



# ¿ES LA EUTANASIA JUSTIFICABLE POR SUFRIMIENTO PSICOLÓGICO?

MARCOS ALONSO FERNÁNDEZ<sup>1</sup>  
VÍCTOR PÁRAMO VALERO<sup>2</sup>

*Fecha de recepción: 18/02/2023*  
*Fecha de aceptación: 06/06/2023*

---

**Resumen:** Las discusiones en torno a la eutanasia han ganado presencia e intensidad en las últimas décadas. No obstante, la articulación legal de la eutanasia y su aceptación social ha sido y es todavía problemática. Tras una breve introducción a su historia y conceptos fundamentales, este artículo analiza lo que denominamos como “eutanasia por motivos psiquiátrico-psicológicos”, una forma de eutanasia especialmente conflictiva por las implicaciones que tiene para cuestiones como la autonomía, la identidad o la responsabilidad, entre otras.

**Abstract:** *Discussions around euthanasia have gained in presence and intensity in recent decades. However, the legal articulation of euthanasia and its social acceptance has been and still is problematic. After a brief introduction to its history and fundamental concepts, this article analyzes what we call “euthanasia on psychiatric-psychological grounds”, a particularly conflictive form of euthanasia because of its implications for areas such as autonomy, identity or responsibility, among others.*

**Palabras clave:** Eutanasia, bioética, ética médica, psiquiatría, psicología.

**Keywords:** *Euthanasia, bioethics, medical ethics, psychiatry, psychology.*

---

1. INTRODUCCIÓN. Las discusiones en torno a la eutanasia han ganado presencia e intensidad en las últimas décadas. Esto se debe a diversos factores. Las nuevas posibilidades tecnocientíficas constituyen un factor clave en este sentido. La comprensión cada vez más detallada y perfecta de nuestros organismos, unido a un avance paralelo de los medios farmacológicos y biomédicos, han permitido un control sobre la vida, sobre su prolongación y sobre su finalización, que nunca antes habíamos presenciado. Unos desarrollos que incluso hicieron surgir, en la segunda mitad del siglo pasado, una disciplina como la bioética, ocupada en reflexionar sobre los problemas éticos específicos del ámbito biomédico.

Una de las consecuencias imprevistas de estas nuevas tecnologías médicas es la prolongación de la vida de muchos pacientes a los que les espera una muerte inevitable. En algunos casos, esta prolongación de la vida significa también prolongar

---

<sup>1</sup> Marcos Alonso Fernández es doctor en filosofía y experto en el pensamiento de José Ortega y Gasset. Trabaja actualmente como profesor ayudante doctor en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

<sup>2</sup> Víctor Páramo Valero es estudiante de doctorado en la Universitat de València. Su trabajo de investigación versa sobre sufrimiento psicológico y eutanasia.

su sufrimiento psicológico, ya que, aunque los cuidados paliativos en el final de la vida alivian los síntomas refractarios de la enfermedad, la conciencia sigue muchas veces intacta y es en ella donde se vive el sufrimiento. Este sufrimiento, así, es provocado no solo por la afectación de la enfermedad en sí misma sobre el cuerpo de la persona, sino también por la percepción subjetiva de lo que la enfermedad está haciendo con una o uno mismo.

En este contexto, surge desde hace décadas la necesidad de afrontar legalmente el problema de la eutanasia cuando ésta se solicita de manera insistente e incesante en casos en que lo que más pesa más es el sufrimiento psicológico. Es en ese tiempo donde se vive el gran sufrimiento psicológico derivado de la destrucción que la enfermedad realiza sobre el cuerpo, y donde el paciente percibe que su identidad se degrada y su dignidad desaparece. Por eso, pacientes que esperan una muerte no muy lejana pero no tienen un diagnóstico de muerte inmediata, prefieren eliminar el tiempo de espera y reducir su sufrimiento mediante la eutanasia. En estos casos, el paciente busca encontrar el fin a un estado que, a medida que pasa el tiempo, es cada menos humano.

Debido a la complejidad que suponen estas situaciones de final de vida y correlativo sufrimiento psicológico, el problema de la eutanasia, relativamente claro e identificable, se ha complejizado en las últimas décadas. Surge así una las vertientes más problemáticas en el debate sobre la eutanasia, vertiente a la podríamos denominar como “eutanasia debido a sufrimiento psicológico”.

Esta misma conceptualización, como habremos de ver, es cuestionable y discutible. No obstante, como se argumentará, entendemos que esta noción es una manera de enmarcar un problema al que diversos autores han aludido sin captar de manera precisa. Para evitar las dificultades asociadas, intentaremos delimitar bien nuestro problema y los conceptos que pondremos en juego.

2. DEFINICIÓN Y BREVE HISTORIA DE LA EUTANASIA. Exponer de manera acabada el concepto de eutanasia y su historia desbordaría los límites de este trabajo. Pero sí conviene hacer algunas aclaraciones preliminares que nos permitan fijar las coordenadas de la discusión.

El primer registro como tal de la palabra *eutanasia* aparece en Suetonio, refiriéndose a lo que el emperador Augusto considera una muerte digna;<sup>3</sup> si bien ya el juramento hipocrático se refería a la idea de eutanasia, rechazando de plano su práctica en el ámbito médico: “no daré a nadie un remedio que pudiera causar la muerte, aunque se me pida, ni tampoco daré un consejo en esa dirección”.<sup>1</sup> La irrupción y predominio del pensamiento cristiano desde el siglo IV en adelante introdujo ciertas concepciones y valoraciones sobre la muerte propias de este pensamiento, algunas de las cuales todavía tienen un gran peso en nuestra cultura. Si bien es imposible evitar aquí la simplificación, es claro que, en términos generales, el cristianismo repudia cualquier idea que suponga la violación del carácter sagrado de la vida, una vida que, para los creyentes, pertenece exclusivamente a Dios. No es, por tanto, hasta el Renacimiento y la Modernidad cuando autores como Tomás Moro en su *Utopía* o Francis Bacon en su *De dignitate et augmentis scientiarum* empiezan a justificar la eutanasia en unos términos ya comparables a los del presente. De manera célebre expone Bacon que “el oficio del médico no es sólo restaurar la salud, sino también mitigar los dolores y tormentos de las enfermedades (...) prestar atención a cómo puede el moribundo dejar la vida más fácil y silenciosamente”.<sup>4</sup> Con estas ideas,

<sup>3</sup> D. VON ENGELHARDT, ‘La eutanasia, entre el acortamiento de la vida y el apoyo a morir: experiencias del pasado, retos del presente’, *Acta bioeth.* 8(1) (2002), 55-66.

<sup>4</sup> F. BACON, *De dignitate et augmentis scientiarum*. Library of Latin texts, Turnhout, 1623/2010.

y atendiendo al proceso de evolución de la mentalidad que llega hasta nuestros días, puede decirse, pues, que la eutanasia pasa de considerarse un “delito” a ser un “derecho”.<sup>5</sup>

Si dejamos de lado el recorrido histórico y nos centramos en el presente, una de las definiciones más claras y completas es la siguiente de Bermejo y Belda. Para estos autores, la eutanasia es:

[La] provocación intencionada de la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa de esta, y en un contexto médico. [...] Cuatro notas caracterizan la eutanasia y el suicidio asistido: petición expresa y reiterada (voluntariedad, consentimiento), aplicación por profesional sanitario, enfermedad irreversible/avanzada, vivencia de sufrimiento experimentada como inaceptable.<sup>6</sup>

En un sentido etimológico eutanasia significa “muerte digna” o “buena muerte.” Pero este mismo concepto ya resulta paradójico, como Requena, por ejemplo, ha mostrado<sup>7</sup>. Esto es así porque la muerte suele acarrear una connotación negativa y se considera, por lo general, algo intrínsecamente malo. Además, como expresan los propios Bermejo y Belda, la muerte buena o digna es la muerte “a la que todos aspiramos”<sup>4</sup> -quizás habría que decir, la que *preferiríamos*, llegado el caso-, con lo que resultaría que considerar «eutanasia» y «buena muerte» como sinónimos podría entenderse como una suerte de restricción indebida y confundente del concepto de buena muerte. Por ello, seguramente la mejor manera de entender la eutanasia, y esto ya es una distinción relevante, es entenderla como *buen morir*, atendiendo al proceso más que al hecho mismo. La eutanasia, desde este punto de vista, tendría que ver con el procedimiento o metodología de muerte, que puede ser mejor o peor.

La eutanasia se ha dividido y subdividido en base a diferentes criterios. Una primera distinción básica puede hacerse en relación al consentimiento o competencia del sujeto, hablando de eutanasia voluntaria o involuntaria. De igual modo, una diferenciación recurrente tiene que ver con el carácter activo o pasivo del que ayuda a morir. Por último, también se suele distinguir entre eutanasia indirecta, cuando la finalidad es aliviar el sufrimiento, y eutanasia directa, cuando se busca terminar con la vida.<sup>8</sup> Nuestro análisis no profundiza en estas distinciones, si bien esta última diferenciación entre aliviar sufrimientos y terminar simplemente con la vida será importante en la discusión posterior.

En todo caso, una vez hecha esta primera distinción entre la muerte como hecho y como procedimiento, y después de sobrevolar rápidamente la tupida tipología que en los últimos años se ha generado en torno a la eutanasia, hay que reconocer el papel fundamental de las motivaciones y finalidades de la propia eutanasia. Así, de manera más acotada, tenemos que la eutanasia es el buen morir que busca el propio paciente como modo de evitar un sufrimiento insoportable. Sufrimientos insoportables de este tipo solían reservarse, durante la mayor parte de la historia, a dolores físicos; pero

<sup>5</sup> M. ALBERT, ‘Eutanasia: de delito a derecho’, *Bajo Palabra*, 24(24) (2020), 243-268.

<sup>6</sup> J. C. BERMEJO, y M. BELDA, *¡No quiero sufrir! Sobre la eutanasia y otras cuestiones bioéticas del final de la vida*, Sal Terrae, Santander, 2019, 128-129.

<sup>7</sup> P. REQUENA, *La buena muerte. Dignidad humana, cuidados paliativos y eutanasia*, Sígueme, Salamanca, 2021.

<sup>8</sup> P. DE LORA, ‘La eutanasia de Ulises’, *The Objective*, 2021. <https://theobjective.com/elsubjetivo/opinion/2021-11-27/la-eutanasia-de-ulises/>; L. M. PASTOR, ‘Eutanasia y bioética’, *Cuadernos de Bioética: Revista Oficial de la Asociación Española De Bioética y Ética Médica*, 30(98) (2019), 11-17; C. S. CARVAJAL, V. B. PORTALES & J. P. BECA, ‘Eutanasia: aclarando conceptos’, *Revista Médica De Chile*, 149(10) (2021): 1502-1506.

desde hace décadas esto se ha ido ampliando hacia los dolores o sufrimientos psicológicos.

Es claro que las innovaciones tecnocientíficas han aumentado significativamente el número de personas en situaciones límite de este tipo. Con el avance de la medicina se han multiplicado los casos de pacientes sin esperanza, sin posibilidades de sobrevivir, que se enfrentan a una prolongación (evitable) de su sufrimiento. La eutanasia, sin embargo, no se restringe a casos de pacientes cuya muerte es inminente. En ocasiones, la muerte no está próxima, pero la vida que se presenta por delante es una vida de sufrimiento y dolor. Así sucede con ciertos tipos de cáncer o con las neuralgias del trigémino. Cuando el dolor es un dolor físico agudo, persistente e imposible de paliar, la eutanasia parece encontrar una amplia aceptación. Más ambigua, aunque habitualmente aprobada socialmente, es la eutanasia para personas tetrapléjicas. Aquí no es propiamente el dolor, sino la incapacidad física, la que lleva al paciente a preferir no seguir viviendo. Siguiendo esta línea y de manera más reciente, el sufrimiento psicológico, desconectado de la paraplejia o cualquier otra condición física, se ha venido defendiendo como justificación para la eutanasia.

En España ha costado varias décadas aprobar una ley oficial de eutanasia. Las propuestas de ley sobre la eutanasia desarrolladas en los años 90 no alcanzaron una aceptación social ni política suficiente para materializar una legislación sobre este asunto. En los últimos años, el Partido Socialista Obrero Español estuvo tratando de sacar adelante una ley de eutanasia. En 2020, una vez afianzado democráticamente en el gobierno, este partido realiza una propuesta de ley de eutanasia que, contra todo pronóstico, acaba siendo aprobada. Finalmente es publicada como “Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia” en el BOE. Sin embargo, en otros países europeos la legislación sobre la eutanasia lleva ya 20 años aprobada, y ha dado lugar a diversas dificultades y problemas en los que nos vamos a centrar en este artículo.

Una obra clave en este sentido es *Eutanasia. Lo que el decorado esconde. Reflexiones y experiencias de profesionales de la salud* (2020), donde T. Devos y sus colaboradores explican, con el testimonio de los propios profesionales de salud belga, lo que está sucediendo con la ley de eutanasia aprobada en este país en 2002. Los autores de este libro exponen cómo la ley belga de eutanasia y sus sucesivas modificaciones han ido dando lugar a casos problemáticos, atendidos específicamente por psiquiatras, en relación a la salvaguarda de la dignidad humana. No son casos en que exista una enfermedad terminal como tal, aunque sí se trate de personas mayores que aleguen estar “cansados de la vida”, concepto bajo el cual los psiquiatras describen en sus informes distintos síntomas y situaciones que vive el paciente que le hacen querer quitarse la vida.

La ley belga de eutanasia no contemplaba, en el momento de su aprobación en 2002 -como sucede con la reciente de España-, casos de “enfermos mentales incurables”. En los Países Bajos se llegó a plantear la posibilidad de una eutanasia por “cansancio vital” o “percepción de una vida realizada”, sin presencia alguna de enfermedades graves, incurables o terminales. Una propuesta que finalmente fue rechazada por el Tribunal Superior a raíz del “caso Heringa”<sup>9,10</sup> pero que da muestras de una tendencia en las leyes sobre eutanasia.

---

<sup>9</sup> B. W., FLORIJN, ‘From Reciprocity to Autonomy in Physician-Assisted Death: An Ethical Analysis of the Dutch Supreme Court Ruling in the Albert Heringa Case’, *Am J Bioeth*, 22(2) (2022), 51-58.

<sup>10</sup> B. W. FLORIJN, ‘Extending euthanasia to those ‘tired of living’ in the Netherlands could jeopardize a well-functioning practice of physicians’ assessment of a patient’s request for death’, *Health Policy*, Mar;122(3) (2018), 315-319.

3. EUTANASIA DEBIDO A SUFRIMIENTO PSICOLÓGICO. Por “eutanasia debido a sufrimiento psicológico” nos referimos a la eutanasia que tendría por motivación y justificante el alivio de un dolor o sufrimiento psicológico insoportable ante el cual el sujeto prefiere terminar con su vida. Este fenómeno se relaciona estrechamente con lo que desde hace unos años se viene entendiendo como eutanasia por “cansancio vital”, en la que el paciente no sufre ningún dolor o enfermedad acuciante, pero tiene la percepción subjetiva de que su vida “está completa”<sup>11,12,13,14</sup>. Estos casos podrían considerarse casos particulares de la eutanasia por motivos psicológicos, pero no profundizaremos en este artículo en la eutanasia por cansancio vital, que merecería un tratamiento aparte y específico.

Puede decirse que la eutanasia por motivos psicológicos es algo relativamente reciente. Su origen concreto podría relacionarse con la legalización de la eutanasia en países como Bélgica o Países Bajos, si bien es claro que pudo haber casos aislados de esta práctica en otras épocas y contextos. Resulta muy difícil rastrear prácticas que antes de final del siglo XIX podían, quizá, existir, pero que no se registraban o no se entendían en términos comparables a los actuales. En los últimos años contamos con diversos estudios que analizan las actitudes, cada vez más favorables en términos generales, hacia la eutanasia.<sup>15,16,17,18</sup> También, de manera específica, se han realizado interesantes estudios específicos sobre la eutanasia en casos de desorden psiquiátrico<sup>19</sup>. En este sentido, resulta revelador que los estudios sobre las actitudes de los profesionales muestren un rechazo considerablemente mayor a la eutanasia en casos de desorden psiquiátrico que en otros casos.<sup>20</sup>

Como empezábamos diciendo, los últimos años nos dejan diversos ejemplos de lo que aquí vamos a denominar como eutanasia por sufrimiento psicológico. La

<sup>11</sup> M. L. URUP, B. D. ONWUTEAKA-PHILIPSEN, M. C. JANSEN-VAN DER WEIDE AND G. VAN DER WAL, ‘When being *tired of living* plays an important role in a request for euthanasia or physician-assisted suicide: patient characteristics and the physician’s decision’, *Health Policy*, 74(2) (2005), 157-66.

<sup>12</sup> E. E. BOLT, M. C. SNIJDEWIND, D. L. WILLEMS, A. VAN DER HEIDE A, B. D. ONWUTEAKA-PHILIPSEN, ‘Can physicians conceive of performing euthanasia in case of psychiatric disease, dementia or being tired of living?’, *J Med Ethics*, 41(8) (2015), 592-8.

<sup>13</sup> G. WIDDERSHOVEN, A. BEEKMAN, N. EVANS, S. VAN VEEN, ‘The Role of Suffering in the ‘Tired of Life’ Debate. *Am J Bioeth*, Feb;22(2) (2013), 68-70.

<sup>14</sup> M. L. ZOMERS ML, van WIJNGAARDEN EJ, VAN DELDEN JJM, van Thiel GJMW, ‘Meaningful Respect for the Autonomy of Persons with ‘Completed Life’: An Analysis in Light of Empirical Researcho, *Am J Bioeth*, Feb22(2) (2022), 65-67.

<sup>15</sup> M. C. ANGERMEYER, H. MATSCHINGER, G. SCHOMERU, ‘Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: Changes over two decadeso, *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 203(2) (2013), 146-151.

<sup>16</sup> J. COHEN, P. VAN LANDEGHE, N. CARPENTIER, L. DELIEN OPublic acceptance of euthanasia in Europe: A survey study in 47 countrieso, *International Journal of Public Health*. 59(1) (2014): 143-156.

<sup>17</sup> E. J. EMANUEL, B. D: ONWUTEAKA-PHILIPSEN, J. W. URWIN, J. COHEN, ‘Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA*, 316(1) (2016), 79-90.

<sup>18</sup> D. DEMEDTS, M. ROELANDS, J. LIBBRECHT, J. BILSEN, ‘The attitudes, role & knowledge of mental health nurses towards euthanasia because of unbearable mental suffering in Belgium: A pilot study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*’, 25(7) (2018), 400-410.

<sup>19</sup> J. M. BERTOLÍN-GUILLÉN, ‘Eutanasia, suicidio asistido y psiquiatría’, *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 41(140) (2021), 51-67; S. Y. KIM, R. G. DE VRIES, J. R. PETEET, ‘Euthanasia and assisted suicide of patients with psychiatric disorders in The Netherlands 2011 to 2014o, *JAMA Psychiatry*, (2016) 73(4): 362-368.

<sup>20</sup> KARESA S. AND MCBRIDE D. A sign of the changing times? Perceptions of Canadian psychologists on assisted death. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*. 2016; 57(3):188-192; K. LEVIN, G. L. BRADLEY, A. DUFFY, ‘Attitudes toward euthanasia for patients who suffer from physical or mental illness’, *OMEGA—Journal of Death and Dying*, 80(4) (2020), 592-614.

delimitación, no obstante, es en sí misma problemática. Por ejemplo, ¿cómo deberíamos considerar un caso como el célebre caso de Ramón Sampredo? A esta pregunta han tratado de responder diversos autores<sup>21</sup>. Sampredo sufrió desde los 25 años una tetraplejia que sólo le permitía mover ciertos músculos faciales. Esta situación, particularmente la ausencia de experiencias que hacen de la vida plena y satisfactoria, lo llevó a solicitar y finalmente recibir la eutanasia. Parece cuestionable afirmar que este caso de eutanasia tenga que ver con problemas psicológicos, al haber un problema fisiológico grave y evidente como es la tetraplejia. Sin embargo, también es cierto que una tetraplejia como la de Sampredo no es mortal ni (físicamente) dolorosa, con lo cual su caso parece situarse en un lugar problemático.

Algo similar sucede con muchos otros casos que han proliferado, especialmente a partir de los años 2000, en Países Bajos y Bélgica. Dos casos especialmente notables son los de Verhelst y Pothoven. Verhelst nació con genitales femeninos y vivió la mayor parte de su vida como mujer. En un momento, decidió someterse a una operación de cambio de sexo; pero, tras hacerlo, se empezó a ver como un “monstruo”, según sus propias palabras. Esto le llevó a solicitar la eutanasia. La joven de 17 años Noa Pothoven es otro ejemplo. Pothoven solicitó y finalmente consiguió su eutanasia tras años de estrés postraumático, depresión y anorexia, derivados de los abusos que sufrió de niña. Muchos otros casos se han ido repitiendo en estos países en los que la eutanasia se ha legalizado. Las preguntas que aquí queremos hacernos son ¿Cómo deberíamos entender este tipo de casos? ¿Cómo deberíamos evaluarlos?

4. PROBLEMAS DE LA EUTANASIA POR MOTIVOS PSICOLÓGICO-PSIQUIÁTRICOS. 4.1. PROBLEMAS DE DEMARCACIÓN. Las legislaciones sobre la eutanasia -como la de Países Bajos (2001), Bélgica (2002), Luxemburgo (2004) y también la reciente de España (2021)- entienden que sólo un médico puede conceder y realizar el procedimiento de eutanasia. La ley española de eutanasia, por ejemplo, define de la siguiente manera al médico responsable de ejecutarla: “«Médico responsable»: facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial”<sup>22</sup>. Esta prerrogativa médica se basa, precisamente, en que sólo la existencia de una enfermedad grave y/o incurable puede justificar acortar la vida de un paciente.

Es por ello que todas las leyes europeas de eutanasia establecen como requisito que la petición de eutanasia debe ser recurrente, voluntaria y libre. En definitiva, el paciente debe ser autónomo a la hora de tomar esta decisión. Un paciente que, por ejemplo, estuviera diagnosticado con esquizofrenia, no cumpliría con este requisito, y por tanto su petición de eutanasia no se consideraría una petición válida en términos legales. ¿Qué sucede, sin embargo, con casos en que no hay un diagnóstico psiquiátrico, casos en los que sólo se pueden identificar problemas de otro tipo?

Tanto la OMS (2022)<sup>23</sup> como el DSM-5-TR, (2022)<sup>24</sup>, hablan de “trastornos mentales”, si bien estas clasificaciones se enfocan casi de manera exclusiva en

---

<sup>21</sup> J. GAFO, *Eutanasia y ayuda al suicidio: mis recuerdos de Ramón Sampredo*, Desclée de Brouwer, Bilbao, 1999; E. BELTRÁN ULATE, ‘Consideraciones Bioéticas en torno al caso de Ramón Sampredo’, *Revista Colombiana De Bioética*, (2015) (7)2, 144.

<sup>22</sup> BOE. ‘Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia’, BOE 72, Sec. I, de 25 de marzo de 2021, 34037-3404.

<sup>23</sup> OMS, *Clasificación Internacional de Enfermedades Undécima Revisión (CIE-11)*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2022. Licencia: CC BY-ND 3.0 IGO.

<sup>24</sup> AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR* (Fifth edition, text revision. ed.). Washington, 2022.

problemas de origen fisiológico identificable, como son los trastornos psicóticos, neuróticos o relacionados con problemas en el neurodesarrollo, el consumo de sustancias psicoactivas y adictivas, etc. Casos de sufrimiento psicológico como los antes aludidos quedan en una zona más ambigua y problemática. En España sólo un psiquiatra está autorizado y tiene la competencia legal de evaluar la petición de eutanasia por parte de un paciente. De igual manera sucede con la mayor parte de países con leyes de eutanasia, como Bélgica o Países Bajos. Como exponen Beuselink<sup>25</sup> y también Haekens<sup>26</sup>, los profesionales de estos países se rigen por los mismos manuales de diagnósticos internacionales.

Sin embargo, casos como los mencionados anteriormente de Verhelst y Pothoven presentan problemas a la hora de ser analizados y evaluados. ¿Tiene un problema psiquiátrico alguien que se ve como un monstruo tras su operación de cambio de sexo? ¿Se puede considerar un trastorno mental tener un trauma debido a los abusos sufridos en la infancia y adolescencia? La casuística es extremadamente complicada, pero al introducir el problema de la eutanasia aparece una dificultad adicional, lo que podríamos denominar una suerte de «pendiente resbaladiza con dos niveles de inclinación». El primer nivel de esta pendiente resbaladiza consistiría en lo siguiente: si admitimos como psiquiátrico y, por tanto, como fisiopatológico, problemas mentales como los antes referidos, podríamos estar ampliando demasiado la definición de trastorno psiquiátrico. Un segundo nivel de inclinación de esta pendiente resbaladiza, más problemático todavía, radicaría en que, al justificar la eutanasia por estos sufrimientos psicológicos, podríamos estar suponiendo implícitamente que son irresolubles.

**4.2. PROBLEMA DE DESERCIÓN DE LA LABOR MÉDICA.** La situación justo antes descrita trae consigo otros problemas añadidos. Para autores como Haekens<sup>24</sup>, la ampliación de la ley de eutanasia para abarcar problemas de sufrimiento psicológico sería un grave error. Pues según esta autora, los problemas que podríamos llamar espirituales o existenciales, no son, a su modo de ver, patologías médicas:

La polipatología (combinación de diferentes enfermedades graves o incurables, pero no terminales) representaba en 2015 [en Bélgica] el segundo diagnóstico más frecuente para justificar la eutanasia, o sea, el 9,7 % del total de las eutanasias registradas (a modo de comparación: durante el periodo el periodo 2012-2013 la proporción era del 5 %). En este mismo informe de 2014-2015 de la CFCEE [Comisión federal de Control y Evaluación de la Eutanasia] podemos leer que, incluso en casos de enfermedad terminal, el 40 % de las causas de 'sufrimiento insoportable' son de naturaleza psíquica; en este caso, se mencionan: dependencia de los cuidados, pérdida de autonomía, soledad, desesperación, sentimiento de indignidad, desolación, disminución de los contactos sociales, etc. Esta evolución revela un cambio que se está produciendo en el seno de nuestra sociedad.<sup>24</sup>

Incluso en caso de enfermedad terminal, es cada vez más frecuente que el motivo por el cual se solicita la eutanasia no sea el hecho de tener la enfermedad terminal misma, sino la percepción psicológica de la enfermedad. Diferentes trabajos, especialmente en los últimos años, se han hecho eco de esta problemática cada vez más relevante<sup>27</sup>. En muchos casos son los daños psicológicos causados por la enfermedad

<sup>25</sup> B. BEUSELINK, 'El sentido del sufrimiento o el sentido de la vida a pesar del sufrimiento', en T. DEVOS (coord.). *Eutanasia. Lo que el decorado esconde*, Sígueme, Salamanca, 2020, 153-172.

<sup>26</sup> A. HAEKENS, 'Eutanasia por sufrimiento psíquico sin salida', en T. DEVOS (coord.), *Eutanasia. Lo que el decorado esconde*, Sígueme, Salamanca, 2020: 95-110.

<sup>27</sup> R. BERGHMANS, G. WIDDERSHOVEN and I. WIDDERSHOVEN-HEERDIN, 'Physician-assisted suicide in psychiatry and loss of hope' *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(5-6) (2013), 436-443;

terminal, así como el manejo psicológico de esa situación de vida, lo que está aumentando el número de peticiones de eutanasia. En la ley belga, por ejemplo, siempre es el paciente el que tiene que solicitar la eutanasia, y si la pide por sufrimiento psicológico, está en manos del juicio médico concederla o no. Estos motivos, como explica la psiquiatra Haekens, son tales como: “dependencia de los cuidados, pérdida de autonomía, soledad, desesperación, sentimiento de indignidad, desolación, disminución de los contactos sociales”.<sup>24</sup>

Ninguno de estos males, importantísimos por otra parte, parecen problemas irreversibles. Y, si aceptamos este punto, parece que no deberían servir para justificar algo tan grave e irreversible como es la eutanasia. Problemas como la soledad, la marginación o el bullying, son problemas que, en buena parte de los casos, tienen solución. Que la ley de eutanasia abarcara casos como los mentados supondría una utilización de la medicina que iría contra sus fines, que en último término es mejorar y salvar vidas.

El decisivo libro *Eutanasia. Lo que el decorado esconde*, resulta clave para el problema que aquí estamos describiendo. Este libro es el resultado de múltiples investigaciones; pero quizás su aportación más valiosa es que nos transmite la experiencia de profesionales de la salud mental que vienen afrontando desde hace años el grave problema experimentado en Bélgica. Los autores del libro defienden que existe grandes problemas con la implementación de la eutanasia en Bélgica, particularmente al tratar a pacientes con trastornos mentales.

En *Eutanasia. Lo que el decorado esconde*, encontramos el capítulo titulado “El sentido del sufrimiento o el sentido de la vida a pesar del sufrimiento”, a cargo de Beuselinck.<sup>23</sup> En este capítulo el autor aborda precisamente el problema de la eutanasia debido a sufrimientos psicológicos. La tesis de este capítulo es que “psiquiatría y eutanasia son incompatibles”, idea que los editores del libro toman de un psiquiatra, el Dr. Benard G., que no participa con un capítulo en el libro, pero de quien se incluyen unas palabras muy significativas:

Mi paciente viene a mí porque está enfermo y lo mueve un deseo de muerte. Viene a mí para que yo le impida suicidarse. ¿Y debería yo, psiquiatra, ayudarlo mediante la eutanasia? ¡Eutanasia y medicina psiquiátrica son incompatibles! La eutanasia no es un asunto médico, y sí un asunto social que remite a las cuestiones existenciales sobre el sentido de la vida.<sup>28</sup>

El debate de fondo aquí es el de los “fines de la medicina”<sup>29</sup>. ¿El psiquiatra tiene que ayudar a suicidarse a un paciente que llega a su consulta precisamente por esa razón? ¿No es el psiquiatra un médico especializado en ayudar a los pacientes que exhiben problemas mentales -y comportamientos derivados- nocivos? ¿No serían las ideaciones suicidas un ejemplo de esto? ¿Seguiría siendo un «acto médico» ayudar a morir a un paciente que desea morir debido a su sufrimiento psicológico? Claramente, el deseo de morir de una persona con un trastorno mental incapacitante no puede ser vinculante para ningún profesional; mas aquí nos encontramos en una situación límite en la que no solo la capacidad, sino el sentido de una determinada vida, está en juego. Más allá de este decisivo punto, es claro que para la medicina todo esto resulta

---

A. GOPAL, ‘Physician-assisted suicide: Considering the evidence, existential distress, and an emerging role for psychiatry’, *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 43(2) (2015), 183-190; D. DAVIDSON and J. KWANTLEN, ‘Furthering the discussion on a physician-assisted dying right for the mentally ill: Commentary on Karesa and McBride’, *Canadian Psychology*, (2017) 58(3), 292-304.

<sup>28</sup> T. DEVOS (coord.), *Eutanasia. Lo que el decorado esconde*, Salamanca, Sígueme, 2020: 93.

<sup>29</sup> D. GRACIA, ‘Ética médica’, en *Medicina Interna*, Farreras-Rozman, Elsevier, 19 edición; 2020.

extremadamente problemático. En un paciente psiquiátrico, la ideación suicida es un problema del paciente. En cierto modo, considerar que la eutanasia puede solucionar este problema equivaldría a asumir que el problema no es la enfermedad psiquiátrica, sino el paciente mismo.

4.3. LA EUTANASIA COMO PROBLEMA RELACIONAL. Un problema adicional, no lo suficientemente tratado en la literatura sobre la eutanasia, es el carácter relacional de la identidad y de la vida humana. Nuestra vida sólo surge y puede ser mantenida en el estrecho y continuado trato con los otros seres humanos, así como en contextos humanos específicos. Desde teorías narrativas como las de Lindemann,<sup>30</sup> Schechtman<sup>31,32</sup> o Baylis<sup>33</sup> se ha venido acentuando esta característica relacional de la identidad y vida humanas. Como también ha remarcado Charles Taylor, es “a través de los otros, nuestras interacciones, nuestras prácticas, nuestras obras y hasta nuestras instituciones como se sostiene y plasma esta identidad narrativa en la realidad”.<sup>34</sup>

El carácter co-construido de nuestras vidas, el hecho de que las otras personas que nos rodean puedan ser consideradas coautoras de nuestras vidas, vuelve todavía más problemático el caso de la eutanasia por sufrimiento psicológico. Desde este punto de vista, podría llegar a decirse que la eutanasia por sufrimiento psicológico siempre tiene un cierto carácter de *suicidio*. No de suicidio asistido, sino de suicidio en su sentido pleno. Suicidio en el sentido de que el individuo que muere forma parte de nosotros, está atravesado por nosotros; del mismo modo que nosotros estamos atravesados por ese individuo, y su muerte es, en cierto modo y hasta cierto punto, *nuestra* propia muerte.

Desde esta perspectiva, el exacerbado individualismo moderno estaría dejando de lado un aspecto decisivo de nuestra condición humana. La desatención a este carácter intenso e irreductiblemente relacional del ser humano (un carácter relacional que no es exactamente lo mismo que el carácter social, mucho más habitualmente reivindicado) nos impide captar otro aspecto problemático de la eutanasia. La eutanasia no sólo implica a otros en tanto que siempre tiene que haber un tercero, normalmente un profesional de la salud, encargado de llevar a cabo el propio acto eutanásico; sino porque, independientemente de quien ejerza la eutanasia, el mero hecho de que una persona muera supone la muerte del entramado relacional humano que sostenía a esa persona y que esa persona contribuía a sostener.

En directa conexión con lo anterior, y pasando del plano ontológico-metafísico al plano ético, pareciera que tenemos un grave problema entre manos. Pues, desde la perspectiva esbozada, resultaría que, especialmente en el caso de la eutanasia por sufrimiento psicológico, la sociedad que proporciona la eutanasia estaría operando a la vez como juez y parte. Lo que con esto queremos decir es lo siguiente: que si entendemos nuestra vida, nuestra identidad y con más razón todavía nuestra psicología, como algo, al menos parcialmente, relacional, resultaría que, al ejercer la eutanasia, la sociedad estaría acabando con la vida de alguien cuyos motivos para

---

<sup>30</sup> H. LINDEMANN, ‘Holding on to Edmund: The Relational Work of Identity’, en H. LINDEMANN, M. VERKERK, and M. WALKER (eds.), *Naturalized Bioethics: Toward Responsible Knowing and Practice*, New York: Cambridge University Press, New York 2009: 65-79.

<sup>31</sup> M. SCHECHTMAN, *The Constitution of Selves*. Ithaca: Cornell University Press, Ithaca, 1996.

<sup>32</sup> M. SCHECHTMAN, *Staying Alive: Personal Identity, Practical Concerns, and the Unity of a Life*, Oxford University Press, Oxford, 2014.

<sup>33</sup> F. BAYLIS, ‘Still Gloria: personal identity and dementia’, *The international journal of feminist approaches to bioethics*, 10(1)6 (2017), 210-224.

<sup>34</sup> Ch. TAYLOR, *Modern social imaginaries*, Duke University Press, Durham, (NC), 2004: 23-25.

morir dependen directamente de esa sociedad que le quita la vida. Veamos esto al hilo de los ejemplos antes comentados y desde una perspectiva histórica esclarecedora.

En un caso como el de Verhelst, que tras someterse a una operación de cambio de sexo pidió la eutanasia por verse como un “monstruo”, tendríamos un caso paradigmático de un sufrimiento psicológico que lleva a solicitar la eutanasia. No obstante, en un caso como este, urge preguntar ¿qué responsabilidad respecto de su sufrimiento tiene la sociedad en la que vivía? ¿El dolor de Verhelst es algo puramente interno, o tiene que ver con las circunstancias sociales que encontró, con la forma en que estos condicionantes ambientales interactuaban con su situación personal? Si fue este entorno social o entramado relacional de personas el que ocasionó y perpetuó este sufrimiento, ¿qué legitimidad tienen esas mismas personas para matar a quien primero atormentaron? ¿Desde qué pretendida posición de imparcialidad y neutralidad podrían erigirse en verdugos?

Como adelantamos al hablar de los precedentes históricos de las leyes sobre la eutanasia, hay un caso histórico relativamente reciente que puede servir para remarcar el problema que aquí estamos exponiendo. Es bien sabido que entre finales del siglo XIX y principios de XX surgen en el mundo diversos movimientos en favor de la eutanasia. En Estados Unidos no sólo emergen agrupaciones a favor de la eutanasia, sino que algunos Estados norteamericanos desarrollan programas eutanásicos a gran escala<sup>35,36</sup>. Pero uno de los proyectos eutanásicos más connotados es el desarrollado en la Alemania Nazi bajo el nombre de *Aktion T4*, programa por el cual se estima que murieron más de 200.000 personas. Este programa empezó centrándose en niños con deficiencias mentales y deformaciones físicas, pero pronto se extendió para incluir a minusválidos y enfermos crónicos. Finalmente, las personas consideradas como enfermas mentales, entre los que notoriamente se encontraban los homosexuales, empezaron a recibir la eutanasia<sup>37</sup>. Si bien estos últimos ejemplos pueden parecer los de una «falsa eutanasia», incomparables a los de la eutanasia actual por constituir ejemplos de una eutanasia indeseada y ejercida desde una voluntariedad externa, traemos este famoso caso precisamente para mostrar la profunda problematicidad del asunto.

En el contexto antes esbozado de la Alemania Nazi, podemos imaginar que un homosexual perseguido y destrozado psicológicamente por la propaganda que lo declaraba un ser infrahumano y defectuoso, interiorizara estas ideas y acabara pensando que su vida no tenía valor ni sentido. Si esta persona pidiera la eutanasia, ¿podría considerarse que su decisión es competente y autónoma? ¿La sociedad y el entramado relacional que ha contribuido decisivamente a generar ese sufrimiento psicológico estarían legitimados para causarle la muerte?

Obviamente, el caso de Verhelst y el del homosexual de la Alemania Nazi presentan ciertas diferencias. La más relevante parecería estar en el hecho de que la eutanasia solicitada por Verhelst y por otras personas en los últimos años es una

---

<sup>35</sup> M. P. CAMPOS, *Eutanasia y nazismo. Trabajo Final de Grado en Enfermería*, Universidad Pública de Navarra, Navarra, 2014; G. E. GURALNIK, ‘Psiquiatría criminal: el programa de eutanasia de la Alemania Nazi’, *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 2013: 64-67.

<sup>36</sup> H. FRIEDLANDER, *Los orígenes del genocidio nazi. De la eutanasia a la solución final*, Ediciones Cinca, Madrid, 2021; J. A. GARCÍA MARCOS, *La eutanasia en la Alemania nazi y su debate en la actualidad*, Centro Tomás y Valiente, Madrid, 2009.

<sup>37</sup> M. BONT PAREDES, K. DORTA, J. CEBALLOS, A. RANDAZZO, & E. URDANETA-CARRUYO, ‘Decisiones en la práctica médica del final de la vida: Importancia basada en la opinión, grado de información y formación de médicos que laboran en los estados Aragua y Carabobo’, *Salus*, 11(3) (2007), 30-36.

eutanasia que, en principio, se realizaría a petición de los propios sujetos, quienes la estarían eligiendo de manera libre y autónoma. En oposición a esto, la «eutanasia» Nazi sería un eufemismo para el exterminio de aquellos que se consideraban no aptos o defectuosos. Pero, como venimos comentando, la dificultad del caso no desaparece. Si comprendemos el carácter problemático de concepciones como la noción de autonomía (problematismo incluido en trabajos como los de O'Neill<sup>38</sup>, Conly<sup>39</sup> y Velásquez<sup>40</sup>) y aceptamos el carácter relacional de nuestra vida y de nuestras decisiones, es claro que la solicitud de eutanasia de Verhelst no surgió al margen de un entorno humano que facilitó su cambio de sexo, que contribuyó decisivamente a su autopercepción como monstruo, y que reforzó su ulterior deseo de morir.

El punto al que queremos llegar es que las ideas (y los modos de plasmarse dichas ideas) que una sociedad ostenta sobre lo que está bien y mal, sobre lo que constituye una vida digna o no, repercuten sobre las ideas y valoraciones de los propios sujetos. Y que, por tanto, legitimar la eutanasia por sufrimiento psicológico se mueve en un terreno especialmente problemático. Para muchos la clave está en ser capaces de esclarecer la competencia y autonomía del sujeto que pide la eutanasia.<sup>41</sup> Pero, como se expuso, esto es más complicado de lo que creemos; y, particularmente en personas con sufrimientos psicológicos, puede ser un problema sin respuesta clara y definitiva.

¿Qué hacer en estos casos? Legislaciones como la holandesa y belga han optado por establecer una serie de exámenes y pruebas, minuciosas y extendidas en el tiempo, que permitan juzgar la autonomía y autenticidad de la decisión eutanásica.<sup>42</sup> Si bien son medidas adecuadas que rebajan notablemente el problematismo al que venimos aludiendo, no consideramos que consigan eliminarlo por completo. A nuestro modo de ver, siempre queda la duda insuperable de si esa misma sociedad que acaba con la vida de esa persona no es la que originó, o al menos contribuyó decisivamente a originar, el sufrimiento de esa persona. Esta duda no debería llevar a la inacción, a bloquear cualquier forma de eutanasia debida a sufrimiento psicológico. Pero sí creemos que debería obligarnos a replantearla y reconsiderar muchos de los supuestos que, de manera algo simplista, fundamentan su defensa.

5. CONCLUSIÓN. A lo largo del artículo hemos analizado ciertos problemas éticos relacionados con la implementación de las leyes de eutanasia en países como Bélgica, Países Bajos o, más recientemente, en España. Debido a las nuevas técnicas médicas que prolongan el sufrimiento de muchos pacientes a los que les espera una muerte inevitable, ha surgido desde hace décadas la necesidad de afrontar legalmente el problema de la eutanasia. En este debate, uno de los aspectos más problemáticos es la eutanasia basada en problemas psicológico-psiquiátricos. Si bien esta misma delimitación de los problemas psicológico-psiquiátricos es discutible, el punto central de nuestro argumento es que hay ciertos males, dolencias o trastornos que resulta extremadamente problemático incluir como justificaciones de la eutanasia. No

<sup>38</sup> O. O'NEILL, *Autonomy and trust in bioethics*. Cambridge Core, Cambridge, 2002.

<sup>39</sup> S. CONLY, *Against autonomy. Justifying coercive paternalism*, Cambridge University Press, Cambridge, 2013.

<sup>40</sup> L. VELÁSQUEZ FANDIÑO, 'La relación médico-paciente: Una aproximación al problema de la autonomía', *Revista Colombiana De Bioética*, 7(1) (2015), 163.

<sup>41</sup> G. L. MENDZ & D. W. KISSANE, 'Agency, Autonomy and Euthanasia'. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*. 48(3) (2020), 555-564; O. HARTLING, 'Euthanasia and assisted dying: The illusion of autonomy'. *BMJ (Online)* 374 (2021), n2135.

<sup>42</sup> C. VELASCO BERNAL Y J. M. TREJO-GABRIEL-GALAN, 'Leyes de eutanasia en España y en el mundo: aspectos médicos'. *Atención primaria*, 54(1) (2022), 1-8.

discutimos que el sufrimiento derivado de estos problemas sea real y grave, sino el hecho de que pueda ser ‘tratado’ o ‘aliviado’ mediante la eutanasia.

Así pues, nuestra conclusión respecto al problema de la eutanasia por motivos psicológicos es que debemos ser extremadamente cautos. Deberíamos establecer procedimientos muy detallados, pormenorizados y extendidos en el tiempo para dictaminar si una eutanasia basada en motivos psicológico-psiquiátricos es asumible o no. Y, aun así, incluso con todas estas medidas, la tendencia debería ser la de reducir al mínimo la eutanasia realizada por motivos psicológico-psiquiátricos, potenciando todo lo posible la medicina entendida como protectora y mejoradora de la vida humana.