FRENTE AL DILEMA DE LA EUTANASIA

Finalmente cuando se analizan cuantos pacientes de los que solicitan la eutanasia cumplen criterios para ser diagnosticados de Depresión, se observa que oscilan entre un mínimo del 8 % y un máximo del 47 % de los solicitantes. Entre aquellos que finalmente reciben la eutanasia las tasas disminuyen a cifras entre el 2 % y el 17 %. (7).

CONCLUSIONES

1. Una vez legalizada la eutanasia, los casos se van ampliando en una "pendiente resbaladiza".
2. Aunque son un pequeño porcentaje, cada vez son más los pacientes psiquiátricos que son sometidos a la eutanasia.
3. Son sobre todo Médicos no especialistas, los que deciden si los pacientes deben ser sometidos o no a la eutanasia.
4. Los psiquiatras tenemos la obligación de defender a nuestros pacientes para ayudarles a superar sus síntomas, y por tanto cuestionar al menos en el caso de nuestros muchas veces indefensos pacientes, la aplicación de la Eutanasia, porque va en contra de nuestra obligación fundamental, que es luchar contra el síntoma del deseo de muerte, tan frecuente en los trastornos psíquicos. Es un síntoma de las alteraciones neurobiológicas de la enfermedad y no un deseo real que persista en la inmensa mayoría de los casos, cuando es adecuadamente tratado.

BIBLIOGRAFÍA

¹ Kim, S.Y.H. Et al JAMA Psychiatry. 2016 Apr; 73(4): 362–368.

² Gamondi, C. Et al. Lancet. Vol. 384, Issue 9938, P127, JULY 12, 2014.

³ Bolt EE, Snijdewind MC, Willems DL, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD. J Med Ethics. 2015;41(8):592–598

⁴ www.carealliance.org.nz

⁵ Macleod, S. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 46.10 (2012): 936-945

⁶ Diereickx, S. Et al. BMC Psychiatry BMC 2017.

⁷ Levene I, Parker M. J Med Ethics. 2011;37:205–211