

SALUD
CIENCIAS SOCIALES
HUMANIDADES

REVISTA
FOLIA
HUMANISTICA



Fundación
Letamendi
Foms

2022, núm 8 Vol. 2

ISSN: 2462-2753

SUMARIO

TEMA DEL DIA

Pág.

CONFLICTO DE INTERESES EN LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

1

Morlans Molina M., Ramos Pozón S., Robles Olmo B., Montero Delgado F.

PENSAMIENTO ACTUAL

EUTANASIA, ÉTICA, DIGNIDAD, COMPASIÓN Y ATENCIÓN PRIMARIA

21

Coscollar Santaliestra C.

EUTANASIA Y ENFERMEDAD MENTAL: EL PROBLEMA DEL SUFRIMIENTO

37

Medrano Albéniz J., Uriarte Uriarte JJ.

ARTE, SALUD Y SOCIEDAD

¿ES BUENO SER REY?

50

Mateo-Sagasta A.

Codirectores

Marc Antoni Broggi i Trias (PCBC)
Alexandra Albarracín Castillo

Responsable de Redacción

Beatriz Gutiérrez Muñoz

Consejo científico

Francesc Borrell-Carrió
Juan Carlos Hernández Clemente
Juan Medrano Albéniz
Vicente Morales Hidalgo

Correspondencia

Web:

<http://www.fundacionletamendi.com>

Correo electrónico:

info@fundacionletamendi.com

Envío de manuscritos:

[http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
liahumanistica/envio-de-manuscritos/](http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
liahumanistica/envio-de-manuscritos/)

Información editorial

Folia Humanística publica artículos por encargo solicitados a especialistas, así como aquellas propuestas enviadas por los autores y aceptadas tras su evaluación por pares de académicos especializados.

Los textos recibidos se publicarán en la lengua original (castellano, catalán, inglés y francés); los que se consideren de relevancia mayor serán traducidos al inglés y castellano.

Los artículos deben ser originales y acompañados del documento “derechos de autor” que encontrarán en la web, junto a las normas de presentación a seguir.

Cada artículo publicado al final tendrá especificado la referencia de citación, donde se incluirá el número DOI ®.

Distribución

La Revista *Folia Humanística* es de libre acceso a consultar online.

<http://www.fundacionletamendi.com/category/revista/>

Folia Humanística es una revista internacional que tiene el doble objetivo de fomentar, por un lado, la reflexión y el debate público en el ámbito de la Salud, Ciencias Sociales y Humanidades, y por el otro, la colaboración entre distintos equipos de investigación nacionales e internacionales que dinamicen el diálogo entre la filosofía de la medicina, la salud pública y la justicia social. Dividida en “Tema del día”, (artículos para el debate), “Pensamiento actual”, (artículos críticos de novedades editoriales), y “Arte, Salud y Sociedad”, la revista se esfuerza en fortalecer las conexiones entre la investigación académica, la práctica clínica, las experiencias de los pacientes y sus implicaciones éticas y estéticas en la sociedad. Todo ello con la intención de favorecer la reflexión entre diferentes disciplinas sobre temas de actualidad y las tendencias más novedosas en el campo de las Humanidades y la Salud.

Folia Humanística is an International Journal, born with the dual aim of fuelling the discussion and public debate on issues of health, social sciences and humanities and on the hand, of fostering cooperation between various research groups, both national and International, to spur the dialogue between philosophy and medicine, public health and social justice. The Journal is divided into three different sections: “main focus” (article for debate), “Contemporary thought” (critical reviews of new Publications) and “Arts, Health and Society” which all contribute to strengthening the links between academic research, clinical practice, the experience of patients and their ethical and esthetical implications for society. Ultimately, the intention of the Journal is to promote reflection at the crossroads of several disciplines on topical issues and new trends in humanities and health.

EUTANASIA Y ENFERMEDAD MENTAL: EL PROBLEMA DEL SUFRIMIENTO

Juan Medrano Albéniz

José Juan Uriarte Uriarte

Resumen: La Ley 3/2021 de regulación de la eutanasia no excluye de este derecho a las personas con enfermedad mental y su redacción actual hace pensar que serán pocas las que cumplan los criterios para la prestación de ayuda a morir. No obstante, es posible que en el futuro sea modificada de manera que más personas con enfermedad mental puedan solicitar y obtener la PAM sobre la base de un sufrimiento psíquico. Este concepto es problemático porque es difícil separarlo de los síntomas de la propia enfermedad, como se verifica en la casuística de otros países que tienen regulada la eutanasia.

Palabras clave: Eutanasia - prestación de ayuda para morir - sufrimiento psíquico – suicidio – demencia – enfermedad mental grave.

Abstract: EUTHANASIA AND MENTAL DISEASE: THE PROBLEM OF SUFFERING

Law 3/2021 regulating euthanasia does not exclude people with mental illness, but its current wording suggests that there will be few who meet the criteria established by law. However, it is possible that in the future this Law would be modified, and more people with mental illness could request and obtain aid in dying on the basis of mental suffering. This concept is problematic because it is difficult to separate subjective suffering from the symptoms of the disease itself, as verified in the casuistry of other countries that have regulated euthanasia.

Key words: Euthanasia - assistance in dying - mental suffering – suicide – dementia – severe mental disease.

El 25 de junio de 2021 entró en vigor la [Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia \(LORE\)](#) (1) que despenaliza en nuestro país el suicidio asistido y la eutanasia, y los convierte en prestaciones sanitarias con el nombre global de “prestación de ayuda a morir” (PAM). La norma (Art. 3) prevé dos supuestos para la solicitud y aplicación de la PAM en personas que hayan sido consideradas capaces de tomar la decisión:

b) *«Padecimiento grave, crónico e imposibilitante»: situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a*

persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico.

c) «Enfermedad grave e incurable»: la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.

Dado que la LORE no hace ninguna consideración específica sobre el colectivo, la PAM es aplicable, en primer lugar, a personas con trastorno mental (PTM) con padecimientos físicos o sufrimiento que encajen en los supuestos previstos por la ley y, en segundo lugar, a las PTM cuya enfermedad mental encaje en dichos supuestos. Esta matización es importante, porque hasta 2023 la legislación canadiense excluye las enfermedades mentales de los supuestos de PAM (allí, “ayuda médica para morir”). A la luz de la redacción de la LORE, sería discriminatorio que se denegara la PAM por enfermedad física a una PTM capaz, pero surge la duda de si los supuestos de la LORE son aplicables a las enfermedades mentales. Habría que dejar al margen, lógicamente, la demencia, que con sus problemas y dilemas recae también (a veces exclusivamente) en otras especialidades como Neurología o Geriátrica, pero que entraña una situación terminal e irreversible, unas dificultades de comunicación y una discapacidad y dependencia reconocibles en la redacción de la ley.

Comenzaremos por el segundo supuesto de la LORE: la gravedad de algunos cuadros psiquiátricos es innegable y, de hecho, se ha generalizado el concepto de TMG (Trastorno Mental Grave) para referirse a ciertos diagnósticos combinados con evolución desfavorable y discapacidad asociada. Otra cuestión es cómo se entiende esa gravedad y si puede asimilarse a, por ejemplo, una Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) o una neoplasia, cuadros clásicamente vinculados en la casuística y en el imaginario a las solicitudes de PAM.

A su vez, la incurabilidad no está claramente definida en Psiquiatría, donde se prefiere el concepto de “resistente”, o incluso “refractario”, al de “incurable”, y donde

es más que raro que sus profesionales desistan de seguir intentando alternativas terapéuticas. Tales alternativas están apoyadas muchas veces en guías para el tratamiento de esos trastornos “*resistentes*” que contemplan todo tipo de intervenciones; así se plantean combinaciones de procedimientos psicoterápicos, farmacológicos, físicos o quirúrgicos; con o sin indicación; rutinarios o (semi)experimentales. Al contrario que otros especialistas, como decía hace ya 20 años Pablo Malo (2), “*los psiquiatras no se rinden nunca*”. Por otra parte, no hay enfermedades mentales que conlleven una reducción previsible del pronóstico de vida, salvo en el caso de PTM con adicciones en las que lo que determina el pronóstico no es la adicción en sí, sino sus consecuencias somáticas (encefalopatía VIH, cirrosis hepática, EPOC o neoplasia por tabaquismo, por ejemplo). Queda, pues, la cuestión del sufrimiento, que no es menor si consideramos que, aunque no sea sencillo formularlo con una mínima seguridad, el pronóstico de algunas patologías psiquiátricas es claramente desfavorable, en tanto que, por ejemplo, las formas más graves de depresión pueden asociarse a una “*fragilidad progresiva*”, ya sea por el propio curso de la enfermedad, ya sea por factores (reducción de la alimentación, riesgo cardiovascular asociado). Lo mismo puede decirse del cuadro psiquiátrico más psicofísico: la anorexia nerviosa.

En relación con el primer supuesto de la LORE, hay enfermedades mentales graves y crónicas y también “*imposibilitantes*” (una traducción del “*disabling*” de otras legislaciones que parece destinada a evitar “*discapacitantes*”, pues connota negativamente a la discapacidad). Es cierto que algunas patologías psiquiátricas inciden en actividades de la vida diaria causando discapacidad, pero es extraordinario que la persona llegue a no poder valerse por sí misma. Y es más que difícil de concebir una situación psiquiátrica que entrañe la “*dependencia absoluta de apoyo tecnológico*”. Es costoso pensar en una enfermedad mental que limite de manera continuada la “*capacidad de expresión y relación*”. Aunque las condiciones son sumatorias (es decir, deben darse simultáneamente una “*imposibilidad*” una dependencia de apoyo tecnológico y una limitación de la capacidad de expresión y

relación), aparece de nuevo el sufrimiento psíquico, que la LORE establece debe ser “*constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable*”.

En cualquiera de los dos supuestos, hay que plantearse hasta donde es esto sostenible en Psiquiatría, especialmente, porque el sufrimiento es justamente el núcleo de muchas patologías psiquiátricas y lo que pone en marcha actos suicidas que tanto la Psiquiatría como un creciente clamor político y social pretenden prevenir y evitar. ¿Cómo asumir que algo que en la práctica habitual debe solucionarse se pueda convertir en un motivo para ayudar a morir? ¿Cuándo el sufrimiento de una PTM ha de ser aceptado como motivo de PAM por la especialidad que “no se rinde nunca”? El cuestionamiento al respecto no es un mero ejercicio intelectual, puesto que no es imposible que la LORE se modifique con el paso del tiempo de modo que la PAM para personas con enfermedades mentales sea algo más que un supuesto teórico que suscita planteamientos éticos y filosóficos.

Acudir a la experiencia en otros países podría ser de ayuda. Las normas que inicialmente despenalizaron la eutanasia y el suicidio asistido se centraban en enfermedades físicas y terminales, como la pionera *Death with Dignity Act* de Oregon (EEUU) sobre suicidio asistido. Sin embargo, pronto otros países (Benelux) adoptaron como causa de estas intervenciones un criterio subjetivo de sufrimiento parangonable al elegido por la LORE. Se posibilitó así el acceso a lo que nuestra legislación ha dado en llamar PAM para personas con patologías *imposibilitantes* (discapacitantes), no terminales, PTM o, potencialmente, otros grupos de pacientes. En 2015, una encuesta realizada por Bolt y colaboradores (3) entre médicos neerlandeses, encontró que la mayor parte estaría de acuerdo en proveer eutanasia o suicidio asistido a pacientes con cáncer (85%) u otra enfermedad física avanzada (82%), un tercio aceptaría estas actuaciones en PTM y en el caso de la demencia incipiente y en la demencia avanzada el porcentaje se situaría en el 40% y el 29-33%, respectivamente. Un 27% consideraba aceptable la PAM para personas cuya queja fuera que están cansados de vivir. Y en

esa línea se llegó a contemplar en 2016 -en Países Bajos- la posibilidad de PAM para personas que sientan que su vida llegó a su fin y deseen morir, aunque no estuvieran enfermos (4). En un escrito remitido al Parlamento por los entonces ministros de Sanidad y Justicia se afirmaba que *“las personas que estén convencidas de que su vida terminó deberían poder ponerle fin de una forma digna, de acuerdo a unos criterios estrictos y cautos”*. Se reservaría la medida a las personas de edad avanzada, ya que, según expresaban los ministros, el sentimiento de *“vida realizada se presenta principalmente en las personas de edad”*.

Las estadísticas disponibles sobre su aplicación en Países Bajos indican que la PAM por demencia se encuentra en torno al 2% y por enfermedad mental grave, en el 1% (5), la tendencia al aumento de muertes por PAM hace que también haya habido un incremento gradual de PTM fallecidas por este procedimiento. Sin embargo, ya en 2020, las 88 PAM relacionadas con enfermedad mental supusieron el 1,26% del total (6), en tanto que en 2021 las PAM en personas con demencia no avanzada representaron el 2,6% de las muertes totales (206 sobre 7666) y las motivadas por enfermedad mental ascendieron al 1,5% (115 sobre 7666) (7), un repunte que el tiempo dirá si es coyuntural o refleja una tendencia al alza de las PAM en las que el motivo de solicitud fue esencialmente una patología mental. Los diagnósticos (es decir, el trastorno psiquiátrico que puso en marcha la petición y realización de la PAM) son variados e incluyen cuadros que no se identifican habitualmente como graves, lo que de nuevo remite a que lo determinante es el sufrimiento alegado por la persona (8). Este sufrimiento, al que Lengvenyte y colaboradores identifica como *“dolor psicológico”*, tendría las siguientes dimensiones: impresión de irreversibilidad de la situación, vivencia de pérdida de control, sensación de vacío, desbordamiento emocional, pérdida de actividad o motivación, aislamiento social, heridas narcisísticas, dificultades cognitivas en el día a día, e impresión de cambio radical en la propia personalidad (8).

Por otra parte, van Veen y colaboradores (9) indican que la sensación de irreversibilidad del sufrimiento que lleva a PTM a pedir la de PAM se asocia a tres

temas fundamentales: incertidumbre sobre el diagnóstico, pronóstico y posibilidades de recuperación; esperanza / desesperanza; y aceptación o rechazo del tratamiento. Este último elemento podría sorprender, pero más del 50% de las PTM fallecidas por PAM del estudio de Lengvenyte y colaboradores ya citados (8) tenían antecedentes de rechazo del tratamiento. Aunque habrá también pacientes oncológicos que mueren por PAM y que habrán rechazado el tratamiento, la analogía con las PTM no es exacta si consideramos el diferente pronóstico vital, el riesgo de dependencia a medio plazo y la toxicidad de las terapias oncológicas en relación la con la enfermedad mental y sus tratamientos. Como contrapartida, las guías del organismo equivalente a lo que en nuestro país es la Organización Médica Colegial en Bélgica, indican que *“no debe concluirse que una enfermedad mental es incurable o no tiene visos de mejorar a menos que se hayan ensayado todos los tratamientos posibles basados en la evidencia”*, por lo que en caso de que un paciente rechace *“ciertos tratamientos basados en la evidencia, los médicos no podrán aplicar la eutanasia”* (10).

Otra visión para conceptualizar el sufrimiento de origen psiquiátrico y su condición de irreversible o irremediable es indagar sobre la opinión de los profesionales que han participado en evaluaciones de demandas de PAM por esta causa, como hacen van Veen y colaboradores en un reciente artículo (11) que recoge los resultados de las entrevistas semiestructuradas a las que respondieron once psiquiatras holandeses con experiencia en el campo. Sus opiniones demuestran las limitaciones de la psiquiatría a la hora de establecer diagnósticos, pronósticos y, probablemente, tratamientos razonables:

“Todos conocemos ejemplos de personas con, por ejemplo, depresión resistente al tratamiento, a la que más o menos hemos renunciado... y luego, unos años después, para tu sorpresa, descubres que han encontrado el camino y se han recuperado. Eso hace que [establecer un sufrimiento psiquiátrico irremediable] sea muy difícil”.

“Creo que [en psiquiatría] es muy complicado [establecer una situación clínica como irremediable]; con cáncer simplemente lo sabes. La quimioterapia no funciona, no hay otras opciones y luego el tumor comienza a crecer y luego...”
“[Hiperbólicamente] creo que, si el mismo paciente es atendido por 10 psiquiatras diferentes, obtendrás 10 opiniones completamente diferentes [en la descripción del paciente y la percepción de que se trate o no de una situación clínica irreversible]”.
(Participante 7 de las entrevistas semiestructuradas) Y prosiguen:

“Solo tenemos que aceptar que siempre habrá cierto grado de incertidumbre. En el momento en que yo, como psiquiatra independiente, digo: “Creo que se han cumplido los criterios legales”, surge una incertidumbre. Hay un intervalo de confianza a su alrededor. ... Debido a que se trata de una elección dicotómica de vida o muerte, queremos una certeza absoluta del 100% ... Pero esto no es posible”. (Participante 8)

El pronóstico no solo es incierto, sino que enlaza con el éxito del tratamiento y, de nuevo, con el momento, al parecer difícil de establecer en la especialidad, en la que no queda ya procedimiento, técnica o combinación que ensayar o tecla que tocar:

“En psiquiatría, casi nunca se da el caso de que no haya ninguna opción de tratamiento, también se puede brindar atención basada en la recuperación, atención de apoyo o atención clínica a largo plazo con actividades diurnas. Quiero decir, siempre hay alguna forma de atención posible. Porque la gente generalmente no muere por eso”. (Participante 10)

“Casi nunca es posible predecir nada en psiquiatría. ... Y, al mismo tiempo, también creo que es un poco cobarde seguir diciendo que [siempre hay opciones de tratamiento], porque eso no te lleva a ninguna parte. ... Creo que, en última instancia, no ayudas a las personas con este punto de vista”. (Participante 7)

“Nuestras pautas basadas en evidencia [se basan en personas que querían recibir tratamiento], nunca se ha demostrado que un tratamiento pueda ser efectivo si alguien no lo quiere en absoluto. Independientemente de si es factible en la práctica.

Entonces, creo que hay una gran tensión allí para la que nuestra profesión no tiene respuesta”. (Participante 4)

Uno de los participantes abunda en la idea de que conocer que existe la opción de la eutanasia puede ser tranquilizador para los pacientes:

“Creo que la motivación de alguien puede verse influenciada cuando la eutanasia resulta ser una posibilidad real si nada funciona. Y si usted, como paciente, se atreve a confiar en que esta posibilidad, la eutanasia, está al final del túnel, entonces puede continuar ese túnel por un poco más de tiempo”. (Participante 10)

Si analizamos todos estos elementos, y salvo por el hecho de que fallecen más mujeres que varones, nos encontramos con elementos comunes entre la PAM en PTM y lo que en un estudio sobre la materia Calati y colaboradores (12) llaman “suicidio tradicional”. Las causas más frecuentes son en ambos casos la depresión y los trastornos de la personalidad; por otra parte, el “sufrimiento psíquico intolerable” aducido es superponible a lo que sienten una mayoría de las personas que recurren al suicidio “tradicional”, hasta el punto de que las PTM que solicitan u obtienen PAM se asemejan mucho a las que fallecen por suicidio, incluso en el perfil psicopatológico. Por ello, los autores apuntan el riesgo de sustituir en las PTM los suicidios por PAM, remarcando que si bien las personas que solicitan y obtienen PAM por causas somáticas (cáncer) suelen tener una clara autodeterminación y control, las PTM con clínica y sufrimiento persistente y activo que puede originar ideación suicida no siempre cumplen ese perfil. Esto lleva a la paradoja, de nuevo, de que el “sufrimiento psicológico intolerable” es al mismo tiempo un objetivo de los programas de prevención de suicidio, y un criterio para obtener PAM. Asimismo, un sufrimiento psicológico insoportable puede limitar la capacidad de autodeterminación y control (es decir, de toma racional de decisiones y, por ende, la capacidad), y por consiguiente excluiría la posibilidad de PAM. Por fin, algunos correlatos del sufrimiento, como el acceso a recursos económicos o de apoyo -recuérdese que el aislamiento social figura como determinante en el estudio de Lengvenyte y colaboradores (8)- pueden cambiar con el tiempo y modificar sensiblemente esa percepción.

Los mismos autores, tras revisar la casuística de Países Bajos, encuentran que un porcentaje de pacientes que tras solicitar PAM no llegan a dar el paso (13). Esto suele interpretarse como que para algunas personas saber que podrían recurrir en algún momento a la PAM anima a continuar con un tratamiento que hasta entonces ha podido resultar infructuoso y agotador, pero que contrasta con lo que sucede con las personas con cáncer avanzado, donde no suele darse este fenómeno, tal vez porque no hay cambios esperables ni espontáneos en la enfermedad ni en las circunstancias externas. Un último elemento de complejidad es la evaluación de la capacidad de la PTM que solicita la PAM. El enfoque y las herramientas que propone el Manual de Buenas Prácticas en Eutanasia (14) -MiniMental, *Aid to Capacity Evaluation* (ACE) (15), Herramienta MacArthur de Evaluación de la Capacidad para Tratamiento (MacCAT-T) (16)- se centran, como es habitual en este tipo de valoraciones, en aspectos esencialmente cognitivos, pero que para algunos autores (17) minusvaloran factores psicológicos, emocionales y biográficos que deberían tomarse en cuenta.

CONCLUSIONES

En este somero repaso, se han identificado diversos problemas en torno a la PAM en PTM. Algunos, como una certera valoración de la capacidad, son aplicables a todas las personas que solicitan PAM, y pueden ser especialmente complicados en la demencia (18). Otros aluden específicamente a la Psiquiatría, como la incurabilidad de las enfermedades mentales o la viabilidad de continuar ensayando tratamientos. Pero tal y como está redactada y concebida la LORE, quedan en un segundo plano, ante la relevancia que cobra el sufrimiento; y pensando en la aplicación práctica de la ley en el futuro, (y no olvidemos se va construyendo desde el presente), habría de separarse el sufrimiento como síntoma de enfermedad mental del sufrimiento vital o derivado de otras causas. También sería necesario verificar si ha sido posible emplear los necesarios procedimientos terapéuticos, e incluso sociosanitarios, para mitigarlo. Esto es esencial no solo para evitar que la ideación suicida de origen psicopatológico

dé lugar a PAM, o para que la práctica psiquiátrica no deba convivir con la contradicción de prevenir unas muertes y facilitar otras, sino, sobre todo, para no confundir la ayuda a los pacientes con el abandono de toda esperanza. Por parte de quien sufre la enfermedad y de quien debe tratarla. Uno de los argumentos para ampliar la PAM a las PTM en Canadá (19) ha sido que excluirlas sería discriminatorio. Nada, en realidad, sería más discriminatorio que facilitar la eutanasia o el suicidio asistido a personas cuyo sufrimiento psicológico pueda aliviarse.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley Orgánica 3/2021 de 24 de marzo de regulación de la eutanasia (BOE n.72 de 25.03.2021). Accesible (verificado en mayo de 2022) en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-4628
2. Malo P. Los psiquiatras nunca se rinden. Txori-Herri Medical News n. 88, 31 de julio de 2001. En Malo P, Medrano J, Uriarte JJ. THMNews. Los Editoriales, pp 223-225. Accesible (verificado en mayo de 2022) en: <http://www.txorisherri.com/THMkuark0106.pdf>
3. Bolt EE, Snijdewind MC, Willems DL, et al. Can physicians conceive of performing euthanasia in case of psychiatric disease, dementia or being tired of living? J Med Ethics 2015;4(8):592-8. DOI: 10.1136/medethics-2014-102150. Accesible (verificado en mayo de 2022) en: <https://jme.bmj.com/content/41/8/592>
4. Anónimo. Holanda propone ampliar la eutanasia a quienes estén cansados de vivir. El Mundo, 13 de octubre de 2016. Accesible (verificado en mayo de 2022) en: <https://www.elmundo.es/sociedad/2016/10/13/57ffc565ca4741cc1c8b4602.html>
5. EFE. En Holanda se practicaron 5.516 eutanasias en 2015, 56 a pacientes con trastornos psiquiátricos. El Mundo, 14 de mayo de 2016. Accesible (verificado

en mayo de 2022) en:

<https://www.elmundo.es/sociedad/2016/05/14/57375dcfe2704efb1a8b461e.html>

6. Boztas S. Highest ever number of euthanasia procedures in 2020. Dutch News, 23 de abril de 2021. Accesible (verificado en mayo de 2022) en: <https://www.dutchnews.nl/news/2021/04/highest-ever-number-of-euthanasia-procedures-in-2020/>
7. Anónimo. Euthanasia deaths rise again in 2021, most patients had terminal cancer. Dutch News, 31 de marzo de 2022. Accesible (verificado en mayo de 2022) en: <https://www.dutchnews.nl/news/2022/03/euthanasia-deaths-rise-again-in-2021-most-patients-had-terminal-cancer/>
8. Lengvenyte A, Strumila R, Courtet P, Kim SYH, Olié E. "Nothing Hurts Less Than Being Dead": Psychological Pain in Case Descriptions of Psychiatric Euthanasia and Assisted Suicide from the Netherlands: «Rien ne fait moins mal qu'être mort»: La douleur psychologique dans les descriptions de cas d'euthanasie et de suicide assisté psychiatrique aux Pays-Bas. Can J Psychiatry 2020;65(9):612-620. DOI: 10.1177/0706743720931237. Accesible (verificado en mayo de 2022) en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0706743720931237>
9. van Veen SMP, Ruissen AM, Widdershoven GAM. Irremediable Psychiatric Suffering in the Context of Physician-assisted Death: A Scoping Review of Arguments: La souffrance psychiatrique irrémédiable dans le contexte du suicide assisté: Une revue étendue des arguments. Can J Psychiatry 2020;65(9):593-603. DOI:10.1177/0706743720923072. Accesible (verificado en mayo de 2022) en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0706743720923072>
10. Ordre des Médecins. Directives déontologiques pour la pratique de l'euthanasie des patients en souffrance psychique à la suite d'une pathologie psychiatrique. Belgique. Accesible (verificado en mayo de 2022) en:

<https://ordomedic.be/fr/avis/ethique/euthanasie/directives-deontologiques-pour-la-pratique-de-l-euthanasie-des-patients-en-souffrance-psychique-a-la-suite-d-une-pathologie-psychiatrique>

11. van Veen SMP, Ruissen AM, Beekman ATF, Evans N, Widdershoven GAM. Establishing irremediable psychiatric suffering in the context of medical assistance in dying in the Netherlands: a qualitative study. *CMAJ* 2022; 194 (13) E485-E491; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.210929>. Accesible (verificado en mayo de 2022) en: <https://www.cmaj.ca/content/194/13/E485>
12. Calati R, Olié E, Dassa D, et al. Euthanasia and assisted suicide in psychiatric patients: A systematic review of the literature. *J Psychiatr Res* 2021;135:153-173. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2020.12.006. Accesible (verificado en mayo de 2022) en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022395620311146>
13. Thienpont L, Verhofstadt M, Van Loon T, et al. Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study. *BMJ Open* 2015; 5: e007454. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-007454. Accesible (verificado en mayo de 2022) en: <https://bmjopen.bmj.com/content/5/7/e007454.full>
14. Comité Técnico. Manual de buenas prácticas en eutanasia Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Ministerio de Sanidad, 2021. Accesible (verificado en mayo de 2022) en: https://www.sanidad.gob.es/en/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf
15. Anexo: Instrumento de Ayuda para la Evaluación de la Capacidad Resumido de: Joint Centre for Bioethics. Aid To Capacity Evaluation (ACE) (en línea). *Evidencia* 2012;15(1):17-8. Accesible (verificado en mayo de 2022) en: <https://www.fundacionmf.org.ar/files/fa5fcc1287de9e47f3ee26180726a782.pdf>
16. Ventura T, Navío M, Álvarez I, Baón B, Grupo Investigación Servet. Herramienta de Evaluación de la Capacidad para Tratamiento (MacCATT) de Thomas Grisso y Paul S. Appelbaum. Madrid: Panamericana, 2014.

Accesible (verificado en mayo de 2022) en:

https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=389_004a894f-2ae8-4770-901a-5095ac1009b7.pdf

17. Zhong R, Xu Y, Oquendo MA, Sisti DA. Physician Aid-in-Dying for Individuals with Serious Mental Illness: Clarifying Decision-Making Capacity and Psychiatric Futility. *Am J Bioeth* 2019;19(10):61-63. DOI: 10.1080/15265161.2019.1654018. Accesible (verificado en mayo de 2022) en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31557113/>

18. van Veen SMP, Widdershoven GAM, Beekman ATF. Physician-assisted death for patients with dementia. *JAMA Psychiatry* 2022 May 4. Online ahead of print DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2022.0808.

19. Komrand MS. Oh, Canada! Your New Law Will Provide, Not Prevent, Suicide for Some Psychiatric Patients. *Psychiatric Times*, 1 de junio de 2021.

Accesible (verificado en mayo de 2022) en:

<https://www.psychiatrictimes.com/view/canada-law-provide-not-prevent-suicide>

Medrano Albéniz J.(a), Uriarte Uriarte JJ.(a)

a: Médico psiquiatra, Red de Salud Mental de Bizkaia, Osakidetza (Servicio Vasco de Salud) y Txori-Herri Medical Association.

Cómo citar este artículo:

Medrano J., Uriarte JJ. Eutanasia y enfermedad mental: el problema del sufrimiento. *Folia Humanística*, 2022; 8 (2) 37-49. Doi: <http://doi.org/10.30860/0091>.

© 2022 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.