SUICIDIO ASISTIDO Y EUTANASIA. ROL DE LOS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL

Nicolás Alonso; Ana Azrilevich; Lucia Bonifacio; Rafael Pozo Gowland; Brian Sardar; Adolfo Panelo.

ngalonso86@gmail.com

Unidad Académica de Salud Mental y Psiquiatría. Hospital Ramos Mejía.

Servicio de Salud Mental.

Abstract:

Es en el ámbito de la interconsulta donde nos vemos enfrentados permanentemente a cuestiones ético legales que rigen nuestra práctica. El deterioro clínico, la inminencia de la muerte y las enfermedades rápidamente progresivas e incurables que afectan notablemente la calidad de vida del paciente llevan muchas veces, al pedido explícito del paciente de anticipar la muerte. En el presente trabajo nos proponemos analizar lo establecido por la Ley 26.742, en relación a los derechos que asisten al paciente respecto a la muerte digna. Tomando como disparador un material clínico plantearemos los interrogantes que nos surgen allí donde se produce una tensión entre la ley, la ética y la práctica clínica. A fin de trabajar dicha problemática nos valdremos del derecho comparado, sirviéndonos de lo propuesto en otros países respecto a esta temática.

Palabras clave: Bioética – eutanasia – suicidio asistido - directivas anticipadas - interconsulta

Introducción

Juan tiene 30 años y hace menos de un año fue diagnosticado de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA). Desde la sala de Neurología, donde se encontraba internado, solicitan interconsulta a Salud Mental debido a que el paciente presentaba sintomatología depresiva. En el último tiempo había perdido el habla, se movilizaba con asistencia, tenía dificultades respiratorias y episodios de ahogo. Se lo observaba triste, sabía perfectamente las consecuencias de su enfermedad y la rápida progresión de la misma. Los médicos advertían la inminencia de su muerte. Al entrevistar a sus familiares, lo describen como una persona independiente y omnipotente con importantes oscilaciones en el estado de ánimo. Eran ellos quienes insistían a los médicos respecto de la intubación urgente frente a los ahogos del paciente. Sin embargo, Juan les escribía: “no sean egoístas, déjenme morir”. Finalmente se decide la intubación y el traslado a UTI. Es allí donde se acrecienta la sintomatología depresiva de Juan, quien llora de modo recurrente y ya no puede movilizarse. Escribe incansablemente “eutanasia” y pide medicación que le permita estar dormido la mayor parte del tiempo, al menos hasta que se concrete la derivación a su domicilio por su obra social. Su angustia contrasta con la insistencia de su familia en la recuperación ya que mantienen falsas expectativas, tales como una medicación proveniente de Japón que frenaría el avance de su enfermedad.

Tomando el caso como disparador nos proponemos en el siguiente trabajo reflexionar sobre nuestro lugar como profesionales de la Salud Mental en este tipo de situaciones clínicas. Haremos un recorrido respecto de los aspectos éticos y legales que rigen nuestra práctica y nos serviremos también de la legislación vigente en otros países.

ELA y depresión

La ELA es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que lleva a la muerte dentro de un promedio de 2-3 años. Aunque no tiene cura, los actuales abordajes multidisciplinarios han logrado extender la expectativa de vida de los pacientes y mejorar relativamente su calidad (Hogden, 2017). Es uno de los diagnósticos que más ha puesto el acento en el debate en torno a la eutanasia, el suicidio asistido, y las decisiones de los pacientes en relación al final de su vida.

Si bien la depresión y el riesgo de suicidio en pacientes diagnosticados de ELA es más frecuente que en la población general, se evidenció que no existe una relación

lineal o directa entre el diagnóstico de ELA, el de depresión, las ideas de muerte y las de suicidio. En un reciente estudio multicéntrico y longitudinal (Rabkin et al. 2015) se estudió la relación entre el deseo de morir y depresión en una cohorte de 329 pacientes con ELA. Estos autores encontraron que el 12 % de los pacientes cumplieron los criterios para un trastorno depresivo. Sin embargo, el 63% de aquellos pacientes que expresaron que estarían mejor muertos o pensaron en terminar sus vidas, no estaban clínicamente deprimidos.

Han habido casos que, siendo difundidos en medios de comunicación masiva, han generado mucha polémica, dando cuenta de que se trata de una problemática que no se limita al ámbito profesional. José Antonio Arrabal, diagnosticado con ELA desde el 2015, decidió grabar su suicidio en abril de 2017 y enviarlo al diario El País, con el fin de visibilizar la temática. En sus declaraciones afirmó querer morir con dignidad, justamente porque amaba vivir, y le resultaba indignante tener que morir en la clandestinidad (De Benito, 2017). El mismo diario publicó a su vez nota escrita por Carlos Matallanas (2017), también cursando una fase avanzada de ELA, quien señalaba que no optaría por la alternativa que Arrabal reclamaba al gobierno español, pero no por eso dejaba de considerar legítimo su pedido y el derecho a tener un final digno. Aseguró que se trata de un tema que debe plantearse para garantizar la calidad de la democracia, en la que nadie debería poder decirle a otro cómo cada uno debe afrontar las circunstancias de su vida, y que resulta evidente que no existe un guión que determine cómo debe encararse un diagnóstico de este tipo.

Derecho comparado

El debate en relación a la posibilidad de elegir frente a estas circunstancias parece estar instalado a nivel mundial, con particularidades y antecedentes diversos según el país o región de que se trate. Pretender una simple dicotomía entre “eutanasia sí” o “eutanasia no” resulta no sólo falsa, sino insuficiente para intentar un análisis serio del tema. J. Júdez (2007) lo caracteriza como un debate trágico, en tanto genera situaciones en las que cualquier opción sacrifica buenos valores y resulta inevitable la pérdida.

Holanda, Bélgica y Luxemburgo son los únicos países europeos donde se ha despenalizado la eutanasia. Holanda fue el primer país del mundo que ha

despenalizado la eutanasia, luego de más de 30 años debatiendo en relación a la muerte digna. La Ley de Eutanasia fue sancionada en el 2002, y aplica sólo para ciudadanos holandeses con enfermedades crónicas que causan intenso sufrimiento físico o psicológico, sin esperanza de mejora, no siendo aplicable a personas que sufran depresión o ansiedad que pudieran condicionar la toma de decisión. El médico tratante debe estar plenamente convencido de la voluntad y capacidad del paciente, y debe consultar con otro facultativo. (Ingrassia, 2015; DMD, s.f.)

En el caso de la legislación Belga, en los casos en que no se trate de un paciente en estado terminal, debe consultarse a un tercer especialista, y es necesario que transcurra un mes entre la solicitud y el acto de la eutanasia (Castro et al., 2016). En este país, junto con la ley de eutanasia se introdujo la legislación de cuidados paliativos, que garantiza la asistencia de pacientes terminales. En Suiza, por otro lado, existen diferentes organizaciones voluntarias que dan apoyo en este tipo de situaciones (una de ellas específica para extranjeros). (DMD, s.f.)

En lo que respecta a América Latina, Colombia es el único país donde se permite la eutanasia. Las drogas por vía intravenosa pueden ser administradas por los médicos en hospitales. El paciente debe, conscientemente, solicitar la asistencia de la muerte, que deberá ser autorizada y supervisada por un médico especialista, un abogado y un psiquiatra o psicólogo. Al igual de lo que sucede en Suiza, la ley no prohíbe la asistencia a pacientes extranjeros. (Castro et al., 2016; DMD, s.f.)

En Argentina contamos con la Ley de muerte digna (Ley 26.742) sancionada en el año 2012, cuyo aspecto principal radica en reconocer el derecho del paciente al ejercicio de su autonomía en el proceso sanitario y asegurar su participación en la toma de decisiones. Otorga la posibilidad de aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, así como disponer directivas anticipadas respecto de su salud, existiendo también el derecho a revocar dicha manifestación de voluntad. Por su parte, los pacientes que padecen una enfermedad irreversible, incurable o terminal o hayan sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, tienen derecho al rechazo de procedimientos quirúrgicos, medidas de reanimación y soporte vital, cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a las perspectivas de mejoría o el sufrimiento que provocan. La sanción advierte que “en todos los casos la negativa o rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del

paciente”. En el sentido de asegurar esto último, se incluye el derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención.

Lamentablemente en la práctica asistencial cotidiana, la disponibilidad insuficiente de los recursos concretos que la ley dispone y el gran desconocimiento por parte de muchos profesionales de lo que en ella es sancionado, actúan en detrimento de aquellas acciones que asegurarían el acceso y ejercicio de los derechos de nuestros pacientes. Países como Uruguay, Brasil y México también han sancionado la “Ley del buen morir”, similares a la de “muerte digna” en Argentina (Castro y col. 2016).

Rol de los profesionales de Salud Mental

La atención médica y la rehabilitación representan aspectos indispensables para mejorar la calidad de vida del paciente que se enfrenta a una enfermedad que limita la vida. Sin embargo, la consideración exclusiva de la esfera física resultaría en muchos casos insuficiente para el abordaje clínico de estos pacientes. El concepto de “Dolor total”, acuñado por Cicely Saunders a partir de su trabajo con pacientes terminales, señala la necesidad de considerar que estos pacientes sufren no sólo por el dolor orgánico, sino también por el padecimiento psíquico, social y existencial singular de cada quien (De Simone, 2000). La Atención Humanizada al Final de la Vida (AHFV) incluye intervenciones en un marco bio-psico-socio-emocional que atendiendo las necesidades y valores de los implicados, previenen y reducen significativamente el sufrimiento y por ende también las demandas de muerte médicamente asistida (MMA). (Judez, 2007)

La MMA (que incluye el suicidio médicamente asistido y la eutanasia) sólo podría ser incluido en un debate ético considerada en el contexto del proceso de morir humanizado, representando el último eslabón y opción extrema una vez contempladas y efectivizadas las medidas de AHFV.

Según los datos arrojados en los relevamientos de Holanda y Oregon, que son recuperados por Judez (2007), se produce lo que él denomina un “efecto de embudo” que justifica y refuerza la necesidad de incluir las medidas de AHFV en el debate de la MMA. Según estos datos, el 20% de los pacientes con enfermedades que limitan la vida presentan ideas de muerte. Luego la indagación, evaluación e implementación de intervenciones iniciales, sólo el 2 al 7% de estos pacientes demandan MMA. Con oferta de limitación del esfuerzo terapéutico, tratamiento enérgico de síntomas refractarios y atención integral por parte de equipos de

cuidados paliativos, la cantidad de pacientes en los que persiste un sufrimiento intolerable y continúan demandando MMA, vuelve a reducirse al 0.5% en Oregon y al 2-3% en Holanda. Por su parte en Oregon que, a diferencia de Holanda, contempla el suicidio médicamente asistido (SMA), se ha evidenciado que muchos pacientes, contando con los medios para provocar su muerte, no lo llevan a cabo.

Ahora bien, qué sucede si aún ante la contemplación de voluntades anticipadas, la denegación del consentimiento informado, el rechazo del tratamiento y la limitación del esfuerzo terapéutico, el paciente continúa solicitando adelantar su muerte (en caso que esto legalmente esté permitido) sin estar condicionado por un estado depresivo. ¿Qué podríamos hacer como profesionales de la salud mental? Se encuentran pocas referencias al rol y las funciones de los psicólogos y psiquiatras en este tipo de circunstancias. Sin embargo, esto varía indefectiblemente en función de la legislación vigente en cada país y región. En principio las funciones tendrían que ver en general con la evaluación de la capacidad/competencia para decidir por parte del paciente. Para ilustrar esto, tomamos como ejemplo lo establecido en el Protocolo para la aplicación del procedimiento de Eutanasia en Colombia (2015). Allí se realiza una descripción detallada del lugar de los profesionales de salud mental en estos casos, e incluye un cuadro comparativo con otros países o regiones donde la eutanasia o el suicidio asistido están legalizados.

Dicho documento establece lo siguiente un psicólogo clínico o un psiquiatra: “debe establecer la capacidad para tomar decisiones del solicitante y determinará si esa decisión fue bien considerada (...) la afectación por trastornos mentales o la disminución de la capacidad para toma de decisiones” (p 15). Se aclara a su vez que la evaluación debe realizarse antes de la presentación al comité correspondiente.

Dado que hay muchos términos que pueden entenderse de modo diferentes, se incluye parte de la tabla comparativa de legislaciones en los países:

Tabla 1

Característica	Holanda	Bélgica	Luxemburgo	Oregón (EEUU)	Washington (EEUU)	Northern Territory (Australia)	Nueva Zelanda
Capacidad	No influencia de enfermedad mental o uso de drogas	Competente y consciente al momento de la solicitud	Capaz y consciente en el momento de la solicitud	Capaz de hacer y comunicar las decisiones acerca de su atención en salud	Mentalmente competente	El paciente no sufre de una depresión clínica tratable, no relacionada con su enfermedad	Mentalmente competente
Sufrimiento	Sufrimiento intolerable y duradero sin prospecto de mejora	Condición médica de sufrimiento constante e insoportable que no puede ser aliviado, causado por una enfermedad o un accidente.	Sufrimiento físico o mental intolerable y constante sin prospecto de mejora	Sufrimiento inaceptable		Experimenta dolor, sufrimiento o angustia inaceptable para el paciente	Condición física o mental que hace que su vida sea insoportable
Valoración	Dos médicos	Dos médicos	Dos médicos	Dos médicos	Dos médicos	Dos médicos	Dos médicos
Evaluación mental	Si se considera juicio afectado por trastorno	El segundo médico puede ser psiquiatra	Si se considera juicio afectado por trastorno	Si se considera juicio afectado por trastorno	A necesidad	De ser necesario, en menos de 12h	

Nota Fuente: Adaptada del Protocolo para la aplicación del procedimiento de Eutanasia en Colombia (2015)

Conclusión

Partimos de la premisa acerca de que tanto la eutanasia como la muerte asistida, constituyen medidas excepcionales, por lo tanto, la oferta de un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos debe estar dada en primera instancia. Una vez hecha esta aclaración, es necesario considerar la enfermedad como un fenómeno propio de la vida. Tal como lo plantea Escardó (1972), la salud y la enfermedad son conceptos que se encuentran sumamente ligados, por cuanto que ambos constituyen formas de expresión de la propia vida. El sufrimiento, el dolor y la muerte misma, se vuelven experiencia dignas de ser vividas. La vida entonces, deja de ser un bien absoluto, reconociéndose en la libertad, y viéndose ésta última restringida a partir de la aparición de la enfermedad. No obstante, el paciente no perderá el derecho a su libertad, en tanto no delegue a los profesionales tratantes la responsabilidad sobre su enfermedad. En este sentido, el médico tratante deberá estar advertido que el “hecho médico” (Escardó, 1972) supone una actitud de mutua responsabilidad sobre el proceso de curación y la enfermedad, entre el paciente y el profesional tratante. Siguiendo esta línea, las distintas leyes que tratan sobre la eutanasia y la muerte asistida, rescatan la importancia de que el médico le provea al paciente toda la información necesaria respecto a su padecimiento, su pronóstico,

sus eventualidades, etc. Este pareciera ser el camino para que el paciente recupere su dignidad como ser humano, con la complejidad que ello implica. Recuperar esta dignidad, alivia al paciente, en tanto ser humano activo en el destino de su situación y alivia también al profesional, que no se ve responsabilizado de forma exclusiva en el acto médico, sino corresponsabilizado.

Bibliografía:

- Assumpció González, M. (2013) “La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente activo”. Cap. de Programa Pacient Expert Catalunya®, Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat, Barcelona, España.
- Castro, MPR, Antunes, GC, Pacelli Marcon, LM, Andrade, LS, Ruckl, S, Andrade, VLA. (2016). Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática. Rev. Bioét, 24 (2), 355-67
- Chochinov, H. “Dignidad y la esencia de la medicina: el A, B, C y D del cuidado centrado en la dignidad”. Recuperado de doi:10.1136/bmj.39244.650926.47http://www.bmj.com/cgi/reprint/335/7612/184
- De Benito, E. (7 de abril de 2017). “Me indigna tener que morir en clandestinidad”. El País. Recuperado de https://politica.elpais.com/politica/2017/04/05/actualidad/1491414684_118351.html
- De Simone, G. (2000). El final de la vida: situaciones clínicas y cuestionamientos éticos. Centro de Estudios Pallium. Buenos Aires, Argentina.
- De Simone G. (2014) Paradigmas para comprender mejor el concepto de atención paliativa. En: Manual de atención integral de personas con enfermedades crónicas avanzadas. Editor: X. Gómez Batiste. Elsevier España. cap. 2;18-21
- Escardó, F. (1972) “Los pacientes: una mayoría irredenta”. EMECÉ EDITORES, Buenos Aires.
- Ingrassia, V. (2015). ¿Qué países permiten la muerte digna?. Recuperado de: <http://www.lanacion.com.ar/1808442-que-paises-permiten-la-muerte-digna>
- J. Barbero. (2007). Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos. An. Sist. sanit. Navar. Volumen 30. Suplemento 3. Madrid, España.
- Ley nacional N° 26742/2012 sobre los derechos de los pacientes. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197859/norma.htm>
- Ley N° 153/99. Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina, Buenos Aires. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 28-

05-99. Disponible en:

http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/normativas.php?menu_id=20165

- Ley N°26742. Modifícase la Ley N° 26.529 que estableció los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud. Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos humanos. Presidencia de la Nación. 24-05-12. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197859/norma.htm>
- Matallanos, C. (25 de abril de 2017). Sin guión para encarar la ELA. El País. Recuperado de https://elpais.com/elpais/2017/04/24/opinion/1493034589_400453.html
- Gould RL, Coulson MC, Brown RG, Goldstein LH, Al-Chalabi A, Howard RJ. (2015). Psychotherapy and pharmacotherapy interventions to reduce distress or improve well-being in people with amyotrophic lateral sclerosis: a systematic review. *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener.* ;16: 293–3302
- Júdez J. Assisted suicide and euthanasia: An old and tragic debate, with a guarded prognosis ANALES VOL 30 SUP 3, 2007
- Oliveira AS, Pereira RD (2009) Amyotrophic lateral sclerosis (ALS): three letters that change the people's life. For ever. *Arq Neuropsiquiatr* 67: 750-782.
- Rabkin et al. (2015). Depression and Wish to Die in a Multi-Center Cohort of ALS Patients. *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener.* 16 (0); 265–273.
- Mukherjee, D. (2015). Recognizing psychological diversity in people with end-stage amyotrophic lateral sclerosis. *American Medical Association Journal of Ethics*, 17(6), 530–534.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2015). Protocolo para la aplicación del procedimiento de eutanasia en Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Protocolo-aplicacion-procedimiento-eutanasia-colombia.pdf>
- Hogden, A., Foley, G., Henderson, R. D., James, N., & Aoun, S. M. (2017). Amyotrophic lateral sclerosis: Improving care with a multidisciplinary approach. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, 205–215.