



INTERPSIQUIS

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

EUTANASIA Y PSICOGERIATRÍA

Manuel Gonçalves-Pereira

gpereira@nms.unl.pt

Eutanasia, psicogeriatría, ética, demencia, Alzheimer

RESUMEN

El objetivo de esta ponencia es discutir la eutanasia y el suicidio asistido por un médico en el contexto específico de la psicogeriatría, principalmente en el caso de la demencia, que plantea problemas singulares con respecto a la capacidad. Los trastornos neuropsiquiátricos de los ancianos, generalmente no terminales, a menudo son la principal o la única causa del llamado "sufrimiento insoportable" y los roles (y desafíos) de los psiquiatras en estos casos varían mucho, dependiendo del marco legal. En muchas situaciones, los médicos se enfrentan decisiones complejas y dilemas morales. Además, los diferentes abordajes éticos (por ejemplo, con enfoque deontológico, consecuencialista, principalista, o de ética de las virtudes) nos llevan a respuestas no necesariamente similares.

Primero, discutiré la situación portuguesa actual, junto con escenarios previsibles para el futuro cercano. En segundo lugar, abordaré los desafíos clínicos para los médicos cuando se enfrentan a un paciente anciano que expresa el deseo de morir / ser ayudado a morir. Revisaré brevemente las contribuciones recientes de la literatura, tomando la perspectiva del clínico y discutiendo sobre todo la evaluación general de tal situación y la necesidad de límites (legales y / o éticos). También se plantearán algunas cuestiones sobre el papel de las familias y de la relación médico-paciente.

ABSTRACT

The aim of this talk is to discuss euthanasia and physician assisted suicide in the specific context of psychogeriatrics, mainly dementia, which poses singular issues regarding capacity. Neuropsychiatric disorders of old age, mainly non-terminal

EUTANASIA Y PSICOGERIATRÍA

conditions, are often the primary or only cause of so-called 'unbearable suffering' and the psychiatrists' roles (and challenges) in these cases vary a lot, depending on jurisdictions.

In any situation, doctors face Cornelian decisions and moral dilemmas. Moreover, different ethical approaches (e.g. deontology, consequentialism, principlism, virtue ethics) may not necessarily lead us to similar answers.

First, I will discuss the Portuguese situation along with foreseeable scenarios for the near future. Second, I will address clinical challenges for doctors when facing an old age patient that expresses the wish to die/be killed. I will briefly go through recent literature contributions, taking the clinician's perspective and focusing on the overall assessment of such a situation and the need for boundaries (legal and/or ethical). A few questions will be raised on the role of families and the doctor-patient relationship.

ENCUADRAMIENTO Y OBJETIVO DE LA PONENCIA

El objetivo principal de esta ponencia es discutir la eutanasia y el suicidio medicamente asistido en el contexto específico de la psicogeriatría. En otras comunicaciones de esta mesa ("Eutanasia y psiquiatría") se detallan las diferencias conceptuales entre "eutanasia", "suicidio medicamente asistido" y otros términos relacionados (la literatura anglo-sajona habla a menudo de "*medical assistance in dying*", o expresiones similares, para englobar estas entidades). Aquí emplearé el término "eutanasia" englobando tanto esta misma entidad en sentido estricto, como otras intervenciones en las que el resultado es una anticipación intencional de la muerte de un paciente, de acuerdo con su voluntad, y con la participación de un profesional sanitario.

En la actualidad asistimos a debates apasionados sobre el tema en general, en culturas y países muy diversos. Pero la forma en que los enfermos psicogeriatricos pueden ser afectados específicamente (a la par que sus familias y los profesionales de salud intervinientes en el proceso) es aún poco conocida incluso en los países en que existe una legislación sobre la eutanasia. Tampoco parece plantear un interés substancial del público o incluso de los expertos en los países en que se discute la legalización. En psicogeriatría nos quedamos a menudo en la frontera entre lo "orgánico" y lo "funcional", entre lo "neuropsiquiátrico" - en sentido más estricto - y lo que suele considerarse de origen "mental" - sin tantos correlatos biológicos. De todas formas, los cuadros demenciales se asocian a problemas singulares con respecto a la capacidad para decidir y suscitan dudas enormes (1-3).

EUTANASIA Y PSICOGERIATRÍA

Antes de proseguir, debo plantear dos puntos más. Primero, me gustaría compartir la historia oculta detrás de esta ponencia. Algunas de estas ideas fueron discutidas a fondo en el *International Psychogeriatric Association 2019 Congress* (Santiago de Compostela), donde abordé el tema con un alcance internacional más amplio. La motivación para unirme a mis compañeros españoles, en aquel taller y ahora de nuevo, se basa en más de 10 años de experiencia en geriatría y cuidados paliativos como psiquiatra y terapeuta familiar, junto con preocupaciones sobre un procedimiento de legalización apresurado en mi país si la legislación fuera cambiar, como de hecho ha ocurrido recientemente. Este fue el punto de partida para una discusión muy interesante con colegas de muchos otros países, principalmente de Europa, Australia y Américas, independientemente de la profunda diversidad de opiniones y experiencias. En segundo lugar, hay una revelación personal ("*disclosure*") que debo hacer, en términos éticos. Discutiré el tema desde el punto de vista de alguien con convicciones filosóficas y religiosas fuertemente posicionadas en contra de la eutanasia. Es decir, creo que tal tema no puede ser discutido libre de prejuicios por nadie, ni la investigación interpretada de una manera totalmente neutral. Por lo tanto, los lectores u oyentes tienen pleno derecho a conocer mi opinión personal desde el principio y no solamente leyendo entre líneas. Espero además que todos aquellos que tienen opiniones complementarias o diferentes a la mía puedan unirse a mí en una discusión positiva y fructífera. Creo que estos temas nos preocupan a todos, lo que no deja de ser un punto en común a pesar de posibles divergencias.

Independientemente de nuestra posición de principio frente a la cuestión compleja de la eutanasia, se deben anticipar los problemas de aplicación de cualquier ley en proyecto (el caso presente de nuestros países, Portugal y España). Sobre todo, cuando hay años de experiencia como en Benelux, aunque muchos aspectos deban ser contextualizados culturalmente. Por supuesto, este es un motivo adicional para que no olvidemos los desafíos de la complejidad clínica y humana asociada a los cuadros psicopatológicos geriátricos cuando se considera la eutanasia (4).

Como regla general, quiero centrarme en los ancianos con trastornos neuropsiquiátricos o enfermedades mentales (entidades no terminales) como principal o única causa del llamado "sufrimiento insoportable", la razón para solicitar eutanasia. Intentaré discutir el papel de la psiquiatría en estos casos, en diferentes jurisdicciones, en la línea de artículos recientes sobre los retos que pueden presentarse (5).

EUTANASIA Y PSICOGERIATRÍA

Presentaré algunos dilemas éticos en lo que respecta a las evaluaciones para la eutanasia en psicogeriatría. Luego, comentaré brevemente la situación en Portugal, que me gustaría compartir con vosotros.

Intentaré contextualizarla en la situación internacional, centrándome en informes de países donde el marco legal permite la eutanasia. Voy a esbozar algunos temas actuales, mientras que las decisiones sobre los procedimientos exactos a adoptar se tomarán en el Parlamento portugués en un futuro próximo. Finalmente, revisaré narrativamente contribuciones recientes de la literatura (investigación cuantitativa, cualitativa, revisiones/documentos de posición/editoriales), tomando la perspectiva del clínico para plantear preguntas sobre: evaluación general de una solicitud para eutanasia y la necesidad de límites (legales y/o éticos) y, muy resumidamente, el papel de las familias y de la comunicación y relación clínicas. En suma, se trata de una discusión personal de los desafíos clínicos que aparecen cuando un paciente expresa el deseo de morir en una jurisdicción donde esto no está prohibido por la ley, sin olvidar las dificultades actuales, cuando así es.

DECISIONES COMPLEJAS Y DILEMAS ÉTICOS EN PSICOGERIATRÍA

La presencia del llamado "sufrimiento insoportable" es a menudo un punto clave en la evaluación de los criterios exigibles para la eutanasia. Este es un tema sumamente delicado. Los trastornos neuropsiquiátricos de los ancianos, normalmente enfermedades no terminales, causan invariablemente algún tipo de sufrimiento. En muchas situaciones, como ya sucede en países donde la eutanasia es legal, uno puede invocar "sufrimiento insoportable" derivado de estos trastornos. Los roles (y desafíos) de los psiquiatras en estos casos varían mucho, dependiendo del encuadramiento legal. Incluso si el "sufrimiento insoportable" ocurre sin que sea posible un diagnóstico claro de trastorno neuropsiquiátrico o mental, la angustia o sufrimiento emocional contribuyen para aumentar la complejidad de una evaluación sobre todo subjetiva. Así, en muchas situaciones, los médicos se enfrentan a decisiones complejas y dilemas morales.

Profundizando un poco en cuestiones éticas, podemos plantearnos un conjunto de preguntas, en secuencia. La ética es fundamental, y hay respuestas correctas o incorrectas en la ética al igual que las hay en la práctica clínica (además de que las decisiones clínicas son éticas de todos modos) (6). Todos estamos de acuerdo en que, cuando nos enfrentamos a tales problemas, debemos hacer lo correcto. Pero, ¿qué es exactamente lo correcto? ¿Qué pasa si alguien pide la muerte? ¿Qué pasa si

EUTANASIA Y PSICOGERIATRÍA

existe una posibilidad legal (como sucede en algunos países, bajo ciertas condiciones)?

Qué tipo de dificultades surgen, por ejemplo, para evaluar ¿la capacidad del paciente, el grado insoportable del sufrimiento o la preparación del médico evaluador para afrontar situaciones difíciles con respecto a los límites clínicos? ¿Qué sucede si la ley no lo permite (como todavía ocurre en mi país, aunque está a punto de cambiar)?

Tomemos las primeras preguntas, por ahora. Todos estamos de acuerdo en que debemos hacer lo correcto. Pero cuando cuestionamos "¿qué es LO correcto?", a menudo surgen discrepancias. Este suele ser el caso cuando se pregunta a las personas sobre su posición con respecto a la eutanasia. En muchos estudios, las posiciones favorables son mayoritarias (1,7), aunque en estas mismas también surgen varios matices: por ejemplo, un estudio canadiense reciente descubrió que la mayoría de los psiquiatras no apoyan la legalización de la eutanasia para la enfermedad mental, a pesar de que la apoyan en general (8).

Existen diferentes enfoques éticos, por ejemplo de tipo deontológico (con Kant), consecuencialismo (con Bentham o Stuart Mill), principialismo (con Beauchamp y Childress, o Gillon), o ética de la virtud (con Aristóteles, Pellegrino y Thomasma) (6). Estos enfoques pueden llevarnos a respuestas similares, pero no siempre. En mi opinión, la primacía actual del principialismo en la ética médica no se debe dar por sentado, al menos con respecto al sobrevalor generalizado del respeto por la "autonomía" del individuo sobre todas las otras preocupaciones. La adopción de un enfoque de "ética de la virtud", por ejemplo, puede ser una opción principal para muchos médicos, no sin olvidar una consideración equilibrada de los cuatro principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y equidad.

Echemos un vistazo a esta tabla de doble entrada (Cuadro 1) sobre algunos dilemas relacionados con la eutanasia: podemos encontrar diferentes jurisdicciones y diferentes valores personales de los médicos, lo que nos lleva a considerar diferentes combinaciones en una situación dada. Dos se convertirán en un conflicto que debe resolverse (por ejemplo, convirtiéndose en un objetor de conciencia o un criminal), mientras que los otros dos siguen siendo un problema para todos los involucrados, o trascienden (en mi opinión) lo que puede ser resuelto por la ley y el individuo.

EUTANASIA Y PSICOGERIATRÍA

CUADRO 1:

Solicitud de eutanasia por un paciente: una posición difícil para pacientes, familiares y médicos por igual

		Permitido por la conciencia moral del médico?	
		¿Sí?	¿No?
Permitido por ley?	¿Sí?	(...) sigue siendo una cuestión moral	¡ CONFLICTO !
	¿No?	¡ CONFLICTO !	(...) los problemas persisten, tanto para paciente y familia como para el clínico

En cualquier caso, los médicos (como los pacientes) permanecen en el filo (de la navaja), para citar no solo el conocido título de Somerset Maugham, sino también los textos bíblicos en primer lugar: "*el filo de una navaja es difícil de pasar...*". El dios latino Janus, con sus dos caras, ilustra no solo lo que sucede en un momento de la vida donde tenemos que enfrentar la puerta que conduce a la muerte, sino también nuestra propia ambivalencia a este respecto, como parte intrínseca de la naturaleza humana. Y esta ambivalencia puede ser compartida, en diferentes proporciones, por todos aquellos que intervienen: el paciente, en primer lugar, pero también los médicos, incluidos los psiquiatras, como los médicos de cabecera o los expertos que deben opinar, en los procedimientos de evaluación. La forma en que estos sentimientos y pensamientos complejos impactan en la relación interpersonal y en los resultados se revisará a continuación.

CAMBIOS RECIENTES EN PORTUGAL EN EL CONTEXTO DE LOS DEBATES INTERNACIONALES EN CURSO

En Portugal, cinco proyectos de ley diferentes fueron aprobados en el Parlamento recientemente este año. Provenían de cinco partidos diferentes, incluido el ganador de las últimas elecciones, el partido socialista. En este momento se procede a discutir

EUTANASIA Y PSICOGERIATRÍA

con más detalle cómo se podría implementar la ley: dentro de meses una nueva ley de eutanasia puede finalmente ser aprobada e implementada.

Al mismo tiempo, una convocatoria pública para un referéndum sobre el tema está en camino. Las cinco propuestas tienen diferencias, pero siguen siendo similares en sus características principales. Algunas partes del proceso están aún por definir y difieren los roles para los médicos (por ejemplo, el médico puede tener más preponderancia en la decisión final o esta será la responsabilidad de la "*Comissão de Avaliação do Procedimento Clínico de Antecipação da Morte*"). Tomando como ejemplo la propuesta socialista, esta incluye explícitamente el suicidio asistido por un médico y las personas con trastornos mentales no son elegibles (es necesaria una evaluación psiquiátrica bajo ciertas condiciones). Queda una duda: ¿qué pasa con las personas con demencia? ¿La demencia debe considerarse un trastorno mental (que no lo es, en sentido estricto)? Esto sin hablar sobre las posibles solicitudes de personas con trastornos de personalidad, una cuestión también muy compleja (9).

Vale la pena señalar que, entre otros, el CNECV (nuestro Comité Nacional para Asuntos Éticos en Ciencias de la Vida) emitió declaraciones formales en contra de estas propuestas, basadas en preocupaciones sobre, por ejemplo, la ambigüedad de algunas formulaciones o la exageración de la autonomía del paciente en discusiones sobre el derecho a morir. En mayo de 2018, cuatro propuestas muy similares habían fracasado en el Parlamento anterior, por una diferencia de cinco votos (véase, por ejemplo, la propuesta del partido socialista: 110 sí / 115 no / 4 abstenciones). Estas propuestas no eran muy diferentes de las cinco que fueron aprobadas recientemente, y diferían ligeramente entre ellas con respecto a, por ejemplo, ¿quién puede solicitar y cuándo? ¿Es el trastorno mental un criterio de exclusión? ¿Cómo se lleva a cabo el proceso? ¿Es obligatoria una evaluación psiquiátrica? ¿Se puede reconsiderar la solicitud? Los profesionales de la salud no están obligados a participar en contra de su voluntad, pero esto no resuelve en absoluto los problemas éticos que se plantean.

Independientemente de la intensidad de muchos debates, hay que destacar la discusión exhaustiva y fructífera promovida por el CNECV con su conferencia de clausura en diciembre de 2017. Numerosos participantes de renombre internacional transmitieron opiniones muy diferentes, como se desprende claramente de los procedimientos publicados (10). Pero la forma en que los medios de comunicación social tratan estos problemas no siempre es apropiada. Recientemente, por ejemplo, los resultados de una tesis académica fueron parcialmente distorsionados en un comunicado de prensa ("58.2% de los médicos portugueses favorecen la legalización

EUTANASIA Y PSICOGERIATRÍA

de la eutanasia”), a pesar de las limitaciones de esa investigación a pequeña escala, como lo reconocen los propios autores (11).

Las directivas anticipadas (Ley portuguesa 25/2012, 16/7) son muy generales y, por supuesto, no pueden considerar la eutanasia (que es ilegal por el momento). Además, el marco legal portugués recientemente emitido para evaluaciones de capacidad / competencia (Ley 49/2018, 8/14) abre posibilidades estimulantes para la protección de personas frágiles en la vejez, pero seguramente será una fuente de desafíos éticos y prácticos en el futuro cercano. Sobre todo, si se plantean preguntas sobre la eutanasia y la capacidad de decisión.

Independientemente de las consideraciones legales, la situación actual del sistema de servicios de salud portugués no está preparada para afrontar la problemática que un número creciente de ancianos vulnerables con demencia y otros trastornos neuropsiquiátricos le plantean. La naturaleza del sufrimiento asociado puede parecer subjetivamente “insoportable” para al menos algunos (pacientes y médicos por igual), en algunas circunstancias. Las dificultades se amplificarán cuando los cuidados paliativos sean necesarios, pero no estén disponibles (por no hablar, por ejemplo, de los meses posteriores a la divulgación del diagnóstico, cuando una persona con demencia puede quedarse sin una verdadera red de apoyo después de recibir malas noticias).

Ahora veamos brevemente la situación internacional, centrándonos en los países donde la eutanasia ahora es legal. Emanuel et al revisaron ampliamente las actitudes y prácticas con respecto a la eutanasia en los Estados Unidos, Canadá y Europa (12). Existen diferentes jurisdicciones: en ese momento (2016) y a pesar de las pequeñas diferencias, la eutanasia (y el suicidio asistido por un médico) podría practicarse legalmente en los Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, Colombia y Canadá. El suicidio asistido por un médico, específicamente, ya era legal en cinco estados norteamericanos. (Oregón, Washington, Montana, Vermont y California) y Suiza. El apoyo público a la eutanasia en los EUA alcanzó una meseta desde la década de 1990 (rango 47% - 69%). En Europa occidental, existen relatos de un apoyo cada vez mayor; en Europa Central / Oriental, el apoyo está disminuyendo. En los países que permiten la eutanasia, la información sobre los casos no siempre está disponible. Las solicitudes de eutanasia implican con frecuencia consideraciones de salud mental (como depresión o incapacidad para participar en actividades placenteras) y la participación de psiquiatras en un grado variable. Los autores concluyeron que: “la eutanasia y el suicidio asistido por un médico se están legalizando cada vez más, pero siguen siendo

EUTANASIA Y PSICOGERIATRÍA

relativamente raros y afectan principalmente a pacientes con cáncer. Los datos existentes no indican un abuso generalizado de estas prácticas"(12).

Sin embargo, también discuten las posibles implicaciones de la legalización de la eutanasia: complicaciones asociadas, nihilismo terapéutico, angustia para los médicos y la ampliamente discutida "pendiente resbaladiza".

Centrándose en la eutanasia para personas con trastornos mentales o demencia, Dierickx et al analizaron casos notificados oficialmente en Bélgica, concluyendo que estas personas buscan cada vez más el acceso a la eutanasia y que el desarrollo de guías de práctica clínica es deseable si los médicos deben responder adecuadamente a solicitudes tan delicadas (13). Sin embargo, otro estudio en los Países Bajos informó que la eutanasia en pacientes con trastornos psiquiátricos, demencia y / o una acumulación de problemas de salud es relativamente rara (14,15). Los autores declararon que, en parte, esto podría explicarse por la creencia de que no se pueden cumplir los criterios necesarios ("*due criteria*"). Una explicación alternativa fue que los pacientes con estas afecciones pueden ser menos propensos a solicitar la eutanasia. Los autores informaron sobre los motivos por los cuales el médico accedió a la solicitud, en su mayoría la ausencia de perspectivas de mejora y autonomía del paciente, síntomas graves (excluido el dolor) en caso de trastornos psiquiátricos o pérdida de dignidad en casos de demencia. Con respecto a los motivos por los cuales la solicitud no resultó en eutanasia (alrededor de 1: 4 de los casos), estos incluyeron el incumplimiento de los criterios (por ejemplo, ausencia de sufrimiento insoportable o desesperación) o incluso el retiro de la solicitud (14).

De todos modos, muchos médicos expresan preocupación a propósito de evaluaciones complejas para la aplicación de la eutanasia, por ejemplo en lo que respecta a la demencia (4).

LOS DESAFÍOS SON MUCHOS

Ahora me gustaría llamar la atención sobre algunos artículos que me ayudaron a enmarcar mis propios puntos de vista sobre el tema, tanto si llegué a estar de acuerdo con los argumentos de los autores como si no. Estos trabajos consideran principalmente los desafíos únicos planteados por la demencia y el deterioro cognitivo en general, pero no exclusivamente.

Trabajos importantes se han centrado en cuestiones relacionadas con el suicidio, asistido o no. Reflexionando sobre el aumento de las preocupaciones sobre el riesgo de suicidio en personas con demencia junto con el suicidio "racional", Draper revisó

EUTANASIA Y PSICOGERIATRÍA

el comportamiento suicida y el suicidio asistido en la demencia para concluir que el riesgo general de suicidio no parece aumentar (16).

El autor discute exhaustivamente sobre la capacidad de una persona con demencia para proporcionar consentimiento informado con respecto a la eutanasia (en términos generales). Tomando la ley holandesa como ejemplo, y pensando en alguien con demencia incluso leve, el Prof. Draper cuestiona las dificultades para evaluar las habilidades para comprender y retener información sobre su condición y la decisión de terminar con su vida; para reconocer la información proporcionada, incluido el pronóstico, las alternativas de tratamiento y la información relacionada con el método de suicidio elegido; sopesar la información y tomar una decisión; para comunicar sus elecciones; junto con la libertad de elección sin que exista ninguna influencia indebida.

Son notables otras advertencias, como que la mayoría de las personas con demencia tienen una calidad de vida aceptable para ellos (¿y quién puede opinar sobre la calidad de vida subjetiva de las personas en etapas más avanzadas?). Además, los médicos tienen responsabilidades éticas más amplias que el individuo solamente: el impacto del suicidio en las familias y los profesionales de la salud puede ser profundo. O las dificultades para aplicar una posible directiva anticipada sobre la eutanasia debido a incertidumbres en el momento en que el sufrimiento pueda volverse "insoportable", dada la disminución de la comunicación efectiva entre el paciente y el médico con el avance de la demencia. En línea con esto, una revisión de la literatura sobre suicidio y muerte asistida en demencia concluyó que la demencia en general no parece ser un factor de riesgo para el suicidio consumado, aunque la mayoría de los estudios tengan limitaciones metodológicas significativas. Sin embargo, algunos subgrupos de pacientes (por ejemplo, con comorbilidades psiquiátricas, de menor edad, con un diagnóstico reciente de demencia) pueden tener un riesgo mayor (17). Por lo tanto, aunque los pensamientos suicidas en la demencia puedan no ser frecuentes, sí existen, lo que nos obliga a plantearnos ¿qué tipo de problemas prácticos se deben anticipar en cualquier legislación sobre la eutanasia?

Otro ejemplo proviene de un estudio holandés de personas con demencia, donde el objetivo era proporcionar una descripción cualitativa, ideográfica de lo que realmente significa existir en nuestra vida diaria como una persona con demencia (18). En las palabras de los autores, "*las personas entran en un período de vida muy incierto, impredecible y ambiguo*". Curiosamente, uno de los temas que surgió de una combinación de narrativas fue "*tratar de controlar un futuro temido por medio de la eutanasia*". Más interesante aún, el título (inspirado en los hallazgos del estudio) es

EUTANASIA Y PSICOGERIATRÍA

precisamente *"los ojos de los demás es lo que realmente importa"*. En otras palabras, una de las principales dificultades puede provenir no de la naturaleza intrínseca de la demencia, sino de la apariencia inquisitiva y de la desaprobación de los demás, incluyendo muchos de los más próximos. Esto nos lleva, por ejemplo, a los escritos seminales del Prof. Sabat (19), o el conocido refrán africano que dice que *"una persona es una persona a través de los demás"*, o aún la construcción de "salud social" en la demencia, desarrollada recientemente por el grupo de trabajo INTERDEM (20). Paraphraseando a Van Wijngaarden et al, sus resultados proponen un enfoque socio-relacional; es decir, desde una perspectiva en primera persona, la demencia puede verse principalmente como relacionada con preguntas sobre el ser, las relaciones sociales y los roles (18). Mi pregunta sería, por lo tanto: ¿qué tipo de dificultades, incluidas las de naturaleza afectiva y social, deberían ser el foco de nuestra atención en la demencia, antes de ofrecer la eutanasia como una "solución"?

Un último ejemplo también proviene de los Países Bajos: de Beaufort y van de Vathorst nos ofrecen una discusión teórica sobre demencia y suicidio asistido/eutanasia, reconociendo la naturaleza controvertida del tema, junto con un número creciente de solicitudes en su país, pero que, en su opinión, no debe tomarse como sinónimo de "pendiente resbaladiza" (21). Los autores discuten la naturaleza del sufrimiento detrás de las solicitudes (¿es tan insoportable la demencia?), la voluntariedad de la solicitud (¿puede un paciente con demencia hacer una solicitud autónoma?), y el papel de los médicos en todo el proceso. Por un lado, concluyen que *"la sociedad tiene el deber de cuidar a las personas con demencia y hacer que su vida sean lo más buena y cómoda posible"*. Por otro lado, también argumentan (afirmando que *"no hay duda en sus mentes"*) que es moralmente aceptable, y puede haber buenas razones, para elegir morir si uno tiene demencia. Por ejemplo, los autores aducen que *"una desintegración de la personalidad puede verse como más aterradora que el deterioro físico relacionado con otras enfermedades letales"*. Si bien reconocen que muchas personas con demencia parecen ser felices, refieren que la demencia convierte a la persona en una sombra de sí misma (lo que consideran un elemento importante de la noción de "sufrimiento"). Con respecto al valor de la vida en sí mismo, de Beaufort y van de Vathorst dicen que las personas difieren (el principio de autonomía) y que el significado que todos debemos encontrar en el sufrimiento y en la muerte no debe ser dictado por valores que uno no tiene o puntos de vista religiosos de otros. Personalmente, estoy en desacuerdo, aunque todos deberíamos reconocer que hay valores diferentes a los nuestros configurando nuestras suposiciones e interpretaciones, incluso de la evidencia científica, con respecto a este tema.

EUTANASIA Y PSICOGERIATRÍA

De hecho, discutir las bases filosóficas de la opinión de cualquiera sobre el tema no es mi objetivo principal aquí. Lo que me gustaría destacar son algunas de las principales dificultades que enfrentan los médicos al abordar estos problemas en el mundo real, más aún en escenarios donde la ley permite la eutanasia. La experiencia clínica puede contribuir a prever y discutir algunas de las impracticabilidades o implicaciones complejas de leyes que se ocupan de cuestiones tan sensibles, como las relacionadas con la muerte y la vida, o el libre albedrío y la autonomía, frente a otros límites éticos o deontológicos. El médico experimentado, psiquiatra o no, no niega las dificultades de decidir éticamente en un terreno tan traicionero, una razón adicional para abordar el tema con firmeza.

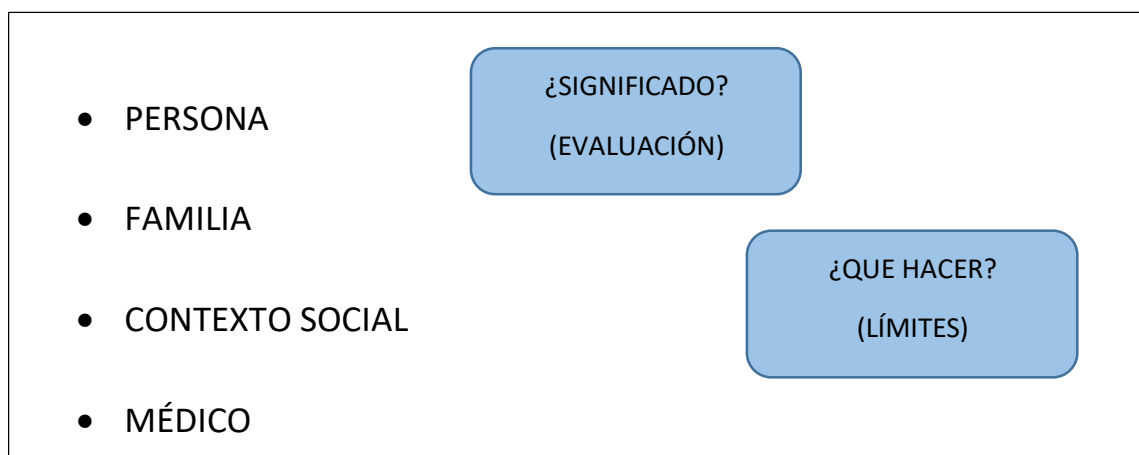
Así, abordaré seguidamente los desafíos clínicos para los médicos cuando se enfrentan a un paciente anciano que expresa el deseo de morir / ser ayudado a morir, y defenderé la necesidad absoluta de límites legales y/o éticos. Revisaré brevemente las contribuciones recientes de la literatura, tomando la perspectiva del clínico y señalando dificultades a propósito de la evaluación general (psicopatológica y situacional), sin olvidar, aunque resumidamente, la familia y la relación clínica (incluyendo la necesidad de preparación técnica y humana del médico para confrontar los desafíos de cualquier evaluación en este contexto).

LA NECESIDAD DE UNA EVALUACIÓN GENERAL: NO SOLO LA PERSONA

Hay múltiples componentes en la evaluación. Cuando alguien pide su propia muerte, uno debe ser consciente tanto del significado de esta solicitud como de los límites que enmarcan lo que el médico puede hacer. Además, se deben tener en cuenta diversos aspectos: la persona tal como está (en términos existenciales y clínicos), su contexto social, incluida la familia, y finalmente cuál podría ser la influencia del examinador y las variables interrelacionales (Cuadro 2).

FIGURA 2:

¿Qué pasa si alguien pide su propia muerte? Algunos componentes de la evaluación



Tomemos a la persona primero. En lo que respecta a la demencia, Mondragón et al subrayaron la importancia de evaluar la existencia de anosognosia, pero también de hipernosognosia y deterioro cognitivo subjetivo (22). Expandiendo la discusión a la psicogeriatría en general, una evaluación psicopatológica exhaustiva es obviamente primordial (por ejemplo, presencia de deterioro cognitivo, depresión o síntomas psicóticos, ya sea con un énfasis nosológico o sindrómico). En las revisiones de casos de eutanasia para personas con trastornos psiquiátricos, aunque la depresión suele ser el diagnóstico más común, con frecuencia coexiste con enfermedades médicas, la soledad y el aislamiento social (23). Por lo tanto, no solo es relevante la psicopatología, ni siquiera por su influencia en las evaluaciones de capacidad / competencia. En lo que respecta a la "angustia existencial" o el llamado "cansancio de la vida", hay muchos otros temas a considerar (historia de vida, personalidad, creencias, valores, religión o el grado de necesidad de conocimiento sobre la condición clínica actual).

La personalidad merece algunas palabras adicionales: los trastornos de la personalidad se diagnostican con frecuencia en comorbilidad con depresión en las solicitudes de eutanasia (23) y, por supuesto, representan un reto en términos de evaluación, incluida la presencia de "sufrimiento insoportable". A pesar de que con frecuencia pasan inadvertidos para los profesionales (24), la presencia de este tipo

EUTANASIA Y PSICOGERIATRÍA

de diagnóstico en personas de edad avanzada no es excepcional. Cuando están presentes, las evaluaciones pueden volverse aún más complejas desde el punto de vista emocional, lo que constituye un desafío adicional para los evaluadores, que a menudo no son psiquiatras (9).

Pero incluso sin considerar los trastornos de la personalidad, estrictamente hablando, la investigación ha destacado la importancia de los cinco (*Big five*) rasgos de personalidad en nuestras actitudes hacia la posibilidad de eutanasia. Por ejemplo, la extraversión predijo el apoyo al suicidio asistido por un médico en una muestra de la población general (25), ilustrando cómo esto puede influir tanto en la expresión de un deseo de morir como de complacencia al evaluar técnicamente esta solicitud. Un importante estudio cualitativo holandés concluyó, no sorprendentemente, que las características de la personalidad y los aspectos biográficos influyen en gran medida en la carga del sufrimiento. Citando a los autores, *"el sufrimiento insoportable solo puede entenderse en el continuo de las perspectivas de los pacientes sobre el pasado, el presente y las expectativas del futuro"* (26). En esa muestra, según los pacientes, la desesperanza ("hopelessness") era un elemento esencial del "sufrimiento insoportable": los problemas psicoemocionales y existenciales hacían que el sufrimiento fuera "insostenible", no solo los elementos médicos y sociales.

Este hecho también queda reflejado en un artículo australiano sobre dos casos de personas mayores que expresaron su preferencia por la eutanasia, donde los autores subrayan la importancia de comprender la narrativa única del individuo y el papel de una formulación biopsicosocial (27). Casi no existe orientación clínica sobre cómo ayudar a las personas mayores sin trastornos psiquiátricos mayores que desean morir, un tema particularmente relevante en entornos donde la eutanasia es legal. Sin embargo, Wand et al argumentan que una solicitud de eutanasia nunca debe considerarse "comprensible" simplemente porque se trata de un anciano, y concluyen: "Al abordar la variedad de problemas que contribuyen al deseo de morir, la angustia y el sufrimiento pueden reducirse y quizá las solicitudes de eutanasia se retiren" (27).

Dedicaré una última palabra a cuestiones de suma importancia, que no puedo abordar en detalle en esta ponencia, pero que espero retomar en otro momento. Se trata de los aspectos relacionados con las familias y la relación clínica, y su probable impacto en muchas evaluaciones de solicitudes de eutanasia.

La familia puede influir en la expresión y el mantenimiento de tales solicitudes, y los miembros de la familia y el sistema familiar pueden también sufrir las consecuencias de la eutanasia (o suicidio asistido) (28). Hay resultados contradictorios sobre este

EUTANASIA Y PSICOGERIATRÍA

tema. Recordaría el argumento de Draper de que, desde un punto de vista moral, el suicidio no puede evaluarse únicamente en términos de autonomía personal, ya que otros valores también están involucrados: los médicos tienen responsabilidades éticas más amplias, ya que el impacto del suicidio en las familias y los profesionales de la salud puede ser profundo (16).

Finalmente, está la cuestión de la relación médico-paciente, ya sea en términos de relaciones empáticas de larga data o en términos de evaluaciones más breves, en el contexto específico de la solicitud de eutanasia. ¿Qué tipo de preparación profesional y entrenamiento específico se requerirían para evaluar sabiamente problemas tan complejos?

Así, ante la posibilidad legal de eutanasia, me preocupan los problemas en torno a la evaluación de capacidad, del grado insoportable del sufrimiento y la preparación técnica de los médicos que vengán a realizar estas evaluaciones. ¿En última instancia, será posible definir lo que es "sufrimiento insoportable" en la demencia? ¿O incluso en la depresión? ¿Cómo evaluar los límites de la terapéutica en cualquier intervención sobre el sufrimiento? ¿Cómo puede algún profesional reconocerlo objetivamente? Si se trata de un ser un querido, ¿ayuda o torna aún más sesgada la información a complimentar? ¿Y qué decir de la objetividad de un médico delante de una situación de estas? Nadie, incluso después de un proceso psicoterapéutico prolongado de conocimiento de sí mismo (*insight*) estará inmune a la influencia de fenómenos contra-transferenciales (29). E incluso peor si, como sucede a menudo, cuestiones de situación o de personalidad potencian fenómenos poderosos de transferencia, incluyendo la identificación proyectiva. No basta ser médico, y tener incluso alguna preparación específica (30). Me preocupa también el psiquiatra experimentado en psicogeriatría, con sólida formación psicoterapéutica y experto en comunicación clínica y en evaluaciones de capacidad. ¿Estará éticamente (y afectivamente) en condiciones de evaluar esta situación?

Por supuesto, esta ponencia incluye puntos muy controvertidos, por lo que traté de dejar claro cómo mi sesgo personal contribuye a las opiniones que he expresado. En el cuadro 3 se puede encontrar un resumen de mis mensajes principales. Espero que estas opiniones, inquietudes y dudas puedan contribuir a debates respetuosos y fructíferos sobre un tema que merece una reflexión profunda.

EUTANASIA Y PSICOGERIATRÍA

CUADRO 3:

Opiniones sobre la eutanasia en psicogeriatría, con un enfoque en la demencia

- “Mirar al sol” (la muerte, para usar la expresión de Yalom), no es fácil. Los valores difieren: la eutanasia y el suicidio asistido por un médico son temas controvertidos. En mi opinión, el respeto a la autonomía no se puede colocar invariablemente por encima de todas las demás consideraciones éticas.
- Independientemente de los enormes desafíos, la vida con demencia suele tener aspectos positivos (las personas con demencia a menudo encuentran buenas formas de afrontamiento y la calidad de vida puede ser aceptable desde el punto de vista de la persona). Por otro lado, la dignidad es compatible con períodos de gran sufrimiento: “la dignidad puede ser atribuida y puede ser intrínseca”, citando a Hughes (2013).
- Los médicos están necesariamente en el punto de mira. Cualquier evaluación de un deseo de muerte en este contexto debe tener en cuenta múltiples aspectos de la comunicación personal, familiar, social y clínica.
- Los errores relacionados con la evaluación del "sufrimiento insoportable" deben plantearse muy seriamente, especialmente si desaparecen los límites legales en países donde los cuidados paliativos aún están poco desarrollados (como sucede, por ejemplo, en Portugal).
- Se necesita más investigación en este tema, pero la investigación no puede resolver todas las cuestiones éticas.

AGRADECIMIENTO

El autor agradece al Prof. Dr. Manuel Martín Carrasco su amable invitación para presentar este trabajo en *Interpsiquis 2020* y su preciosa ayuda en la revisión final del texto en castellano. Agradece también a la Prof^a Ana Félix (FCM-UNL) sus preciosos comentarios.

EUTANASIA Y PSICOGERIATRÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. Bravo G, Trottier L, Rodrigue C, Arcand M, Downie J, Dubois MF, et al. Comparing the attitudes of four groups of stakeholders from Quebec, Canada, toward extending medical aid in dying to incompetent patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2019;34(7):1078–86.
2. Mangino DR, Nicolini ME, De Vries RG, Kim SYH. Euthanasia and Assisted Suicide of Persons With Dementia in the Netherlands. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2020;28(4):466–77. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2019.08.015>
3. Cleemput J, Schoenmakers B. Euthanasia in the case of dementia: a survey among Flemish GPs. *BJGP Open*. 2019;bjgpopen19X101677.
4. Schuurmans J, Bouwmeester R, Crombach L, Van Rijssel T, Wingens L, Georgieva K, et al. Euthanasia requests in dementia cases; What are experiences and needs of Dutch physicians? A qualitative interview study. *BMC Med Ethics*. 2019;20(1):1–9.
5. Jones RM, Simpson AIF. Medical Assistance in Dying: Challenges for Psychiatry. *Front Psychiatry*. 2018;9(December):10–3.
6. Hughes JC. Ethics and old age psychiatry. In: Dening T, Thomas A, editors. *Oxford Textbook of Old Age Psychiatry*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 725–43.
7. Young J, Egan R, Walker S, Graham-DeMello A, Jackson C. The euthanasia debate: synthesising the evidence on New Zealander’s attitudes. Vol. 14, *Kotuitui*. 2019.
8. Rousseau S, Turner S, Chochinov HM, Enns MW, Sareen J. A National Survey of Canadian Psychiatrists’ Attitudes toward Medical Assistance in Death. *Can J Psychiatry*. 2017;62(11).
9. Nicolini ME, Peteet JR, Donovan GK, Kim SYH. Euthanasia and assisted suicide of persons with psychiatric disorders: The challenge of personality disorders. *Psychol Med* [Internet]. 2019;(50):575–82. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0033291719000333>
10. CNECV. Decidir sobre o final da vida: Ciclo de debates. Lisboa, Portugal: Comissão Nacional de Ética para as Ciências da Vida; 2018.
11. Ricou M, Azevedo L, Silva S da. Determinantes na opinião sobre eutanásia em amostra de médicos portugueses. *Rev Iberoam Bioética*. 2019;(10):1–19.

EUTANASIA Y PSICOGERIATRÍA

12. Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, Cohen J. Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2016;316(1):79–90.
13. Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: Analysis of officially reported cases. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1):1–9.
14. Evenblij K, Pasman HRW, Pronk R, Onwuteaka-Philipsen BD. Euthanasia and physician-assisted suicide in patients suffering from psychiatric disorders: A cross-sectional study exploring the experiences of Dutch psychiatrists. *BMC Psychiatry.* 2019;19(1):1–10.
15. Evenblij K, Pasman HRW, Van Der Heide A, Hoekstra T, Onwuteaka-Philipsen BD. Factors associated with requesting and receiving euthanasia: A nationwide mortality follow-back study with a focus on patients with psychiatric disorders, dementia, or an accumulation of health problems related to old age. *BMC Med.* 2019;17(1):1–12.
16. Draper BM. Suicidal behavior and assisted suicide in dementia. *Int Psychogeriatrics.* 2015;27(10):1601–11.
17. Diehl-Schmid J, Jox R, Gauthier S, Belleville S, Racine E, Schüle C, et al. Suicide and assisted dying in dementia: What we know and what we need to know. A narrative literature review. *Int Psychogeriatrics.* 2017;29(8):1247–59.
18. van Wijngaarden E, Alma M, The AM. 'The eyes of others' are what really matters: The experience of living with dementia from an insider perspective. *PLoS One* [Internet]. 2019;14(4):1–23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0214724>
19. Sabat SR. Mind, meaning and personhood in dementia: the effects of positioning. In: Hughes JC, Louw SJ, Sabat SR, editors. *Dementia: Mind, meaning and the person.* Oxford: Oxford University Press; 2006. p. 287–302.
20. Dröes RM, Chattat R, Diaz A, Gove D, Graff M, Murphy K, et al. Social health and dementia: a European consensus on the operationalization of the concept and directions for research and practice. *Aging Ment Health* [Internet]. 2016 Nov 21 [cited 2016 Dec 22];1–14. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607863.2016.1254596>
21. de Beaufort ID, van de Vathorst S. Dementia and assisted suicide and euthanasia. *J Neurol.* 2016;263(7):1463–7.

EUTANASIA Y PSICOGERIATRÍA

22. Mondragón JD, Salame L, Kraus A, De Deyn PP. Clinical Considerations in Physician-Assisted Death for Probable Alzheimer's Disease: Decision-Making Capacity, Anosognosia, and Suffering. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 2019;9(2):217–26.
23. Kim SYH, De Vries RG, Peteet JR. Euthanasia and assisted suicide of patients with psychiatric disorders in the Netherlands 2011 to 2014. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2016 Apr 1 [cited 2020 Apr 21];73(4):362–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26864709>
24. Bangash A. Personality disorders in later life: epidemiology, presentation and management. *BJPsych Adv*. 2020;1–11.
25. Bulmer M, Böhnke JR, Lewis GJ. Predicting moral sentiment towards physician-assisted suicide: The role of religion, conservatism, authoritarianism, and Big Five personality. *Pers Individ Dif*. 2017;105:244–51.
26. Dees MK, Vernooij-Dassen MJ, Dekkers WJ, Vissers KC, van Weel C. "Unbearable suffering": A qualitative study on the perspectives of patients who request assistance in dying. *J Med Ethics*. 2011;37(12):727–34.
27. Wand APF, Peisah C, Draper B, Jones C, Brodaty H. Rational Suicide, Euthanasia, and the Very Old: Two Case Reports. *Case Rep Psychiatry*. 2016;2016:1–5.
28. Goldberg R, Nissim R, An E, Hales S. Impact of medical assistance in dying (MAiD) on family caregivers. *BMJ Support Palliat Care*. 2019;
29. Kelly BJ, Varghese FT, Pelusi D. Countertransference and ethics: a perspective on clinical dilemmas in end-of-life decisions. *Palliat Support Care*. 2003;1(4):367–75.
30. Bergman TD, Pasman HRW, Onwuteaka-Philipsen BD. Complexities in consultations in case of euthanasia or physician-assisted suicide: A survey among SCEN physicians. *BMC Fam Pract*. 2020;21(1):1–11.