



# EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

## EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE IN PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS

LUCÍA GALLEGO<sup>1</sup>, PABLO BARREIRO<sup>2</sup> Y MANUEL DE SANTIAGO<sup>3</sup>

1. Servicio de Psiquiatría, Hospital Clínico San Carlos, Universidad Complutense de Madrid; 2. Hospital Carlos III/La Paz de Madrid, Universidad Europea de Madrid; 3. Presidente honorario de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica (AEBI)

Correspondencia: Lucía Gallego Deike. Hospital Clínico San Carlos. C/ Profesor Martín Lagos s/n 28040 Madrid. Mail: luc.gallego@gmail.com. Fax: 91 3303574. Tel: 91 3303000 ext: 3853

### RESUMEN:

**Palabras clave:**

Suicidio asistido, eutanasia, trastornos mentales, psiquiatría paliativa.

Recibido: 03/11/2020

Aceptado: 19/04/2022

Hasta el año 2020 sólo Bélgica, Luxemburgo, Suiza y los Países Bajos admitían, bajo cobertura legal diferenciada, solicitudes de eutanasia y/o suicidio asistido en pacientes con enfermedades no terminales, y por motivos de sufrimiento intratable e insoportable. Desde marzo del 2021 esto también es posible en España. El objetivo de este trabajo es revisar los estudios existentes y características de la práctica de la eutanasia y el suicidio asistido (ESA) en personas con trastorno mental (TM) y/o demencia (D), y ver si se han cumplido los requisitos legales indispensables en las solicitudes de ESA en estos pacientes. La hipótesis es que el cumplimiento de estos requisitos es especialmente difícil en pacientes con TM-D, bien por las propias características de la enfermedad, bien por los fallos de seguridad jurídica que se reconocen. Igualmente se pueden dar focos de fraude fácticamente no perseguidos por el Estado, bien por la transigencia de la sociedad y/o por la cooperación necesaria de la Medicina. A raíz de esta revisión elevamos a la reflexión de los lectores unas consideraciones ético-deontológicas, críticas, sobre la ESA, y sus errores y consecuencias. Proponemos como alternativa a la ESA la llamada “psiquiatría paliativa”, que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias al enfrentar los problemas asociados con la enfermedad mental persistente severa –potencialmente mortal– a través de la prevención y el alivio del sufrimiento.

### ABSTRACT:

**Keywords:**

Assisted suicide, euthanasia, mental disorders, palliative psychiatry.

Until 2020, only Belgium, Luxembourg, Switzerland, and the Netherlands admitted, under differentiated legal coverage, requests for euthanasia and / or assisted suicide in patients with non-terminal illnesses, and for reasons of intractable and unbearable suffering. Since March 2021 this is also possible in Spain. The objective of this work is to review the existing studies and characteristics of the practice of euthanasia and assisted suicide (ESA) in people with mental disorders (TM) and / or dementia (D) and see if the legal requirements essential in ESA applications in these patients are to be met. The hypothesis is that compliance with these requirements is especially difficult in patients with TM-D, either because of the characteristics of the disease itself, or because of the recognized legal security failures. Likewise, there may be sources of fraud not actually prosecuted by the State, either due to the complicity of society and / or due to the necessary cooperation of Medicine. As a result of this review, we raise critical

ethical-deontological considerations about the approval of ESA for patients with TM-D, and its errors and consequences, to the reflection of the readers. We propose as an alternative to ESA the so-called “palliative psychiatry”, which aims at improving the quality of life of patients and their families by facing the problems associated with severe persistent mental illness -potentially fatal- through the prevention and relief of suffering.

## 1. Introducción

El término de eutanasia proviene del griego *eu* (que significa bien o fácil) y *thanatos* (muerte), así que etimológicamente sólo significa “buena muerte”. Un significado históricamente relacionado con la compasión por el dolor de un enfermo incurable, pero hoy convertido en un supuesto “derecho a la muerte digna” del paciente sufriente.

La eutanasia puede llevarse a cabo por acción directa, que consiste en la administración de fármacos que resultan letales, o por acción indirecta, que consiste en suspender el soporte básico para la supervivencia del paciente (tratamiento médico, sueroterapia, alimentación, etc.). En ambos casos la intención del profesional sería provocar la muerte de la persona.

En el suicidio asistido se proporciona a una persona de forma intencionada y a demanda de ésta los medios necesarios para suicidarse, incluidos el asesoramiento sobre dosis letales de medicamentos, su prescripción y su suministro. Es el propio paciente y no otro, a diferencia de la eutanasia, el que voluntariamente termina con su vida.

Sin embargo, la eutanasia y el suicidio asistido (ESA) no son actos médicos genuinos –algo propio de la historia de la Medicina– sino más bien prácticas llevadas a cabo por un médico bajo la salvaguarda de una legitimidad política y de una ideología social, variada según las culturas. Se trata de digresiones del acto médico en auge desde el siglo XX y que, pese al impulso voluntarista de sus promotores, son operativas en un número escaso de naciones; es decir, aunque tenga amplia cobertura mediática lo cierto es que mantiene una limitada presencia en Europa y en el mundo.

Todos los códigos profesionales a lo largo de la historia han mantenido unánimemente el principio de máximo respeto por la vida de los pacientes por parte de la Medicina. La búsqueda del bien del enfermo nunca ha contemplado acabar con su vida. Aunque poco divulgada por los medios, en su 70ª Asamblea General –celebrada en Tiflis (Georgia) en 2019– la *Asociación Médica Mundial* (AMM)<sup>1</sup> reiteró “su fuerte compromiso por los principios de la ética médica y la convicción de que se debe mantener el máximo respeto por la vida humana” y que “la AMM se opone firmemente a la eutanasia y al suicidio con ayuda médica”. La práctica de la ESA -con ayuda del poder político- y los principios de la medicina reflejan un dualismo axiológico que se basa en visiones diferentes del hombre y del mundo, y concretamente, en diferentes visiones de la muerte digna<sup>2</sup>.

Nueve naciones, en toda o parte de su geografía, han despenalizado la eutanasia o bien el suicidio asistido. Pueden, una o las dos opciones, practicarse legalmente en 9 de los 50 estados de EEUU<sup>3</sup>, así como en Canadá, Colombia, Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo,

1 La Asociación Médica Mundial (AMM) (*The World Medical Association*, WMA) es la Confederación Internacional e Independiente de Asociaciones Profesionales de Médicos, que las representa en todo el mundo. La AMM fue establecida en 1947 y agrupa (en 2019) a 112 Asociaciones Médicas Nacionales y a más de 10 millones de médicos, siendo así la más representativa a nivel mundial. Desde un principio, la AMM se estableció como un foro abierto a sus miembros para comunicarse libremente, cooperar y llegar a consensos sobre la ética médica y las competencias profesionales, para promover la libertad profesional de los médicos en todo el mundo. La institución pretende facilitar el cuidado y la protección para los pacientes en un ambiente saludable, mejorando la calidad de vida de todas las personas. En su 70ª Asamblea General, celebrada en Georgia (2019) los 112 delegados de las diversas naciones representadas firmaron la siguiente “Declaración de la AMM sobre la eutanasia y suicidio con ayuda médica”.

2 Keown, J. *Euthanasia examined. Ethical, clinical and legal perspectives*. Cambridge, University Press, 1995.

3 (Washington, Oregón (1997), Montana (2009), Vermont (2013), California (2016), Colorado (2016), Hawái (2018), Maine (2019) y el distrito de Columbia (2016).

Suiza<sup>4</sup> y recientemente en España<sup>5</sup>, aunque con restricciones diferentes. También el estado de Victoria en Australia se ha sumado a la legalización de la eutanasia, aunque restringida a pacientes con enfermedades terminales en pleno ejercicio de sus facultades mentales y con una esperanza de vida de menos de seis meses. Los requisitos esenciales y comunes que hacen no punible la práctica de la ESA en la mayoría de estos países son los siguientes (no hacemos diferenciación en nuestra revisión según nuestros objetivos entre eutanasia y suicidio asistido):

1. Que el médico esté convencido de que la petición es voluntaria, está bien meditada y expresa los deseos del enfermo, o sea, que este sea plenamente capaz y se haya reiterado en su voluntad de morir. Esta voluntad puede haber sido manifestada en un documento de voluntades anticipadas.
2. La muerte natural tiene que ser razonablemente próxima, o bien, que se constate un padecimiento insoportable y sin esperanzas de mejora (es decir, no tratable por otros medios).
3. Que se haya informado al paciente de su situación y de sus perspectivas de futuro.
4. Que se haya consultado a otro facultativo y que éste haya corroborado el cumplimiento de todos los requisitos. En caso de sufrimiento psicológico, como ocurre en Holanda, se tienen que consultar a dos médicos.

Respecto al procedimiento de control, todos los marcos legales de los países señalados establecen un procedimiento a priori, que comienza con el médico que aplica la ESA y luego, con una entidad revisora que vela por el cumplimiento de los principios y requisitos de aplicación de la norma.

## 2. Eutanasia en pacientes con trastornos psiquiátricos

A día de hoy sólo en Bélgica, Luxemburgo, Países Bajos y en España se puede aplicar la eutanasia y/o suicidio asistido legalmente a pacientes con o sin enfermedades terminales, y por motivos de sufrimiento intratable e insoportable, incluyendo a personas que padecen un trastorno mental o demencia (TM-D)<sup>6</sup>. Es decir, sus leyes eliminan el segundo requisito antes señalado: la muerte natural tiene que ser razonablemente próxima. En Suiza también se permite la ESA en personas con TM, pero el Tribunal Supremo exige un informe psiquiátrico que garantice que el deseo de morir del paciente fue voluntario y meditado, y no consecuencia de su TM. En todos estos países la ESA, como práctica altamente controvertida, ha conducido a leyes y/o mecanismos administrativos de control estrictos. Estos controles son hoy fuertemente cuestionados tras evidenciarse una "pendiente resbaladiza" en la que se rebasan de forma imparable todas las líneas rojas de un supuesto "derecho a la muerte". Los TM constituyen uno de los ámbitos más equívocos al poner en tela de juicio la reivindicación a la autodeterminación del paciente<sup>7</sup>.

El objetivo del presente trabajo es revisar la bibliografía existente sobre la ESA en personas con TM-D en los países donde ya se aplica (excluyendo España por su corta trayectoria desde la legalización de la ESA), con especial atención a si se cumplen los requisitos legales aplicables según las peculiaridades del enfermo mental. Sólo hemos encontrado datos de Bélgica y Holanda en la revisión realizada. Se presentarán una serie de consideraciones deontológicas y éticas sobre las expectativas de daño a la Medicina y la sociedad que las leyes de eutanasia pueden propiciar.

La frecuencia con que se aplica la ESA en personas con TM-D no es bien conocida, apenas se sabe sobre

4 Steck N, Egger M, Maessen M, Reisch T, Zwahlen M. Euthanasia and assisted suicide in selected European countries and US states: systematic literature review. *Med Care* 2013; 51: 938-44.

5 Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. BOE núm. 72. 25 de marzo de 2021: 34037- 34049. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>

6 Kim SYH, De Vries R, Peteet JR: Euthanasia and Assisted Suicide of Patients with Psychiatric Disorders in the Netherlands 2011–2014. *JAMA Psychiatry*. 2016 April; 73(4): 362–368. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2887.

7 García-Sánchez E. La autonomía del paciente como justificación moral de la eutanasia. Análisis de su instrumentalización y perversión. *Scripta Theologica*, 2019; 51: 295-329. DOI 10.15581/006.51.2.295-329

cómo se pone en práctica, aunque en países como Bélgica y Holanda ya se viene realizando desde 2002 (principios de siglo XX).

### 3. ESA en Bélgica por TM-D

Los datos de las eutanasias informadas en Bélgica en 2019 indican que un 2,1% de personas murieron por eutanasia indicada por TM, y un 1,8% fue indicada por D<sup>8</sup>. Hay que tener en cuenta que los casos que se informan a la Comisión son actualmente en torno a la mitad de los reales<sup>9</sup>. De las muertes basadas en TM, el 29,8% eran personas que presentaban trastornos del estado de ánimo (depresión, estado bipolar, ansiedad, entre otros), y el 45,6% tenían trastornos de la personalidad y del comportamiento. Estos porcentajes de 2019 duplicaron las frecuencias del año previo. En los pacientes psiquiátricos jóvenes, “la naturaleza insoportable y persistente del sufrimiento se asoció con frecuencia a experiencias pasadas traumáticas” como el abuso sexual, la negligencia en la infancia, el rechazo de los padres, las autolesiones y los intentos de suicidio. La Comisión de revisión belga agregó, refiriéndose a la eutanasia, que “los intentos fallidos de suicidio hicieron que las personas involucradas tomaran conciencia de que existía también otra forma más digna de terminar con la vida”<sup>10</sup>. Parece que en nuestros días estamos confundiendo el sufrimiento, que proviene de la vida misma, con el padecimiento y dolor derivados de una enfermedad grave.

En los informes bianuales del Comité belga que supervisan la práctica de la ESA en pacientes con TM-D no se menciona el diagnóstico psiquiátrico preciso ni se alude a las características individuales de estos enfermos (son diagnósticos sindrómicos que no permiten

valorar la gravedad del trastorno o su cronicidad o intratabilidad). Sin embargo, la evaluación y el control de la práctica de la eutanasia debería ser plena y concluyente en estos pacientes al ser un grupo extremadamente vulnerable, con frecuencia estigmatizado, en los que el TM puede afectar a la toma de decisiones y contribuir al suicidio. Los requisitos para la eutanasia en TM-D incluyen la consulta de un segundo médico independiente, y de un tercero cuando no se espera que el paciente muera próximamente. Este tercer médico debería ser un experto en la enfermedad por la que se demanda la eutanasia, es decir, un psiquiatra. Además, en estos casos se requiere un período de espera, de reafirmación, entre la solicitud escrita y la aplicación de la eutanasia.

Dierickx S, y cols.<sup>11</sup> analizaron las bases de datos del Control Federal y Comité de Evaluación de la eutanasia de Bélgica desde el 2002 hasta el 2013. Identificaron 179 casos de eutanasia en personas con TM-D como único diagnóstico. Los TM se etiquetaron como “alteración del estado de ánimo” en un 46,4% de los casos, como “demencia” en un 34,6%, como “trastornos del estado de ánimo co-mórbidos con otro TM” en un 6,7%, y otros TM aislados en un 12,3%. La proporción de casos de eutanasia con diagnóstico de TM-D fue del 0,5% entre todos los casos notificados en el período 2002–2007, y aumentó a partir de 2008 hasta representar el 3,0% de todos los casos notificados en 2013. El aumento en el número absoluto de casos fue particularmente evidente en pacientes con diagnóstico de “trastorno del estado de ánimo”, que en su mayoría fueron mujeres.

Thienpont L, y cols.<sup>12</sup>, realizaron un estudio donde pretendían identificar patrones en las solicitudes y prácticas de la eutanasia relacionadas con pacientes psiquiátricos. Para ello hicieron un análisis retrospectivo de los datos obtenidos a través de la revisión de historias clínicas, en un entorno clínico psiquiátrico ambulatorio en la región de Flandes entre 2007- 2011.

8 Communiqués de presse de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie. Euthanasie chiffres 2018-2019. 22 de octubre de 2020. [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/cfcee\\_rapport-2018-2019\\_communiquepresse.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/cfcee_rapport-2018-2019_communiquepresse.pdf)

9 Simón Lorda, P, Barrio Cantalejo IM. La eutanasia en Bélgica Rev Esp Salud Pública 2012;86, 5-19

10 Analyse du neuvième Rapport de la Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie aux Chambres Législatives - (Années 2018 et 2019). <https://www.ieb-eib.org/docs/pdf/2020-11/doc-1604920101-614.pdf>

11 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) 17:203 DOI 10.1186/s12888-017-1369-0.

12 Thienpont L, Verhofstadt M, Van Loon T, Distelmans W, Audenaert K, De Deyn PP. Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study. BMJ Open. 2015; 5: e007454-8.

Analizaron 100 pacientes psiquiátricos consecutivos que solicitaron la eutanasia por sufrimiento psicológico ocasionado por su TM; de nuevo se observó un mayor porcentaje de mujeres en edad media de la vida. Un 9% de los pacientes no fueron derivados para asesoramiento psiquiátrico. El 90% de los pacientes padecía más de un TM; los diagnósticos más frecuentes fueron “depresión” y “trastorno de la personalidad”. En las 35 solicitudes de ESA que al final se llevaron a cabo se desconocen si se hicieron valoraciones de su capacidad de tomar decisiones autónomas.

#### 4. ESA en Holanda por TM-D

En Holanda entre 2011 y 2014 la eutanasia se aplicó a 110 personas a causa de un TM. El psiquiatra Kim S, y cols.<sup>13</sup> revisaron 66 de los 110 casos mencionados a través de los resúmenes disponibles *on-line*, realizados por los comités regionales de revisión. De los 66 casos revisados nuevamente la mayoría eran mujeres en la edad media de la vida. Los trastornos depresivos fueron el principal problema psiquiátrico, presentes en el 55% de los casos, si bien se encontraron asociados frecuentemente a trastornos de personalidad; las comorbilidades con déficits funcionales fueron también comunes. Sólo el 41% de los médicos que realizaron la eutanasia eran psiquiatras. El 27% de los pacientes recibió el procedimiento de manos de médicos desconocidos para ellos. Aunque se consultó extensamente con otros médicos, en el 11% de los casos no hubo asesoría psiquiátrica independiente y en el 24% existió desacuerdo entre los consultores. Los autores de la publicación concluyeron que las personas que recibieron ESA por TM en los Países Bajos tenían trastornos psiquiátricos, médicos y sociales, complejos y crónicos. En resumen, el estudio de Kim y cols. socava la noción de solicitud “voluntaria y meditada” para la ESA por unos pacientes que, por sus características, padecen problemas cognitivos y/o emocionales severos. Poco o nada se menciona en este estudio acerca de cómo se hizo la valoración de la capacidad.

<sup>13</sup> *Op.cit.* 6

Se sabe que la depresión, trastorno del estado de ánimo que figura como diagnóstico principal en los tres estudios mencionados, se diagnostica más frecuentemente en mujeres, aunque la tasa de suicidio es 4,5 veces más frecuente en hombres, habitualmente mayores de 75 años<sup>14</sup>. Por otro lado, son más mujeres que hombres las que intentan suicidarse sin conseguirlo, normalmente porque usan métodos menos lesivos, en particular recurren a las sobredosis de medicamentos. El hecho de que los intentos de suicidio sean más frecuentes en las mujeres podría justificar que en este grupo se soliciten con mayor frecuencia la ESA a causa de un TM, como se aprecia en los estudios antes mencionados. En el caso de la eutanasia por enfermedades somáticas la relación es inversa, hay ligeramente más solicitudes de hombres que de mujeres<sup>15</sup>.

En estos estudios se señala que los pacientes habían solicitado terminar con sus vidas a una edad más temprana (mediana de 47 años) que el grupo general de pacientes que se han sometido a la ESA por motivos no psiquiátricos, en su mayoría personas con más de 60 años. Esto podría explicarse en parte por el inicio temprano y el curso más largo de los TM, y por tanto, sin una previsible muerte natural. Los trastornos somáticos que llevan a la solicitud de eutanasia suelen aparecer en etapas más tardías de la vida, típicamente son enfermedades oncológicas o neurodegenerativas. La precocidad en las solicitudes de ESA por TM refleja la naturaleza compleja de la patología psiquiátrica, muchas veces asociada a un sentimiento de desesperanza como síntoma central.

Un último estudio realizado por Tuffrey-Wijne, y cols en Países Bajos<sup>16</sup> presenta un carácter diferencial. El propósito de los autores fue investigar las “dificultades particulares” al aplicar los criterios legales a las solicitudes de eutanasia en pacientes con una discapacidad intelectual

<sup>14</sup> Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharm* 2011; 21: 655–79.

<sup>15</sup> Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Euthanasia in Belgium: trends in reported cases between 2003 and 2013. *CMAJ*. 2016;188(16): E407-E414. doi:10.1503/cmaj.160202

<sup>16</sup> Tuffrey-Wijne I, Curfs L, Finlay I, Hollins S. : Euthanasia and assisted suicide for people with an intellectual disability and/or autism spectrum disorder: an examination of nine relevant euthanasia cases in the Netherlands (2012–2016). *BMC Medical Ethics* (2018) 19:17 <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0257-6>.

tual y/o trastorno del espectro autista (TEA). En el sitio web del comité regional entre 2012-2016 se detectaron 9 enfermos. La evaluación de la capacidad de toma de decisiones se mencionó en 8 casos (88,8%), pero se dieron pocos detalles; y en 2 de esos 8 casos hubo incertidumbre o desacuerdo sobre la citada capacidad.

Este hecho contrasta con la propia naturaleza de ambos trastornos, dado que la discapacidad intelectual y el TEA son trastornos del neuro-desarrollo, es decir, que aparecen en la infancia temprana e implican deficiencias en las funciones intelectuales y en el comportamiento adaptativo de los enfermos; de diferente intensidad en los casos de discapacidad intelectual y en un alto porcentaje de los casos de TEA. Esto significa que la capacidad de obrar de estas personas estaba afectada. Normalmente son pacientes incapacitados legalmente y cuya tutela es asumida por sus padres, cuando no por una institución. En ningún caso se menciona si fueron los tutores quienes consintieron la ESA. Pero si no fueron ellos, ¿fueron los profesionales médicos quienes valoraron la capacidad mental en unos pacientes que presumiblemente –por la propia definición del trastorno– no la poseían? Para la mayoría de los pacientes el sufrimiento se debió a una incapacidad para hacer frente a las circunstancias cambiantes de sus vidas o al aumento de la dependencia. El rechazo del tratamiento fue habitual, y es lo que llevó a los médicos a concluir que la ESA<sup>17</sup> era la única opción posible. En los registros abordados tampoco se detallaron las condiciones sociales de los pacientes ni las circunstancias vitales- cuando suelen ser factores imbricados en la etiopatogenia o el mantenimiento de los TM, y que pueden ser modificables- ni cómo fueron informados sobre su pronóstico. Los autores concluyeron que las pruebas de capacidad en estos pacientes no eran suficientemente estrictas, y que la evaluación del sufrimiento era particularmente difícil en los pacientes que han experimentado una discapacidad de por vida. Los marcos de tiempo asignados y el número de reuniones

17 El término EAS (eutanasia y suicidio asistido) frecuentemente asignado en estas revisiones, ya implica una simplificación del acto realizado, pues su significado moral, aunque pueda ser análogo en la intención suicida, es diferente tanto en su práctica como en su implicación moral. Además, la ley belga de eutanasia no lo contempla.

médico-paciente no fueron suficientes para adoptar una decisión tan grave como la eutanasia.

## 5. Requisitos en la petición de ESA en TM y consideraciones ético-legales

Decíamos que existen unos requisitos esenciales y comunes que hacen no punible la práctica de la eutanasia. Vamos a repasar ahora su aplicación en las solicitudes de eutanasia por enfermos mentales.

### 5.1. Voluntariedad y capacidad en la petición de ESA

La eutanasia comenzó alegando sentimientos compasivos respecto al enfermo terminal que, afligido por sus dolores, no quería seguir viviendo. La llamada eutanasia piadosa ha sido sustituida por el suicidio asistido, cuya defensa se apoya explícitamente en el tan valorado principio de autonomía del enfermo. Y este es el principal punto de discordia, además de ser el eje central de la ley, el dato que asegura la voluntariedad de la decisión del suicidio. Si una persona padece un sufrimiento insoportable y quiere acabar con su vida, ¿quién puede impedirselo? En realidad, muy poco se puede hacer para evitar que una persona se suicide, si realmente quiere hacerlo, bien lo sabemos los psiquiatras. Lo que se pretende ahora es que los legisladores reconozcan el “derecho” de los enfermos a solicitar el suicidio, y a los médicos que les faciliten los medios para llevarlo a cabo<sup>18 19</sup>.

Francesco D’Agostino<sup>20</sup>, ex presidente del Comité Nacional de Bioética de Italia lo explicaba así: “El puesto de la piedad como motivo emocional de la acción eutaná-

18 Ivereigh A, De La Cierva, Valero J. *Cómo defender la fe sin levantar la voz*. Ed. Palabra. 8ª edición, febrero 2019. Desde otra perspectiva, Fernando Marín-Olalla: “La eutanasia: un derecho del siglo XXI”, *Gaz. Sanit.*, 2018: 32 (4): 381-382.

19 Sobre los argumentos de este teórico derecho y sus peripecias en el Tribunal Europeo de Derechos Humanos puede consultarse “Privacidad y Derecho a morir” por Marta Albert, y “Vida privada y eutanasia, sentencia del TEDH: el caso Koch contra Alemania”, ambos en *Bioética y Nuevos Derechos*, por JA Santos, M Albert y C Hermida, editores, Editorial Comares, 1916.

20 D’Agostino F. *Bioética. Estudios de filosofía del Derecho*. Ediciones Internacionales Universitarias. Madrid, 2003.

sica, ha sido ocupado por una motivación que no tiene nada de compasiva ni de emotiva, sino que es fríamente racional: el respeto, hasta el límite de la sumisión, ante la voluntad suicida del paciente. Detrás de la eutanasia por compasión está el fantasma del sufrimiento del paciente. Detrás de la eutanasia como suicidio asistido existe el espectro de un pretendido nuevo derecho humano a la autodeterminación, un derecho supremo incuestionable”.

Este marco cultural actual de la autodeterminación sirve de raíz a lo que Grégor Puppink<sup>21</sup> ha denominado “derechos humanos descarnados”, esto es, a una objetiva oposición filosófica entre la mente y el cuerpo, donde el hombre es humano y, por lo tanto, digno sólo por su inteligencia –a la manera gnóstica– la cual se hace dueña y gestora del cuerpo físico, biológico, al que puede cambiar, ignorar o eliminar, según su voluntad del momento. El valor de humanidad residiría en la aplicación de una autonomía radical de la persona y en un nuevo “derecho” a “disponer del cuerpo”. El principio de autonomía de la persona se dispara así y se sacraliza hasta el límite de su propia eliminación corporal y existencial, en paradójico desprecio de Kant<sup>22</sup>, de la Ilustración y de la tradición moral de los pueblos. Una posición que progresivamente actúa como “disolvente” para las “solidaridades naturales” del hombre y de la familia, pero también de las leyes y los reglamentos, de las normas religiosas, sociales y culturales, y finalmente de la propia Medicina<sup>23</sup>. Es en este contexto donde se libra la batalla de los promotores de la ESA, y donde la filosofía política en el seno de los tribunales constitucionales arrastra el debate jurídico más importante de los tiempos modernos. Sin una verdadera antropología del hombre como cuerpo y espíritu –como *anima forma corporis*–, y con sólo la versión bioética de la autonomía, las dramáticas

condiciones a que puede llegar la existencia humana hoy, por el inmenso poder de la Medicina, hacen duro el trance de las leyes que regulan el final de vida. Se está generando una fuerte tensión entre las convicciones personales de unos hombres para los que la vida humana tiene sentido propio desde la concepción hasta su fin natural, y la asfixiante presión externa que cree haber hallado en la muerte el talismán liberador de una vida infeliz o sin sentido.

La consecuencia de la autodeterminación en el ámbito de la salud es que cualquier intervención requiere que la persona afectada, habiendo sido informada previamente de forma suficiente y adecuada, dé su consentimiento específico y libre. El consentimiento informado no es sino un modelo de relación clínica, fruto de la introducción de la idea de autonomía psicológica y moral de las personas en el modelo clásico de relación médico–paciente, basado hasta hace poco en la idea de la beneficencia paternalista. El ejercicio de la autonomía de las personas, de los pacientes, exige al menos tres condiciones: i) actuar voluntariamente, es decir libre de coacciones externas, ii) tener una información suficiente sobre la decisión que se va a tomar, es decir, sobre el objetivo de la decisión, sus riesgos, beneficios y alternativas posibles, y iii) tener capacidad, esto es, poseer una serie de aptitudes psicológicas, cognitivas, volitivas y afectivas, que le permiten conocer, valorar y gestionar adecuadamente la información anterior, tomar una decisión y expresarla.<sup>24</sup>

Por tanto, para que exista una verdadera autonomía de la persona, ésta debe regirse por el principio de libertad. Sólo desde la libertad se podrán tomar decisiones que auténticamente correspondan al pensamiento y modo de vida de la persona. Sin embargo, la persona que, por su patología cognitiva, de la conciencia, del pensamiento, de la percepción o de la afectividad, toma una decisión como la de solicitar la eutanasia, no siempre va a ser verdaderamente libre para hacerla. ¿Habría que respetar la voluntad siempre, incluida la voluntad

21 Puppink G. Mi deseo es la ley. Editorial Encuentro, 2020.

22 Kant I. Lecciones de Ética. Editorial Crítica, Grupo Grijalbo, 1988.

23 Para Puppink G., “en cuanto al aborto y la eutanasia, según la antropología “desencarnada”, un feto no sería todavía humano al igual que un discapacitado mental o una persona en coma ya no serían dignas, pues el hombre es digno por la razón y en proporción a esta facultad espiritual (inteligencia y voluntad). Un cuerpo desprovisto de espíritu solo sería una cosa. Materia orgánica organizada.” (ver op.cit. 61)

24 Simon-Lorda, P.: La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2008 ; 28 (2): 327-350. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352008000200006&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000200006&lng=es&nrm=iso)

sin libertad por estar gravemente condicionada por una causa patológica?. El hecho de que la enfermedad mental haya sido calificada como la "patología de la libertad" significa que en muchos casos y en diversos momentos el paciente psiquiátrico puede carecer de la capacidad necesaria para adoptar decisiones tal como las que exige el consentimiento informado, y en este caso para algo irreversible como la eutanasia. ¿O se le debería apoyar a sabiendas de que la génesis de la elección de la ESA es causada por la enfermedad mental?

El tratamiento psiquiátrico tiene por objeto restituir la libertad a las personas, es decir, restituir la autonomía con el fin de que puedan decidir libremente. Mientras esto no ocurra, muchas de estas personas podrían tener alterada la capacidad de realizar o comunicar una elección en base a los criterios de Appelbaum y Grisso<sup>25</sup>. Estos criterios suponen que el paciente no sólo es capaz de expresar una decisión sino que es capaz de sostener elecciones durante un tiempo lo suficientemente dilatado como para llevarlas a cabo; también conllevan que el paciente necesita comprender la información relevante para la toma de decisiones, lo que requiere de un nivel adecuado de atención y de memoria. Además, debe apreciar correctamente la situación en que se encuentra, tanto cognitiva como afectivamente y sus consecuencias, así como manejar racionalmente la información, es decir, debe poder utilizar los procesos lógicos que posee para comparar los beneficios o los riesgos de su petición, sopesándolos y considerándolos hasta llegar a una decisión plenamente reafirmada<sup>26</sup>.

Appelbaum y Roth<sup>27</sup> sostienen que existen elementos y circunstancias que influyen y matizan la capacidad mental de los pacientes para participar en investigaciones, y pensamos que esto es extensible a la realidad clínica, y que por tanto juega también un papel en la

solicitud de la ESA. Según los estudios mencionados<sup>28</sup> estos elementos y circunstancias no son suficientemente valorados. Por ejemplo, sabemos que la terapia electroconvulsiva (TEC) es un tratamiento altamente eficaz en depresiones graves o resistentes a los psicofármacos, aunque haya sido muy denostada en algunos ambientes políticos y artísticos, muy alejados de la práctica asistencial. Este estigma asociado a la TEC, que puede provocar temor en los pacientes, podría llevar a su rechazo por algunos y como consecuencia hacerles considerar la eutanasia. También podría influir la calidad de la información dada al paciente sobre la TEC, con el riesgo de que si es incompleta o inadecuada pueda condicionar el proceso de decisión del paciente y hacerle pensar que es preferible morir a ser tratado. Si el lugar en que se realiza la TEC le desagradan, o hay factores personales o culturales que dificultan la relación con el equipo asistencial, el paciente puede rechazar este abordaje o desoir la información que se le aporte. Además, el estado de ánimo, el nivel de conciencia y otros fenómenos clínicos, que pueden variar a lo largo del tiempo, podrían influir en la decisión del paciente, distorsionando notablemente el peso que pueda dar a los riesgos y beneficios de la TEC respecto a la petición de eutanasia.

En contra de la defensa de la autodeterminación en la eutanasia algunos autores como Callahan defienden que ésta ya no es sólo una cuestión de autodeterminación, "sino de una decisión social mutua entre dos personas, la que debe ser matada y la que se presta a hacerlo"<sup>29</sup>.

La solicitud de ESA en ciertos TM graves establece la duda de la voluntariedad del deseo de morir de estos pacientes y parece poner de manifiesto un tratamiento inadecuado de la patología subyacente. Creemos que hoy se dispone de suficientes herramientas terapéuticas para que esta petición extrema, la solicitud de una ESA por un enfermo mental, no deba darse. Con el tratamiento eficaz y adecuado de los TM se cumple además

25 Appelbaum PS, Grisso T. Assessing Patient's Capacities to Consent to Treatment. *NEJM*, 1988; 319 (25): 1635-8.

26 La complejidad de la muerte asistida de un enfermo psiquiátrico, allí donde es legal, es abordada en un reciente caso clínico ("Recuperación de último minuto de un paciente psiquiátrico que solicitó la muerte asistida por un médico", por SMP van Veen y cols., en *Psychiatry online*, Foro abierto (11/2/2020) <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900489>

27 Appelbaum PS, Roth LH. Competency to Consent to Research: a Psychiatric Overview. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1982; 39: 9518.

28 On cit 6, 11-12, 15-16

29 Callahan D. When Self-Determination Runs Amok. *The Hastings Center Report*, 1992; 22 (2): 52-55. <http://links.jstor.org/sici?sici=0093-0334%28199203%2F04%2922%3A2%3C52%3AAWSRA%3E2.0.CO%3B2-U>



con uno de los derechos de las personas recogidos en la Constitución española de 1978, que en su artículo 43.1 “reconoce el derecho a la salud” en pacientes que precisan especial protección, ya que éstos pueden no cuidar de su salud si la enfermedad ha alterado su voluntad.

La evaluación de la capacidad en el medio clínico, y por tanto de la solicitud de la ESA, en la mayoría de los casos es muy subjetiva, ya que aún no existen criterios objetivos (definición de habilidades y aptitudes), estándares (grados de suficiencia) y protocolos (criterios para indicar la eutanasia) rigurosos y solventes<sup>30</sup>.

Antes de decidir sobre la posible capacidad de una persona con TM para solicitar la ESA el psiquiatra responsable del paciente debería evaluar su capacidad. Para evitar riesgos de seguridad jurídica es necesario incorporar un segundo especialista en Psiquiatría, lo más independiente posible, a su valoración<sup>31</sup>.

Doernberg, y cols<sup>32</sup>. examinaron la evaluación de la capacidad para la toma de decisiones de solicitudes de ESA por TM en los resúmenes de los Comités Regionales de Revisión de la Eutanasia de los Países Bajos. Se realizó un análisis utilizando un modelo de 4 habilidades de la capacidad (comprensión de hechos, aplicación de esos hechos a la situación personal, evaluación y ponderación de la situación y demostración de la estabilidad de la elección) para codificar los textos que discutían la capacidad. Se revisaron 66 casos del 2011-2014. En el 55% de los casos la discusión específica de la capacidad consistió solo en juicios globales, incluso en pacientes con trastornos psicóticos. El 32% de los casos incluyeron declaraciones probatorias sobre habilidades específicas de capacidad; solo 5 casos (8%) mencionaron las cuatro habilidades. Los médicos valoraron con frecuencia cómo la psicosis o la depresión afectaban a la capacidad, pero proporcionaban una explicación incompleta sobre sus

juicios. Los médicos en 8 casos (12%) no estuvieron de acuerdo con la valoración de la capacidad; sin embargo, aun cuando no se dio ninguna explicación del desacuerdo, los comités de revisión generalmente aceptaron el juicio del médico que practicó la ESA. En un caso, los médicos anotaron que no todas las habilidades específicas de capacidad estaban intactas, pero consideraron que el paciente era capaz.

En suma, en ninguno de los estudios revisados se llevó a cabo una valoración adecuada de la capacidad para solicitar la ESA por los enfermos con TM, aun siendo ésta un requisito legal previo al procedimiento. Tampoco queda constancia de que esa valoración haya sido realizada por el psiquiatra responsable del paciente, quien es quien más lo conoce. No se mencionó la existencia de un documento de voluntades anticipadas. Aunque existen desde hace años, sobre todo en el ámbito de la atención sanitaria al final de la vida, los documentos de últimas voluntades no se utilizan demasiado en entornos clínicos psiquiátricos. Las personas con enfermedades mentales graves e incapacitantes suelen ser muy jóvenes cuando les sobreviene la enfermedad, siendo el pronóstico muy incierto en los primeros años. La incapacidad suele sobrevenir mucho antes de que se planteen este tipo de testamentos vitales. Generalmente sus familias y sus psiquiatras tampoco están muy familiarizados con estos documentos, a pesar de sus indudables ventajas en algunos aspectos<sup>33</sup>.

## 5.2. La muerte natural tiene que ser razonablemente previsible

En los pocos países donde ya se admite por ley la ESA en TM este supuesto ha sido eliminado, aunque sigue vigente en los que no admiten la enfermedad mental como motivo de solicitud de la ESA. Esto es así porque en su mayoría, los TM pueden considerarse enfermedades no terminales, siendo algunos de ellos crónicos. En ningún caso es previsible la muerte como consecuencia directa del TM, salvo enfermos especialmente graves con trastornos de la

30 Bórquez E, Gladys, Raineri B, Gina, & Bravo L, Mireya. La evaluación de la «capacidad de la persona»: en la práctica actual y en el contexto del consentimiento informado. Revista médica de Chile, 2004; 132 (10): 1243-1248. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004001000013>.

31 *Op.cit.*, 16

32 Doernberg SN, Peteet JR, Kim SYH. Capacity Evaluations of Psychiatric Patients Requesting Assisted Death in the Netherlands. *Psychosomatics*. 2016 ; 57(6): 556-565. doi:10.1016/j.psym.2016.06.005

33 Comité de Bioética de Cataluña. El respeto a la voluntad de la persona con trastorno mental y/o adicción. Documento de voluntades anticipadas y planificación de decisiones anticipadas. Diciembre 2017. [https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/\\_Sistema\\_de\\_salut/CBC/recursos/documents\\_tematica/respeto\\_voluntad\\_persona\\_mental.pdf](https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/respeto_voluntad_persona_mental.pdf).

conducta alimentaria (p.e. anorexia nerviosa). Sin embargo, en muchos de los enfermos psiquiátricos, como los que padecen trastornos del estado de ánimo -en especial depresión- o trastornos de personalidad, uno de los síntomas propios de la enfermedad son los pensamientos recurrentes de muerte, consideraciones sobre el suicidio sin un plan determinado, o con planes específicos para llevarlo a cabo. Los trastornos depresivos y los trastornos de personalidad son los diagnósticos más frecuentes en las solicitudes de ESA, como hemos visto anteriormente. Nadie parece tener duda acerca de qué hacer en un paciente que acude al médico con tos y disnea en el que se detecta un cáncer en su pulmón, enfermedad con una mortalidad razonablemente previsible según el estadio clínico. El tratamiento será la resección de la tumoración, en general, y a eso seguirá toda una serie de abordajes radio y/o quimioterapéuticos. En cambio, a un paciente que acude al médico con tristeza e ideas de muerte secundarias a su TM, en vez de tratarle ¿debemos secundar su plan de matarse?. Como dice la Sociedad Española de Psiquiatría en un documento recientemente publicado: “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 a personas que sufren trastornos que tienen entre sus propios síntomas, formando parte de la patología, la ideación suicida y el deseo de morir”<sup>34</sup>.

### 5.3. Padecimiento insoportable y sin esperanzas de mejora

Hoy en día no existe una definición ampliamente reconocida de lo que es y supone un sufrimiento “insoponible”, como tampoco una descripción detallada de las características propias de las experiencias de los pacientes que lo perciben como “insoponibles”. La determinación del grado en que el sufrimiento es insoportable está relacionada siempre con la perspectiva del paciente, lo

34 Posicionamiento de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre la proposición de Ley Orgánica sobre la regulación de la eutanasia. [http://www.sepsiq.org/file/Grupos%20de%20trabajo/SEP-Posicionamiento%20Eutanasia%20y%20enfermedad%20mental-2021-02-03\(1\).pdf](http://www.sepsiq.org/file/Grupos%20de%20trabajo/SEP-Posicionamiento%20Eutanasia%20y%20enfermedad%20mental-2021-02-03(1).pdf)

que significa que depende de su fortaleza física y mental, de su personalidad y experiencia de vida<sup>35</sup>. Al médico se le adjudica la responsabilidad moral y legal de ponderar la intensidad del sufrimiento. Se entiende que no todos los médicos están dispuestos a asumir la responsabilidad de autorizar la ESA en base a unos criterios tan poco objetivos y por ello tan difíciles de objetivar.

Según los estudios antes reseñados<sup>36</sup> la depresión es el TM más frecuente en las solicitudes de ESA. Sin embargo, en el 70-80% de las personas con trastornos depresivos se puede lograr una reducción significativa de los síntomas con el tratamiento adecuado, aunque es posible que hasta el 50% de los pacientes no respondan al primer tratamiento. Es necesario probar un mínimo de 6 semanas más antes de descartar una primera línea terapéutica por ineficaz, y luego pasar a otros tratamientos de segunda línea. En un 40% de los pacientes tratados sólo habrá finalmente una remisión parcial de los síntomas<sup>37</sup>.

Hemos señalado que muchos pacientes con TM que solicitan la ESA rechazan los tratamientos específicos para su enfermedad. Estos pacientes están expuestos a los efectos de una enfermedad que provoca, entre otras manifestaciones, ideas de muerte; este síntoma que remitiría en un alto porcentaje de casos con un tratamiento adecuado. Es decir, aunque el padecimiento puede llegar a ser descrito como insoportable en los trastornos del estado de ánimo, concretamente en la depresión, normalmente hay esperanzas de mejora para los enfermos con los tratamientos actuales, que por otro lado cada vez son más eficaces. (referencia)

Es cierto que existen TM resistentes a los tratamientos, con un curso crónico o que generan una gran necesidad de ayudas de todo tipo, lo que solemos llamar enfermedad mental grave. Pero, ¿Cómo se evalúa que no hay esperanzas de mejoría entre los pacientes con TM que solicitan ESA, cuando sabemos que alrededor de un 50% de los enfermos mentales graves rechazan o no toman

35 Verhofstadt M, Thienpont L, GY Peters. When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia: qualitative study. *Br J Psychiatry*. 2017; 211(4): 238–245. doi: 10.1192/bjp.bp.117.199331

36 On cit 6, 11-12, 15

37 Gotlib I, Hammen C. (2002). *Handbook of Depression*. New York: Guilford Press; 2002

el tratamiento prescrito para su enfermedad? Semahegn A y cols.<sup>38</sup> realizaron en 2020 un ambicioso meta-análisis para determinar la prevalencia y los factores asociados con la no adherencia a la medicación psicotrópica. En la revisión se incluyó un total de 46 estudios. En general, el 49% de los pacientes con trastornos psiquiátricos mayores no eran adherentes a su medicación psicotrópica. El mal cumplimiento del tratamiento psicotrópico para la esquizofrenia, los trastornos depresivos mayores y los trastornos bipolares fue del 56%, 50% y 44% respectivamente. Algunos de los factores sociodemográficos que más se asociaron con esa falta de adherencia fueron el bajo nivel educacional, el paro, la mayor edad o la falta de apoyo socio-familiar. El abuso de tóxicos, las actitudes negativas personales frente a la medicación o la sensación de ser estigmatizados por el TM también influyeron en el bajo grado de adherencia. Entre los factores clínicos asociados al incumplimiento se encontraron los efectos secundarios de la medicación, la falta de conocimientos sobre su enfermedad y su tratamiento, las comorbilidades, la eficacia percibida de la medicación, la duración del tratamiento y la complejidad de la medicación prescrita. Por último, no faltaron los factores relacionados con el sistema de salud, como la falta de acceso gratuito a los medicamentos y a la consulta psiquiátrica.

Como razonablemente podemos deducir muchos de estos factores pueden ser modificados positivamente por una sociedad bien informada y responsable; una intervención médica enérgica ante los poderes públicos añadida a todo lo anterior llevaría a mejorar la adherencia terapéutica y a la posibilidad de que los pacientes no percibieran la ESA como su única salida. Además, en la actualidad, los cuidados paliativos han logrado liberar al enfermo terminal de los dolores más agudos e insoportables, hasta garantizar una muerte sin dolor.

Por otro lado, ¿Se pueden aplicar los criterios de eutanasia por sufrimiento “insoportable” a las situaciones donde este dolor moral es causado por una discapaci-

dad permanente o adquirida, entre las que se incluyen causas psíquicas e intelectuales? En general, se entiende actualmente la discapacidad como una condición social y no como una condición médica, es decir, como una especial situación de desventaja social debido a unas características que han sido excluidas por la sociedad a la hora de construir un entorno, sólo preparado para un determinado *estándar* de personas, pero no para los discapacitados que no son, pues, enfermos. Activistas por los derechos de los discapacitados temen que la eutanasia estigmatice las vidas de las personas con una discapacidad, y que sirva para discriminarlas aún más. Krahn G<sup>39</sup> ha reflexionado sobre ello de este modo: “la ayuda para morir se usa principalmente en estos casos para tratar la pérdida de la autonomía y no para el manejo del dolor”. Los proponentes argumentan, al contrario, que la discapacidad severa debe justificar el “derecho” del paciente a terminar con su vida, lo que devalúa a cualquier vida vivida con limitaciones funcionales significativas. Frente al supuesto “derecho a la muerte digna” ¿qué mecanismos de igualdad sustantiva se da a una persona con discapacidad para que tenga “una vida digna”? Si la sociedad respalda el derecho de una persona a buscar asistencia médica para terminar con su vida debido a la pérdida de autonomía funcional, esto nos da idea de cómo nuestra sociedad valora las vidas de personas que viven con limitaciones. Existe el riesgo real de configurar a una clase de enfermos, como las personas con discapacidad permanente, para las que su existencia sería “prescindible”. Muchos son los que temen por los derechos de tales grupos vulnerables si la sociedad está menos dispuesta a proporcionarles cuidado y apoyo, y admite su eliminación por ser menos capacitados.

Los defensores del “derecho” a morir alegan que algunas personas con discapacidad pueden desear más control propio en el momento de su muerte. Se apoyan en el principio de que no deben ser tratadas de una manera diferente o descalificarlas automáticamente para tomar sus propias decisiones<sup>40</sup>. Sin embargo, debi-

38 Semahegn, A., Torpey, K., Manu, A. et al.: “Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev* 2020; 9: 17. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-1274-3>

39 Krahn G. Reflections on the debate on disability and aid in dying. *Disabil Health J.* 2010; 3 (1): 51-5.

40 Asociación Derecho a morir dignamente. <https://derechoa-morir.org/>

do a la naturaleza irrevocable de la eutanasia, se puede argumentar que las personas vulnerables necesitan de una protección especial. Es necesario tener en cuenta la tensión que existe entre el derecho de autonomía de las personas y la necesidad de prevenir un daño irreparable, en especial a los colectivos más vulnerables como pueden ser los discapacitados psíquicos e intelectuales.

#### 5.4. Información al paciente de su situación y de las perspectivas de futuro.

Antes de informar al paciente sobre su diagnóstico y pronóstico, de forma comprensible y empática, cabría preguntarse si los médicos que se enfrentan a la petición de ESA están suficientemente formados para detectar una depresión o algún otro tipo de TM tratable, y sobre el tiempo de evaluación del que disponen. A ello hay que añadir que en muchos casos estos profesionales carecen de formación psiquiátrica. Cualquier psiquiatra clínico coincidirá en que, en la gran mayoría de las ocasiones, necesitamos más de una sola entrevista psiquiátrica -nuestro principal método diagnóstico- para establecer un diagnóstico fiable. Para que el tratamiento de los TM más graves tenga éxito se requiere de varios meses o años de alianza terapéutica. Si el profesional que enfrenta el caso no es especialista en Psiquiatría es complicado que pueda dar una perspectiva de futuro adecuada al paciente, cuando además en salud mental la propia relación médico-paciente puede ser por sí misma terapéutica.

#### 5.5. Consulta a otro facultativo

En los casos de eutanasia en pacientes con TM no siempre se ha hecho participar a los psiquiatras en la evaluación de las solicitudes, tal como hemos visto en la revisión de los estudios. La evaluación del estado mental por un profesional idóneo ayuda a asegurar que los medios terapéuticos disponibles son realmente inútiles para reducir el dolor o el sufrimiento y la ideación suicida -aspectos centrales en el proceso del suicidio-, y que la persona que solicita la eutanasia es competente y está adecuadamente informada. Sería recomendable que la segunda evaluación fuera por un psiquiatra distinto al

implicado en el proceso terapéutico para no corromper el vínculo psiquiatra-paciente.

#### 5.6. Cumplimiento de los requisitos

Se estima que aproximadamente en la mitad de las actuaciones en Bélgica y Holanda -países más estudiados por su legalización temprana de la eutanasia- no se cumplen los requisitos legales que hemos ido desarrollando. Se absuelve con frecuencia al médico en base a su intención de ayudar al paciente independientemente de que cumpla los requisitos, muchos subjetivos y difícilmente evaluables. Es lo que se ha denominado "pendiente resbaladiza" que parece especialmente evidente en las solicitudes de ESA en pacientes con TM<sup>41</sup>.

En estos países, tras décadas de experiencia, la ley civil ha ido ampliando las indicaciones de eutanasia hasta límites insospechados: primero a personas sin previsión alguna de muerte -a pacientes con demencia, a comatosos, a trastornos mentales clínicamente abordables- y después a niños enfermos, a jóvenes sanos con fuertes deseo de morir por las causas más diversas o simplemente hartos de vivir, etc. Como resultado ha habido un aumento paulatino de casos de ESA, representando actualmente alrededor de un 4% de las causas de muerte totales. La ESA por TM-D ronda el 3,5% de todos los casos de eutanasia en estos países<sup>42 43</sup>.

De este análisis se deduce la incongruencia que rodea a la práctica de la ESA en Holanda y Bélgica, el daño a la seguridad jurídica del final de la vida que discurre implacable en medio de la aparente impotencia del sistema judicial. Algo sólo explicable cuando gran parte de una sociedad y muchos médicos "se han convertido" a la eutanasia, desinhibidos del dilema moral que repre-

41 Pereira, J: Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls. *Curr Oncol.* 2011; 18 (2): e38-e45. doi:10.3747/co.v18i2.883:e38-e45.

42 Lampert Grassi MP. Aplicación de la Eutanasia: Bélgica, Colombia, Holanda y Luxemburgo. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Asesoría Técnica Parlamentaria. Abril 2019. N° SUP: 119875.

[https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27089/1/BCN\\_Eutanasia\\_Belgica\\_\\_Colombia\\_Holanda\\_Luxemburgo\\_FINAL.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27089/1/BCN_Eutanasia_Belgica__Colombia_Holanda_Luxemburgo_FINAL.pdf)

43 Regional Euthanasia Review Committees (RTE). Annual Report 2019. <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>

senta. Pero también por la tolerancia que han venido mostrando muchas instituciones médicas, que han remitido los problemas a meras declaraciones deontológicas formales, escamoteándose de una contundente reacción deontológica, legal y política.

También es cierto que el rechazo moral de la medicina institucional no ha cambiado en gran parte del mundo, y que los riesgos de esta práctica siguen siendo reconocidos en muchos parlamentos. La temperatura moral que se mide hoy en las más representativas instituciones médicas internacionales es firme contra la eutanasia, pese a la presión de un sector minoritario de la Medicina y la Política. Al rechazo radical y reiterado de la eutanasia por la importante Asociación Mundial de Medicina<sup>44</sup>, a las repulsas de la Asociación Médica Americana<sup>45</sup>, del Colegio Americano de Médicos, y de la Asociación Psiquiátrica Americana<sup>46</sup>, se han de sumar la condena de la Asociación Mundial de Psiquiatría, la neutralidad de la Organización Mundial de la Salud<sup>47</sup> y la prohibición y condena por el Consejo de Europa en 2012<sup>48</sup>, y el obvio rechazo por razones morales

y antropológicas de la Iglesia católica<sup>49 50</sup>. Y junto a ellas, son innumerables las declaraciones de rechazo por parte instituciones médicas de renombre en Reino Unido, Alemania, Francia o Polonia. En España hay que destacar la posición contraria a la eutanasia de la Organización Médica Colegial<sup>51</sup>, entre otras instituciones y sociedades científicas. También se ha recabado el rechazo de muchos profesionales de la salud<sup>52</sup>.

deseos previamente expresados por los pacientes". De acuerdo con esta resolución "la eutanasia, en el sentido de la muerte intencional, por acción u omisión, de un ser humano en función de su presunto beneficio, debe ser prohibida siempre". Esta decisión ratifica otras previas del mismo Consejo, como la del 25-4-2005. Convención Europea de los Derechos Humanos. <http://assembly.coe.int/nw/xml/xfref/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=18064&lang=en#>

49 Communiqué des chefs religieux en Belgique au sujet de l'euthanasie. <https://www.ieb-eib.org/ancien-site/pdf/declaration-7-chefs-religieux-euthanasie.pdf>. El 6 de noviembre de 2013. Bélgica dio a conocer un mensaje relevante. Por primera vez las tres principales religiones monoteístas, los representantes del cristianismo (católicos, protestantes y ortodoxos), el judaísmo y el Islam, expresaron su grave aprensión ante el riesgo de trivializar la eutanasia. Protestaban por extender la ley a menores o por demencia, porque esto significaría "una contradicción extrema con la existencia de la humanidad" y concluían "no podemos respaldar esta mentalidad que conduciría a destruir los fundamentos básicos de la sociedad".

50 Congregación para la doctrina de la fe. Carta Samaritanus bonus. Sobre el cuidado de las personas en las fases críticas y terminales de la vida. [http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_20200714\\_samaritanus-bonus\\_sp.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20200714_samaritanus-bonus_sp.html)

51 Posicionamiento del Consejo General de Colegios de Médicos (CGCOM) ante la eutanasia y el suicidio asistido (Asamblea General, Melilla, 2018). [https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/np\\_eutanasia\\_21\\_05\\_18.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/np_eutanasia_21_05_18.pdf)

52 Algo se mueve en Bélgica. En 2012, más de 70 figuras reconocidas, en su mayoría profesionales de la salud, firmaron un texto contra la ley que implicaba 10 años de eutanasia. Y numerosos médicos y profesores de medicina crearon un sitio en internet, *euthanasiestop*, que ha ido creando una conciencia pública sobre la realidad de la eutanasia. Y en 2014, más de 172 pediatras firmaron una carta abierta a los líderes de los partidos políticos belgas contra el proyecto de ley de ampliar la eutanasia a los niños. También en 2014, tuvo amplio relieve social la controversia entre la directora de los Cuidados paliativos belgas y una doctora en teología y voluntaria en Cuidados paliativos, que respondió a la pregunta de la primera: ¿quién soy yo para negarme a ayudar a alguien que quiere morir? con otra pregunta: ¿y quién soy yo para matar a alguien? Y en 2015 un grupo de profesores universitarios, psiquiatras y psicólogos, expresaron su grave preocupación por el creciente número de eutanasias en enfermos mentales en el país y con argumentos técnicos importantes. Por fin, en 2016, una oncóloga y directora de Paliativos, la Dra. Dopchie afirmó que la mayoría de las solicitudes de eutanasia en Bélgica no eran problemas médicos estrictamente hablando. En igual línea de rechazo, los 220 médicos holandeses y su manifiesto en 2017, incluido la "repulsa moral" hacia la eutanasia en EM avanzadas, considerados seres humanos indefensos. ( Periódico "La Vanguardia", redacción, 10/2/2017).

44 Declaración de la AMM sobre la eutanasia y suicidio con ayuda médica. Adoptada por la 70ª Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia, Octubre 2019. La Asociación Médica mundial experimentó claras tensiones en su última Asamblea en Georgia, cuando las delegaciones de Holanda y Canadá propusieron a la Asamblea cambios en el lenguaje de rechazo de la eutanasia y el suicidio asistido sostenido por la AAM, que fueron ampliamente rechazados por la Asamblea, con retirada de las dos propuestas. La tensa situación llevó al abandono de ambos países de la AMM.

45 Euthanasia. American Medical Association. Code of Medical Ethics Opinion 5.8 Web site. <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/euthanasia>. Accessed 16 Apr. 2019.

46 Snyder Sulmasy L, Mueller PS, Ethics, Professionalism and Human Rights Committee of the American College of Physicians. Ethics and the Legalization of Physician-Assisted Suicide: An American College of Physicians Position Paper. *Ann Intern Med.* 2017;167(8):576–78.

47 No existe un posicionamiento formal reconocida de la WHO sobre la eutanasia. No obstante, un Comité de Expertos de la OMS sobre "Alivio del dolor y tratamiento paliativo del cáncer" (Ginebra 1990) adoptó "la postura de que, con el desarrollo de los métodos modernos de tratamiento paliativo, no es necesaria la legalización de eutanasia" y en sus Conclusiones que "la eutanasia (para acelerar la muerte mediante el empleo de drogas) no debe ser legalizada"

48 En 1999, un médico holandés denunció ante el Consejo de Europa 900 casos de eutanasia sin consultar al paciente. La denuncia fue realizada por el doctor Henk Ten Have, un bioético médico y además filósofo que en 2003 pasó a dirigir la División de Ética en Ciencia y Tecnología de la UNESCO en París. Donde en 2005 lideró los trabajos para la aprobación por su Asamblea General de la "Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos". Durante todos estos años ha sido el gran promotor de la bioética europea. Años después, el 25.1.2012, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa aprobó la resolución 1859 (2012)1 con el título de: "Proteger los derechos y la dignidad humana en consideración a los

## 6. La eutanasia como acto fuera de la medicina

La razón de ser de la Medicina, y por ende de la Psiquiatría, es la curación del enfermo en cualquier fase de su dolencia, el alivio de su sufrimiento y la ayuda a sobrellevar el trance de la muerte cuando la curación no es ya posible. Hay enfermos incurables, pero no incuiciables. La ideología de la eutanasia rechaza esta forma de entender la práctica médica. Para los autores de este trabajo la eutanasia socava la base del acto médico en sí mismo, y extiende un poder ilimitado al paciente ignorando la condición de “empresa moral” de la Medicina, como defendió Edmund Pellegrino<sup>53</sup>, y sus convicciones morales de siglos. Obligar a un médico a comprometer sus talentos y habilidades para lograr la visión privada e íntima de lo que es “una buena vida y una vida digna” para el paciente, es simplemente incorrecto y trastoca la confianza del paciente en el médico. Si esto falta se puede decir que no existe la Psiquiatría, que se basa de forma esencial en el vínculo terapéutico. Si el paciente en vez de tener confianza en su psiquiatra -hasta poner su vida, su salud e integridad psíquica en sus manos- llega a tenerle miedo -porque no sabe si va a decidir si su caso es digno de curación o susceptible de eutanasia-, algo muy radical e inquietante ha transformado el acto médico, hasta incluso hacerlo contrario al bien del paciente.

Los médicos deben tener claro que una cosa son las leyes sobre eutanasia u otras cuestiones médicas y otra, nuestra conciencia personal y nuestra conciencia de médicos. Las leyes civiles por un lado, y la moral médica o nuestras conciencias por otro, pueden no ser congruentes. Muchos profesionales ignoran cuánto el espacio legal público y el poder político ha invadido el espacio ético propio de la Medicina clínica y la libertad de las conciencias médicas. Por visible, un modelo moral epistemológico parece haber sustituido a la ética médica -incluso a la deontología- en el comportamiento de un amplio sector de profesionales: si tal tecnología procede de fuentes estrictamente médicas o científicas, la aplicación de tal avance ya es moral y está plenamente

53 Pellegrino ED. Ethics and the moral center of the medical enterprise. *Bull N Y Acad Med.* 1978; 54(7): 625-640.

te justificada para muchos médicos. Lo que se posee en conciencia o por convicciones religiosas ha de quedar aparte del criterio estrictamente técnico. Aunque la dimensión moral privada y el bien de paciente, por un lado, y el bien de la sociedad representado por la ley deben tratar de acoplarse, la conciencia moral individual debe estar por encima de la ley. Es necesaria una actitud reflexiva y llena de fortaleza moral que se difunda a todos, acerca de lo que se quiere conservar y de las líneas rojas insuperables de la ética médica.

En este contexto, algunos han querido rebajar el dramatismo del debate de la ESA en TM reduciéndolo a un simple “dilema moral” proporcionalista. Este se produciría entre “el tratamiento psiquiátrico involuntario (incluyendo los ingresos) para la prevención del suicidio” y “la ayuda médica para morir”, eufemismo que intenta sustituir al “suicidio asistido por un médico”. Si la ayuda médica al morir en la enfermedad terminal es permisible con el objetivo de aliviar el sufrimiento del paciente, también lo sería para los pacientes psiquiátricos que no padecen una enfermedad terminal pero sí un gran sufrimiento. El psiquiatra se vería como envuelto en un “dilema moral” entre ambos conceptos<sup>54</sup>. Pero para Pies y cols.<sup>55</sup> tal planteamiento es ficticio, pues los dilemas morales solo surgen en Medicina cuando dos cursos de acción representan “bienes” competidores de “peso” -o riesgos y beneficios proporcionales-. Este balance no se da entre ambas posturas, pues “matar al enfermo” nunca es un “bien moral”. Que una ley lo plantee o lo apruebe tampoco lo justificaría como un bien. La ley y la ética no son necesariamente dominios congruentes. La “ayuda médica para morir” es incompatible con los principios éticos que subyacen a la Medicina Hipocrática. Incluso si bajo la premisa del respeto a la autonomía de las personas se llegara a la conclusión de que los pacientes psiquiátricos mentalmente competentes deberían tener la libertad de poner fin a sus propias vidas, de ninguna ma-

54 Kiouss BM, Battin MP. Response to Open Peer Commentaries on “Physician Aid-in-Dying and Suicide Prevention in Psychiatry.” *Am J Bioeth.* 2019;19:W14-W17.

55 Pies RW, Hanson AI, Komrad MS y Geppert, C MA: PAS versus Involuntary Commitment: is a Moral Dilemma? *Psychiatric Times*, 29 octubre 2019. <https://www.psychiatristimes.com/view/pas-versus-involuntary-commitment-there-moral-dilemma>

nera se deduciría que los psiquiatras deberían participar en la prescripción de medicamentos letales. Esa noción de libertad personal sin obstáculos no equivaldría a un “derecho” al suicidio asistido por parte de los médicos. La ética médica, psiquiátrica, estaría en el concepto de “prevención del suicidio”, recurriendo si fuera preciso a la hospitalización involuntaria, un medio considerado ético con el fin de proteger la vida del suicida si se utiliza sólo cuando no es posible asegurar la vida y el bienestar del paciente a través de medios menos restrictivos.

## 7. Vulnerabilidad de los enfermos mentales ante la EAS

Tal como señalábamos antes, en diciembre de 2016, la *American Psychiatric Association* (APA) dio a conocer una declaración (*Position Statement*) sobre la eutanasia en la que afirmó: “La APA, siguiendo la posición de la Asociación Médica Americana sobre la eutanasia médica, sostiene que un psiquiatra no debe prescribir o administrar ninguna intervención a una persona que no presente una enfermedad terminal con el propósito de causar la muerte”<sup>56</sup>. Por su parte, la *World Psychiatric Association* (WPA) también advirtió: “El psiquiatra, entre cuyos pacientes hay algunos que están gravemente incapacitados y no pueden alegar una decisión voluntaria y meditada, debe ser especialmente cuidadoso con las acciones que podrían conducir a la muerte de aquellos que no pueden protegerse a sí mismos debido a su falta de capacidad”.<sup>57</sup>

56 Katona C, Chiu E, Adelman S, Baloyannis S, et al. World Psychiatric Association section of old age psychiatry consensus statement on ethics and capacity in older people with mental disorders. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009; 24: 1319–1324. T.

57 Desde el pasado siglo el Comité de Ética de la World Psychiatric Association (WPA) reconoce la necesidad de desarrollar una serie de pautas específicas sobre una serie de situaciones también específicas. En la Asamblea General en Buenos Aires, Argentina, el 21 de septiembre de 2011 y sobre la eutanasia, la WPA estableció: “El deber de un médico, ante todo, es la promoción de la salud, la reducción del sufrimiento y la protección de la vida. El psiquiatra, entre cuyos pacientes se encuentran algunos que están gravemente incapacitados e incompetentes para llegar a una decisión informada, debe tener especial cuidado con las acciones que podrían conducir a la muerte de aquellos que no pueden protegerse a sí mismos debido a su discapacidad. El psiquiatra debe ser consciente de que las opiniones de un paciente pueden estar distorsionadas por enfermedades mentales como la depresión. En tales situaciones, el papel del psiquiatra es tratar la enfermedad”. (La cursiva es de este trabajo)

Es decir, tras la experiencia y reflexión sobre la eutanasia histórica y actual, las más importantes instituciones de la Psiquiatría han rechazado que un psiquiatra se implique en la ejecución directa de una eutanasia.

La aceptación social y legal de la eutanasia en una gran parte del mundo generaría una situación intolerable de presión moral institucionalizada sobre los ancianos, los discapacitados y/o incapacitados mentalmente, y sobre aquellos que, por un motivo u otro, pudieran sentirse como una carga para su familia o la sociedad. Ante el “ejemplo” de otros a los que se hubiera practicado la eutanasia de modo voluntario y reconocido ¿cómo no iban a pensar estas personas si no tendrían también ellas la obligación moral de pedir ser eliminadas para dejar de ser gravosas?. Esta inevitable consecuencia ante una hipotética despenalización de la eutanasia implicaría introducir en las relaciones humanas un factor más en favor del dominio injusto de los más fuertes y el desprecio de los más débiles, precisamente de las personas más necesitadas de protección y cuidado.

Las consideraciones previas sobre la ESA que se contemplan el conjunto de los estudios revisados evidencian una grave fractura, tolerada por el legislador, en la seguridad jurídica de Holanda y Bélgica, países ricos que acumulan largos años de experiencia en las leyes de eutanasia. Es razonable pensar que esto no sería posible de no darse una renuncia –o tolerancia por parte de las instituciones y la sociedad– a investigar y eliminar el grave daño legal. Las multitudes son vulnerables a las más reductivas ideologías, como la historia se ha cansado de demostrar: pues éstas son capaces de cambiar las conciencias de los pueblos y sus instituciones, mediante, en primer lugar, eslóganes y tópicos irracionales aireados y vendidos machaconamente; y, en segundo lugar, impuestos mediante leyes salvadoras, auto-consideradas como el “progreso” de la sociedad, aunque finalmente siempre peligrosas. Por tanto, cuando una ley de eutanasia se aprueba en un parlamento –incluso sin consenso, su propia dinámica puede conducir a una sensible transformación de los valores en la sociedad, donde “todo” acaba siendo asumible y nada posee un valor esencial y absoluto, salvo los intereses individuales más egoístas.

¿Es un absurdo pensar que, a través de la política, un grupo de pensamiento no representativo pero voluntarista, puede llegar a esa “colonización del mundo de la vida”, a secar de valores la democracia moderna –de lo que habla Habermas–<sup>58</sup>, y que esta transformación social pudiera dinamitar poco a poco a la verdadera democracia, donde el relativismo moral podría identificar a una mayoría de los ciudadanos?.

Sólo haciendo aflorar las causas motivadoras directas y personales de este anormal deseo de morir, puede la realidad de la eutanasia ser percibida adecuadamente por la medicina y el pueblo. Y aquí juega un papel determinante la cultura de cada pueblo, su visión del hombre y del mundo, su historia y convicciones morales y religiosas, o su relativismo e individualismo. También influyen, sin duda, un conjunto de causas secundarias y sociales, tal vez previas en la vida de los que piden morir. Al tal efecto, un excelente análisis de estas causas o “factores sociales” que desde fuera contribuyen al deseo de morir, ha sido realizado por Javier de la Torre Díaz<sup>59</sup> y cuya realidad, por desatendida, ha de ser lo primero en atenuar o corregir. Para el autor el deseo de desaparecer emerge, en muchas ocasiones, desde unas determinadas condiciones sociales y personales: “pues en realidad no se quiere morir, sino vivir de otra manera”. El artículo analiza hasta veinte factores que pueden condicionar ese deseo de morir que solo podremos enunciar: la edad y el contexto cultural, la falta real de autonomía, el incremento del poder médico y la dependencia de los galenos, la falta de confianza en el sistema sanitario, el sufrimiento psicosocial más que el dolor físico y la dificultad de manejarlo, la falta de esperanza, la soledad, el aislamiento, la desconfianza, la falta de participación en la sociedad y de sentido de comunidad, el abandono, la depresión, la

falta de cuidados paliativos, la falta de afecto, el temor a ser una carga económica, la presión de los familiares, el cansancio y la falta de cuidados de larga duración, la falta de respeto a la vida frágil y vulnerable, el incremento del poder médico, etc.. Parece obvio afirmar que, para prevenir la eutanasia, son estas negativas condiciones las primeras que las sociedades responsables deben empeñarse en transformar: no son todas las causas de la eutanasia llamada “voluntaria”, pero sí el entorno que, de un modo u otro, la posibilita y la arma.

Sabemos que la enfermedad mental sólo puede entenderse en su complejidad desde un abordaje biopsicosocial. A la luz del modelo de vulnerabilidad en la etiopatogenia de los TM las condiciones materiales de la existencia no sólo se constituyen como variables de riesgo, sino a la vez son fuentes de estrés mantenido, y por ello doblemente implicadas en el entramado explicativo de los TM. Por otro lado, los factores socio-ambientales no sólo influyen en la etiopatogenia de los TM, sino también en su mantenimiento y cronicidad. La intolerancia social, la marginación, el estatus social bajo y las malas condiciones de vida, dificultan enormemente la rehabilitación psicosocial de estas personas, y por ende, hipotecan la integración socio-comunitaria de aquellos que sufren de un TM severo y crónico.

Ante una realidad mental patológica, quizá de larga evolución, agotadora y no exenta de ser influida por alguna de estas causas sociales, ¿cuánto del deseo de morir de estos enfermos nace de una capacidad plena, de una voluntad realmente autónoma?, ¿cuánto de la percepción y pérdida del sentido de la vida?, ¿cuánto de una decepcionante experiencia de soledad, abandono o indiferencia?, ¿cuánto de presión externa, de desesperación, ignorancia o incultura? ¿Reconocen las leyes de eutanasia la injusticia o el abandono social en que muchas de estas voluntades suicidas se han forjado durante años? ¿Es verdaderamente libre y autónomo un enfermo con TM que ha arrastrado una existencia dura, tal vez agotadora, o una depresión interminable, sin el apoyo externo que debiera exigírsele a la sociedad? ¿O se trata de la simple percepción social de “vidas sin valor”, cuya mejor “solución” ahora es hacerles caso y facilitarles mueran?

58 El 19 de enero de 2004, la Academia Católica de Baviera organizó un interesante Coloquio entre Jürgen Habermas y Joseph Ratzinger, entre dos hombres y dos cosmovisiones, publicado por el primero como *Bases pre-políticas del Estado liberal*. En ella, el filósofo mantuvo la necesidad de entendimiento cognitivo y público entre el pensamiento post-secular y la laicidad positiva desde la fe, si las fuentes morales de las democracias se fueren “secando,” a la vista de la situación política europea en cuestión de valores morales. Uno de cuyos desafíos es la eutanasia. No parece que tan nobles desarrollos hayan fructificado.

59 Torre Díaz, J. de la. Eutanasia: los factores sociales del deseo de morir. *Revista Iberoamericana De Bioética*, 2019; 11:1-23. <https://doi.org/10.14422/rib.111.y2019.004>



Ryan T. Anderson<sup>60</sup>, investigador de la *Heritage Foundation*, resume estas cuestiones en tres presupuestos inaceptables de la eutanasia: a) expone a los débiles y vulnerables, “a las personas que más se merecen la ayuda de la sociedad, y se les ofrece, por el contrario, la muerte acelerada”; b) corrompe la práctica de la Medicina y la relación natural médico-paciente, cambiando su saber para curar por técnicas para matar; c) pone en peligro la familia y las promesas intergeneracionales. El suicidio asistido legal envía el mensaje de que los mayores, los discapacitados e incapacitados, son una carga. Respecto a este último presupuesto, el informe anual del Departamento de Salud del estado de Washington, sobre su ley de “muerte digna”<sup>61</sup> de 2018 –limitada al suicidio asistido– informa de que el 51 % de los que recibieron la prescripción letal se veían como una “carga” para sus familiares, amigos y cuidadores.

Para los autores de este trabajo, la sociedad tiene el deber de aceptar plenamente las implicaciones y los costes del cuidado de sus ciudadanos más vulnerables. Para una inmensa proporción de seres humanos, aceptar cualquier forma de eutanasia es una traición a la dignidad humana y a la igualdad de todos ante la ley. Clasificar legalmente a un grupo de personas como “elegibles” para su eliminación viola la promesa del Estado de igualdad ante la ley, que es propia de un verdadero Estado de Derecho, y mucho más importante que un supuesto “derecho” a la muerte<sup>62</sup>. Entenderlo de otro modo recuerda tristemente su paralelismo con la reflexión matriz del jurista Karl Binding y el psiquiatra Alfred Hoche en la década de 1920, y su libro “Permiso para la destrucción de la vida indigna de ser vivida”, que tan graves consecuencias produjo. Se había roto un tabú: se animaba a los médicos a quitar la vida y se defendía el “bien” que suponía la eutanasia para aquellos discapacitados de la república de Weimar, cuyas vidas ya no se consideraban

“dignas de vivir”<sup>63</sup>. Es cierto que aquellas eutanasias –y las posteriores eutanasias nazis que siguieron– no eran voluntarias, sino simples asesinatos legales, impuestos por el totalitarismo ideológico más feroz; y que éstas del siglo XXI son aparentemente voluntarias para muchos pacientes. Pero, en ambos casos, hay un médico que se involucra y se hace responsable moral individual del acto de suprimir una vida humana –al margen de que la ley civil lo permita. Hay un médico que, además, involucra a la profesión con una dimensión nueva, antagónica de su tradición moral y de su imagen protectora del enfermo a las que obviamente ignora. Y hay un médico que, aunque ahora no lo perciba, no se convierte por esto en un avanzado defensor de la compasión humana y la justicia social sino en un buen instrumento del poder político.

## 8. Cuidados paliativos en psiquiatría versus ESA

Como hemos señalado, en Bélgica y Holanda han aumentado dramáticamente los casos de ESA desde su legalización. Como consecuencia esperable la práctica de los cuidados paliativos ha visto disminuida su expansión. A pesar de las promesas de que la legalización de la eutanasia iría acompañada de mejoras significativas en los cuidados paliativos, el hecho es que se fomenta más la eutanasia, un proceso más sencillo, más barato y finalmente rentable para los hospitales. El estudio realizado por Mortier et cols. señala que casi el 40% de los pacientes que recibieron eutanasia no vieron a un especialista en cuidados paliativos<sup>64</sup>. Por otro lado, el deterioro de la salud mental de los europeos parece imparable según la OCDE. A pesar de ello, el gasto de España en sanidad (un 8,8% del PIB) sigue siendo inferior a la media de los países europeos, así como la distribución de recursos en salud mental<sup>65</sup>. Teniendo en cuenta que aun hoy la Psi-

60 Anderson R. Always Care, Never Kill: How Physician-Assisted Suicide Endangers the Weak, Corrupts Medicine, Compromises the Family, and Violates Human Dignity and Equality. Backgrounder 2015; 24, 3004. [http://thf\\_media.s3.amazonaws.com/2015/pdf/BG3004.pdf](http://thf_media.s3.amazonaws.com/2015/pdf/BG3004.pdf)

61 Washington State Department of Health. 2018 Death with dignity. Act Report. <https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/Pubs/422-109-DeathWithDignityAct2018.pdf>

62 Martín-Olalla, Fernando. La eutanasia: un derecho del siglo XXI. Gac. Sanit., 2018;32 (4).381-382

63 Binding, K, Hoche, A. Die Freigabe der Vernichtung Lebensunwerten Lebens : ihr Mass und ihre Form (o “Libertad para la aniquilación de la vida indigna de ser vivida”) (1920). Berlin: BVV Berliner Wissenschafts-Verlag, 2006.

64 Mortier, T., Leiva, R., Cohen-Almagor, R. et al. Between Palliative Care and Euthanasia. Bioethical Inquiry; 2015; 12: 177–178. <https://doi.org/10.1007/s11673-015-9635-7>.

65 OECD/European Union, *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing 2018, Paris/European Union, Brussels, [https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en).

quiatria se considera una disciplina médica de segunda clase por la escasez de sus recursos –en comparación a otras especialidades médicas– ¿podemos asegurar si en España, tras la legalización de a ESA, se seguirá invirtiendo en técnicas psicoterapéuticas cuyo resultado no es tan visible a corto plazo, mientras que tienen un elevado coste? ¿no se optará mejor por enseñar a los pacientes que su mejor opción es suicidarse y ayudarles a ello?

Es interesante recordar que, además del rechazo moral de las más importantes instituciones representativas de la Psiquiatría mundial, la reflexión interna de los psiquiatras busca alternativas a las experiencias rechazables. En efecto, en los últimos años la Psiquiatría Paliativa (PP) empieza a representar un enfoque novedoso que busca mejorar la calidad de vida de estos pacientes y sus familias.<sup>66</sup> Se trata de un enfoque paliativo de los problemas de salud mental en la “enfermedad mental persistente grave o severa (EMPS), cuyo objetivo se centra en la reducción de daños y en evitar la carga de algunas intervenciones psiquiátricas con un impacto cuestionable. Muy brevemente, las características de la Psiquiatría paliativa son: a) proporcionar apoyo para hacer frente y aceptar los síntomas mentales angustiantes, b) afirmar la vida, pero reconociendo que la EMPS puede ser incurable, c) aceptar el curso natural de la enfermedad terminal, sin pretender acelerar ni posponer la muerte, d) integrar los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales en la atención al paciente, e) ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte, f) ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los miembros de la familia a hacer frente la EMPS de los pacientes, g) utilizar un enfoque multidisciplinar para abordar las necesidades de los pacientes y sus familias, h) mejorar la calidad de vida y también influir positivamente en el curso de la EMPS, e i) compatibilizarla con otras terapias orientadas hacia la prevención, curación, rehabilitación o recuperación.

En la realidad, en la EMPS, dentro de una gama de enfoques para el alivio de los síntomas angustiantes –

hasta la sedación como ayuda extrema– la orientación de la Psiquiatría Paliativa posee una cierta analogía con los cuidados paliativos comunes, dado el fracaso curativo de muchos tratamientos psiquiátricos. Lo que en ningún caso quiere significar que se identifique a estos pacientes con los enfermos terminales. Además, por lo que se refiere al objetivo de este trabajo, el interés de la Psiquiatría Paliativa es que, además de proteger la pureza deontológica de la profesión, se puedan reducir las solicitudes de suicidio asistido en los países donde la ESA sea legal.

## 9. Conclusiones

Existe una complejidad extrema en el planteamiento de la ESA en pacientes psiquiátricos tal como hemos visto.

Según los estudios revisados, surgen diversos problemas médicos y éticos específicos respecto a los requisitos indispensables necesarios al evaluar la petición de ESA por una persona con TM-D. Para poder expresar una solicitud voluntaria de eutanasia bien sostenida, la persona ha de tener suficiente conocimiento de su enfermedad y de su pronóstico, y poseer plena capacidad para tomar decisiones tan radicales sobre su vida. En personas con TM-D esta capacidad mental puede perderse; además, el deseo de morir también es un síntoma común de muchos trastornos mentales. El grado de sufrimiento siempre es difícil de precisar, y en Psiquiatría se puede correr el riesgo de que este pesar sea debido a los eventos de la vida cotidiana, es decir, a la “astenia universal” debida a la condición humana, pero no a la enfermedad. Por otro lado, la noción de irreversibilidad e incurabilidad de los TM es a menudo cuestionable, ya que el curso de estos trastornos puede fluctuar y ser difícil de predecir; su pronóstico es a menudo incierto y se deberían haber agotado todas las opciones terapéuticas, hecho infrecuente en psiquiatría, donde los enfermos sin conciencia de enfermedad suelen rechazar los tratamientos. Por último, los enfermos no siempre van a ser bien informados y con precisión sobre sus opciones de tratamiento, fun-

<sup>66</sup> Trachsel M, Irwin SA, Biller-Andorno N, Hoff P, Riese F. Palliative psychiatry for severe persistent mental illness as a new approach to psychiatry? Definition, scope, benefits, and risks. *BMC Psychiatry*, 2016; 16: 260.

damentalmente por no haber sido valorados por un especialista en Salud Mental, como ha venido ocurriendo en los países donde ya se practica la ESA. Además, el estado mental del paciente puede impedirle entender y analizar la información que se le presenta. Al no ser valorados por un psiquiatra se socava, además, el posible beneficio terapéutico del vínculo entre psiquiatra y paciente, tan importante en la clínica cotidiana.

Pensamos que estas reflexiones deben servir de revulsivo para defender la moral médica genuina, sin complejos ni debilidades. Algunos asertos fuertes, claves –los médicos no matan– han de ser convenientemente difundidos desde el interior de la Medicina a la Sociedad. Las leyes civiles no son necesariamente el marco ético, identitario, de la profesión médica; es más, muchas veces conculcan la moral médica y fracturan la fortaleza de los profesionales y los valores que les condujeron a su vocación.

Puesto que la democracia se construye entre todos, y la eutanasia en los enfermos mentales es el fracaso más rotundo de una sociedad, los países no pueden destruir –porque sí, impositivamente– los valores identitarios de una profesión. La exigencia de una objeción de conciencia médica legal<sup>67</sup>, sin leyes estipuladoras ni cláusulas que recorten las libertades morales de los médicos, es el principal requisito para no rebelarse radicalmente frente al mal moral médico que representan las leyes de eutanasia –este es un hecho reconocido por el Consejo de Europa–, y el inquietante plano deslizante que suponen. La profesión debe dejar claro y difundir que el acto médico nunca puede incluir la acción de matar, pero tampoco la intención “oculta” de producirla, por muchas consecuencias positivas que la aceleración de la muerte de un enfermo pueda representar –ya sea la obtención de órganos para trasplantes, las exigencias de una persona que sufre, ya el coste económico de su sobrevivencia, etc.–, situaciones todas respetables, pero que debe prevenir y resolver el poder político sin instrumentar a los médicos.

67 De Santiago Manuel. La objeción de conciencia sanitaria desde la perspectiva deontológica. *Debate Actual, Revista de Religión y Vida pública*, CEU Ediciones, 2009; 10: 42-55. También en “La objeción de conciencia sanitaria desde la perspectiva deontológica”, en *II Curso de cuestiones éticas y deontológicas: objeción de conciencia*. Colegio Oficial de Médicos de Valladolid, 2009.

Los autores de estas reflexiones nos situamos cercanos al pensamiento de Edmund Pellegrino y a la idea de que “no hay eutanasia pequeña”<sup>68</sup>, y de que los médicos y la enfermería, al hacernos profesionales responsables de la salud de los pueblos, adquirimos unos deberes morales concretos, que se convierten en “absolutos morales” médicos<sup>69</sup>, cuya pureza de significado estamos obligados a defender. Por fortuna, la Medicina ha reencontrado la orientación ética para el final de la vida, que sustituye al caduco e injusto concepto de “abandono” o “desahucio” de siglos anteriores. Hoy hemos encontrado una mejor salida, la Medicina Paliativa, y concretamente, la Psiquiatría Paliativa, el tesoro profesional que hace justicia a la dignidad intrínseca del hombre, rico o pobre, en los momentos de mayor vulnerabilidad. Cuidar cuando no se puede curar debe ser la actitud del médico virtuoso, del profesional con valores, que se acerca con el mayor respeto a la realidad del enfermo incurable, llegado el momento –pronto o tarde– de que afronte el misterio de su muerte.

## Referencias

- Albert MM. *Privacidad y derecho a morir. Bioética y nuevos derechos*. Granada: Comares, 2016.
- Analyse du neuvième Rapport de la Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie aux Chambres Législatives - (Années 2018 et 2019). <https://www.ieb-eib.org/docs/pdf/2020-11/doc-1604920101-614.pdf>
- Anderson R. Always Care, Never Kill: How Physician-Assisted Suicide Endangers the Weak, Corrupts Medicine, Compromises the Family, and Violates Human Dignity and Equality. *Backgrounder* 2015; 24, 3004. [http://thf\\_media.s3.amazonaws.com/2015/pdf/BG3004.pdf](http://thf_media.s3.amazonaws.com/2015/pdf/BG3004.pdf)

68 “No hay eutanasia pequeña”, es una expresión ya histórica pues así comenzó su alegato el Fiscal jefe en los juicios de Núremberg contra los 20 médicos nazis acusados de crímenes contra la humanidad” tras la segunda guerra mundial. Queriendo decir que las eutanasias de Weimar, interpretado como “humanismo”, sirvió como preparación a los crímenes del nazismo.

69 *Op.cit.* 64

- Appelbaum PS, Grisso, T. Assessing Patient's Capacities to Consent to Treatment. *NEJM*, 1988; 319 (25): 1635-8.
- Appelbaum PS, Roth LH.: Competency to Consent to Research: a Psychiatric Overview. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1982; 39: 9518.
- Binding, K, Hoche, A. Die Freigabe der Vernichtung Lebensunwerten Lebens : ihr Mass und ihre Form (o "Libertad para la aniquilación de la vida indigna de ser vivida") (1920). Berlín: BWV Berliner Wissenschafts-Verlag, 2006.
- Bórquez E, Gladys, Raineri B, Gina, & Bravo L, Mireya. La evaluación de la «capacidad de la persona»: en la práctica actual y en el contexto del consentimiento informado. *Revista médica de Chile*, 2004; 132 (10): 1243-1248. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004001000013>.
- Callahan D. When Self-Determination Runs Amok. *The Hastings Center Report*, 1992; 22 (2): 52-55. <http://links.jstor.org/sici?sici=0093-0334%28199203%2F04%2922%3A2%3C52%3AWSRA%3E2.0.CO%3B2-U>.
- Comité de Bioética de Cataluña. El respeto a la voluntad de la persona con trastorno mental y/o adicción. Documento de voluntades anticipadas y planificación de decisiones anticipadas. Diciembre 2017. [https://cansalut.gencat.cat/web/\\_content/\\_Sistema\\_de\\_salut/CBC/recursos/documents\\_tematica/respeto\\_voluntad\\_persona\\_mental.pdf](https://cansalut.gencat.cat/web/_content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/respeto_voluntad_persona_mental.pdf).
- Communiqués de presse de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie. Euthanasie chiffres 2018-2019. 22 de octubre de 2020. [https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/cfcee\\_rapport-2018-2019\\_communiquepresse.pdf](https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/cfcee_rapport-2018-2019_communiquepresse.pdf)
- Congregación para la doctrina de la fe. Carta Samaritanus bonus. Sobre el cuidado de las personas en las fases críticas y terminales de la vida. [http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_20200714\\_samaritanus-bonus\\_sp.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20200714_samaritanus-bonus_sp.html)
- D'Agostino F. Bioética. *Estudios de filosofía del Derecho*. Ediciones Internacionales Universitarias. Madrid, 2003.
- De Santiago Manuel. La objeción de conciencia sanitaria desde la perspectiva deontológica. *Debate Actual, Revista de Religión y Vida pública*, CEU Ediciones, 2009; 10: 42-55. También en "La objeción de conciencia sanitaria desde la perspectiva deontológica", en *II Curso de cuestiones éticas y deontológicas: objeción de conciencia*. Colegio Oficial de Médicos de Valladolid, 2009.
- 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) 17:203 DOI 10.1186/s12888-017-1369-0.
- Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Euthanasia in Belgium: trends in reported cases between 2003 and 2013. *CMAJ*. 2016;188(16): E407-E414. doi:10.1503/cmaj.160202
- Doernberg SN, Peteet JR, Kim SYH. Capacity Evaluations of Psychiatric Patients Requesting Assisted Death in the Netherlands. *Psychosomatics*. 2016 ; 57(6): 556-565. doi:10.1016/j.psych.2016.06.005
- Euthanasia. American Medical Association. Code of Medical Ethics Opinion 5.8 Web site. <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/euthanasia>. Accessed 16 Apr. 2019.
- García-Sánchez E. La autonomía del paciente como justificación moral de la eutanasia. Análisis de su instrumentalización y perversión. *Scripta Theologica*, 2019; 51: 295-329. DOI 10.15581/006.51.2.295-329
- Gotlib I, Hammen C. (2002). *Handbook of Depression*. New York: Guilford Press; 2002
- Hermida C. *Vida privada y eutanasia: el caso Koch contra Alemania*. Bioética y nuevos derechos. Granada: Comares, 2016.
- Ivereigh A, De La Cierva, Valero J. Cómo defender la fe sin levantar la voz. Ed. Palabra. 8ª edición, febrero 2019. Desde otra perspectiva, Fernando Marín-Olalla: "La eutanasia: un derecho del siglo XXI", *Gaz. Sanit.*, 2018; 32 (4): 381-382.
- Kant I. *Lecciones de Ética*. Editorial Crítica, Grupo Grijalbo, 1988.

- Katona C, Chiu E, Adelman S, Baloyannis S, et al. World Psychiatric Association section of old age psychiatry consensus statement on ethics and capacity in older people with mental disorders. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009; 24: 1319–1324. T.
- Keown, J. Euthanasia examined. Ethical, clinical and legal perspectives. Cambridge, University Press, 1995.
- Kim SYH, De Vries R, Peteet JR: Euthanasia and Assisted Suicide of Patients with Psychiatric Disorders in the Netherlands 2011–2014. *JAMA Psychiatry*. 2016 April; 73(4): 362–368. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.2887.
- Kious BM, Battin MP. Response to Open Peer Commentaries on “Physician Aid-in-Dying and Suicide Prevention in Psychiatry.” *Am J Bioeth*. 2019;19:W14-W17.
- Krahn G. Reflections on the debate on disability and aid in dying. *Disabil Health J*. 2010; 3 (1): 51–5.
- Lampert Grassi MP. Aplicación de la Eutanasia: Bélgica, Colombia, Holanda y Luxemburgo. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Asesoría Técnica Parlamentaria. Abril 2019. N° SUP: 119875. [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27089/1/BCN\\_Eutanasia\\_Belgica\\_\\_Colombia\\_Holanda\\_Luxemburgo\\_FINAL.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27089/1/BCN_Eutanasia_Belgica__Colombia_Holanda_Luxemburgo_FINAL.pdf)
- Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. BOE núm. 72. 25 de marzo de 2021: 34037- 34049. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>
- Martín-Olalla, Fernando. La eutanasia: un derecho del siglo XXI. *Gac. Sanit.*, 2018;32 (4).381-382.
- Mortier, T., Leiva, R., Cohen-Almagor, R. et al. Between Palliative Care and Euthanasia. *Bioethical Inquiry*; 2015; 12: 177–178. <https://doi.org/10.1007/s11673-015-9635-7>
- OECD/European Union, *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing 2018, Paris/European Union, Brussels, [https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en)
- Pellegrino ED. Ethics and the moral center of the medical enterprise. *Bull N Y Acad Med*. 1978; 54(7): 625-640.
- Pereira, J: Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls. *Curr Oncol*. 2011; 18 (2): e38–e45. doi:10.3747/co.v18i2.883):e38–e45.
- Pies RW, Hanson AI, Komrad MS y Geppert, C MA: PAS versus Involuntary Commitment: is a Moral Dilemma? *Psychiatric Times*, 29 octubre 2019. <https://www.psychiatristimes.com/view/pas-versus-involuntary-commitment-there-moral-dilemma>
- Posicionamiento de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre la proposición de Ley Orgánica sobre la regulación de la eutanasia. [http://www.sepsiq.org/file/Grupos%20de%20trabajo/SEP-Posicionamiento%20Eutanasia%20y%20enfermedad%20mental-2021-02-03\(1\).pdf](http://www.sepsiq.org/file/Grupos%20de%20trabajo/SEP-Posicionamiento%20Eutanasia%20y%20enfermedad%20mental-2021-02-03(1).pdf)
- Posicionamiento del Consejo General de Colegios de Médicos (CGCOM) ante la eutanasia y el suicidio asistido (Asamblea General, Melilla, 2018). [https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/np\\_eutanasia\\_21\\_05\\_18.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/np_eutanasia_21_05_18.pdf)
- Puppink G. Mi deseo es la ley. Editorial Encuentro, 2020.
- Regional Euthanasia Review Committees (RTE). Annual Report 2019. <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>
- Semahegn, A., Torpey, K., Manu, A. et al.: “Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev* 2020; 9: 17. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-1274-3>
- Simón-Lorda, P, Barrio Cantalejo IM. La eutanasia en Bélgica *Rev Esp Salud Pública* 2012;86, 5-19
- Simon-Lorda, P.: La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2008; 28 (2): 327-350. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352008000200006&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000200006&lng=es&nrm=iso)
- Snyder Sulmasy L, Mueller PS, Ethics, Professionalism and Human Rights Committee of the American College of Physicians. Ethics and the Legalization of Physician-Assisted Suicide: An American College of Physicians Position Paper. *Ann Intern Med*. 2017;167(8):576–78.

- Steck N, Egger M, Maessen M, Reisch T, Zwahlen M. Euthanasia and assisted suicide in selected European countries and US states: systematic literature review. *Med Care* 2013; 51: 938–44.
- Thienpont L, Verhofstadt M, Van Loon T, Distelmans W, Audenaert K, De Deyn PP. Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study. *BMJ Open*. 2015; 5: e007454–8.
- Torre Díaz, J. de la. Eutanasia: los factores sociales del deseo de morir. *Revista Iberoamericana De Bioética*, 2019; 11:1-23. <https://doi.org/10.14422/rib.i11.y2019.004>
- Trachsel M, Irwin SA, Biller-Andorno N, Hoff P, Riese F. Palliative psychiatry for severe persistent mental illness as a new approach to psychiatry? Definition, scope, benefits, and risks. *BMC Psychiatry*, 2016; 16: 260.
- Tuffrey-Wijne I, Curfs L, Finlay I, Hollins S. : Euthanasia and assisted suicide for people with an intellectual disability and/or autism spectrum disorder: an examination of nine relevant euthanasia cases in the Netherlands (2012–2016). *BMC Medical Ethics* (2018) 19:17 <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0257-6>.
- Verhofstadt M, Thienpont L, GY Peters. When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia: qualitative study. *Br J Psychiatry*. 2017; 211(4): 238–245. doi: 10.1192/bjp.bp.117.199331
- Washington State Department of Health. 2018 Death with dignity. Act Report. <https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/Pubs/422-109-DeathWithDignityAct2018.pdf>
- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharm* 2011; 21: 655–79.