

Universidad de Belgrano
Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología



TRABAJO FINAL DE CARRERA

CONSTRUCCIÓN Y EVALUACIÓN DEL SUFRIMIENTO ASOCIADO A TRASTORNOS MENTALES EN SOLICITUDES DE MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA: APORTES Y LÍMITES DE LA PSICOLOGÍA

ALUMNO: Victor Ignacio Mondaca Fredes
victor.mondaca@comunidad.ub.edu.ar

MATRÍCULA: P000174134

ID: 000-17-4134

AÑO ACADÉMICO: 2026

TUTOR: Mag. Juan Pablo Mora Penagos

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Victor", is located in the bottom right corner of the page.

AGRADECIMIENTOS

A mis 18 años dejé Chile para apostar por migrar a Argentina. Viví una pandemia en un país donde no tenía a nadie y, por eso, a los primeros que debo agradecer es a mis padres, Víctor Manuel Mondaca Arévalo y Zenobia Marilyn Fredes Atenas. Gracias por apostar siempre por mí, por su confianza, por nuestras conversaciones nocturnas y por haber salido adelante tantas veces para sostenerme. Juntos recorrimos este viaje y hoy también lo terminamos.

A mis amigos de toda la vida, Kevin, Fuentes, Tomás, Paula, Vania, Eduardo, Nicolás, Gonzalo y todos los que estuvieron a pesar de la distancia. Gracias por sostenerme en mis momentos más difíciles y por hacerme sentir, cada vez que volvía, como si nunca me hubiera ido.

A mis amigos Argentinos, Martín, Mayra, Caro, Sol, Celes, Wendy, Matías, Lourdes y su banda, y a todas las personas con quienes compartí en algún lugar de Buenos Aires. Gracias por incluirme y por hacerme sentir uno más, como si nos conociéramos de toda la vida. A vos, Santiago, con quien compartí momentos hermosos. Los dos sabemos lo que significa vivir lejos de casa y acompañarnos mientras intentábamos construir un hogar. Gracias por todo lo que vivimos y aprendimos juntos.

A mi Nana, que no alcanzaste a verme terminar esta etapa. Por vos comenzó y terminó esta tesina, desde esas conversaciones sobre cuánto anhelabas tener una buena muerte. Espero que nuestra compañía en ese último momento haya podido acercarte, aunque fuera un poquito, a esa euthanasia.

A Juan, por acompañarme no solo como tutor, sino también durante cinco años de ayudantía, en los que me enseñaste qué es ser un buen profesor. A Gastón, Rocío, Betty, Flor y Dacunto, por dejar una marca en mi formación como psicólogo y en mi crecimiento como persona.

Terminar esta tesina me angustia porque no sé qué me deparará el después. Ya estuve así cuando decidí emigrar y, aun sin saber qué pasaría, me lancé. No me arrepiento de nada. Agradezco haberme lanzado y haber logrado esto.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	2
RESUMEN.....	4
PRESENTACIÓN DE LA TEMÁTICA.....	5
PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	6
RELEVANCIA DE LA TEMÁTICA.....	7
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	9
ALCANCES Y LÍMITES.....	10
ANTECEDENTES.....	10
ESTADO DEL ARTE.....	13
MARCO TEÓRICO.....	19
METODOLOGÍA.....	23
ÍNDICE COMENTADO.....	25
CAPÍTULO I. LA CONSTRUCCIÓN NORMATIVA DEL SUFRIMIENTO ASOCIADO A TRASTORNOS MENTALES EN LA MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA.....	26
1. Jurisdicciones que admiten el trastorno mental como fundamento autónomo....	28
2. Jurisdicciones que excluyen o restringen el trastorno mental como condición autónoma.....	32
3. Jurisdicciones donde el trastorno mental opera como problema de capacidad..	34
4. Jurisdicciones latinoamericanas.....	38
CAPÍTULO II. LA EVALUACIÓN CLÍNICA DE LAS SOLICITUDES DE MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA ASOCIADAS A TRASTORNOS MENTALES.....	43
1. Cuando el paciente habla de morir.....	44
2. Cuando el médico evalúa la solicitud.....	48
2.1. Solicitud voluntaria y bien meditada.....	48
2.2. La capacidad decisional.....	49
2.3. Sufrimiento insoportable y sin perspectiva.....	51
2.4. Información sobre las perspectivas y ausencia de otra solución razonable....	55
2.5. La segunda opinión independiente.....	58
3. Cuando la solicitud pasa a revisión.....	59
4. Cuando la solicitud se ejecuta.....	61
CAPÍTULO III. APORTES DE LA PSICOLOGÍA A LA EVALUACIÓN DEL SUFRIMIENTO ASOCIADO A TRASTORNOS MENTALES EN LA MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA.....	64
1. El deseo de morir más allá de su persistencia.....	64
2. La trayectoria psicoterapéutica en el juicio de irremediabilidad.....	68
3. Efectos clínicos y relacionales del proceso de evaluación.....	71
4. Participación, formación y límites de la psicología.....	73
CONCLUSIONES.....	79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85

RESUMEN

En las solicitudes de eutanasia y suicidio asistido asociadas a trastornos mentales, el padecimiento que las motiva debe ser valorado mediante categorías médicas, jurídicas y profesionales que permitan establecer su admisibilidad. Esta tesina examina cómo distintas jurisdicciones organizan esa valoración y qué lugar le atribuyen a la psicología. Se realizó una revisión documental y bibliográfica de enfoque cualitativo y descriptivo, basada en leyes, sentencias, reglamentos, informes de organismos de control, guías profesionales y estudios empíricos, con énfasis en Países Bajos y Bélgica, complementada mediante referencias comparativas a otras jurisdicciones. En los marcos revisados, el sufrimiento debe vincularse con una condición médica y ser calificado según su insoportabilidad, persistencia, pronóstico y posibilidades razonables de alivio. En la práctica clínica, estas exigencias demandan conocer la historia del padecimiento, los tratamientos realizados, las condiciones de vida y las variaciones que puede atravesar la solicitud. La psicología ofrece herramientas para explorar los significados del deseo de morir, precisar el recorrido psicoterapéutico y reconocer modificaciones producidas durante la evaluación. Su participación, no obstante, continúa siendo desigual y carece de atribuciones formalmente definidas en varias de las jurisdicciones examinadas. Se concluye que la toma de decisiones institucionales requiere criterios que puedan ser fundamentados y revisados, pero su aplicación debe preservar la singularidad del sufrimiento y evitar que el diagnóstico se convierta en su única forma de comprensión.

Palabras clave: sufrimiento insoportable, trastornos mentales, eutanasia, suicidio asistido, evaluación clínica, psicología.

PRESENTACIÓN DE LA TEMÁTICA

Por fin, lo he conseguido. Y a ver si ya por fin puedo descansar, porque ya no puedo más. No puedo más con esta familia, no puedo más con los dolores, no puedo más con todo lo que me atormenta en la cabeza. (Atresplayer, 2026, 4:01)

— Noelia Castillo Ramos, quien falleció el 26 de marzo de 2026, a los 25 años, tras recibir la eutanasia en Sant Pere de Ribes, Barcelona (Agencia EFE, 2026).

¿Qué escuchamos cuando una persona nos dice que ya no puede más? La pregunta no tiene una respuesta simple, porque no todos los padecimientos se vuelven reconocibles de la misma manera. Algunas formas de dolor pueden localizarse en el cuerpo, asociarse a una lesión evidente o inscribirse dentro de una categoría médica ya existente. Otras, en cambio, se manifiestan de un modo menos visible, ligadas a una historia personal y que remiten a la sensación de que la vida se volvió imposible de seguir habitando de la forma en que se está viviendo. Kleinman et al. (1978) realizan una distinción entre los conceptos de *disease* e *illness* para pensar esta diferencia. El concepto de *disease* se refiere a la enfermedad entendida como entidad biológica, es decir, como un conjunto de signos y síntomas que pueden ser identificados, clasificados en una categoría y ser tratados. El *illness*, en cambio, alude a la experiencia vivida del padecimiento, al modo en que una persona interpreta lo que le ocurre y construye una narración sobre su propio sufrimiento. Los autores advierten que la medicina tiende a privilegiar el *disease* por encima del *illness*. El médico escucha los síntomas, pero no siempre alcanza a escuchar la historia.

El testimonio de Noelia Castillo puede leerse desde esa tensión. Su *disease* incluía diagnósticos de trastorno obsesivo compulsivo (TOC), trastorno límite de la personalidad (TLP) y una paraplejía producto de varios intentos de suicidio. Su *illness*, en cambio, se relataba como un sufrimiento atravesado por una historia de abuso sexual, consumo de sustancias, vínculos familiares disruptivos, autolesiones e internaciones psiquiátricas (Atresplayer, 2026). Cuando el sistema de salud finalmente la escuchó, cabe preguntarse qué fue reconocido de esa historia y bajo qué condiciones pudo volverse jurídicamente audible. Lo interesante del caso es que Noelia accedió a la eutanasia en España a partir de una condición corporal, la paraplejía, mientras que el padecimiento asociado a sus trastornos mentales quedó ubicado como una dimensión agregada de su situación (Agencia EFE, 2026). El caso

expone una asimetría, ya que un sufrimiento puede ser intenso, persistente y clínicamente relevante, pero adquirir reconocimiento jurídico solo cuando se apoya en una condición somática. ¿Qué sucede cuando esa base corporal no existe?

En esos casos, la discusión compromete de otro modo las herramientas con las que la medicina y el derecho suelen nombrar, evaluar y tratar el padecimiento. De Hert y Van Assche (2024) advierten que la discusión actual sobre eutanasia y suicidio asistido ya no pasa solamente por decidir si estas prácticas deben admitirse o no, sino también por interrogar cómo son reguladas, qué resguardos exigen y qué formas de evaluación resultan aceptables cuando el sufrimiento alegado es de orden psiquiátrico. A diferencia de otros cuadros, este sufrimiento no siempre encuentra alivio en los tratamientos disponibles ni remite a un deterioro orgánico demostrable; sin embargo, puede adquirir para quien lo atraviesa un carácter persistente, insoportable y sin perspectiva de alivio. La pregunta, entonces, no es únicamente si la medicina puede ayudar a morir a quien ya se está muriendo. También es si puede, y bajo qué condiciones, intervenir cuando una persona no se encuentra necesariamente al final de una enfermedad terminal, pero sostiene que su vida se ha vuelto imposible de vivir. Desde esta perspectiva, la presente tesina se propone examinar el proceso mediante el cual el sufrimiento es evaluado en aquellas jurisdicciones donde la eutanasia y el suicidio asistido pueden ser admitidos en personas con trastornos mentales.

PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

En su tesis doctoral, Verhofstadt (2022) retomó el estudio cualitativo realizado con pacientes que habían solicitado la eutanasia por sufrimiento asociado a trastornos mentales. Entre los testimonios analizados, una mujer de 52 años relató su experiencia. Debido a su valor para la formulación del problema de investigación, se conserva a continuación el testimonio en traducción del autor:

Fue una espera larga y angustiante hasta que un médico autorizó la eutanasia, porque siempre hay algo más por intentar para hacer el sufrimiento más soportable. También se necesitan recomendaciones de otros dos médicos y, mientras tanto, el tiempo pasa y uno sigue sufriendo. Además, las personas que te rodean no pueden creer que quieras morir porque te ven tan bien, así que nadie te permitiría morir. Así que cuando finalmente recibí la autorización, fue un alivio enorme. [...] Tengo que

admitir que desde que mi solicitud fue considerada aceptable, estoy teniendo mejores momentos y ahora también tengo dudas. Sigo en terapia y allí discutimos otras opciones disponibles. (Verhofstadt, 2022, p. 137)

La espera que describe este testimonio no transcurre por fuera del sufrimiento. Mientras el procedimiento avanza, la persona debe demostrar una y otra vez que todavía no ha encontrado algún alivio suficiente para ese sufrimiento. A eso se le suma la exigencia de que ese sufrimiento tiene que ser creído por terceros. Inclusive su autorización tampoco cierra el conflicto de la manera esperada. Puede producir alivio, pero al mismo tiempo abre nuevas dudas. Un pedido de morir no permanece necesariamente igual durante el proceso en el que se le intenta comprender.

Este conflicto señala un problema estructural que excede la experiencia individual de quien sufre, y es el modo en que los sistemas normativos y clínicos exigen que ese sufrimiento sea traducido a criterios que determinan qué aspectos podrán ser considerados. El testimonio plantea así un problema de escucha y reconocimiento. Esta problemática no puede ser resuelta únicamente desde el derecho, porque remite a un núcleo clínico que exige herramientas de evaluación, criterios de juicio y una comprensión de la complejidad de la experiencia subjetiva del padecimiento. Tampoco puede ser respondida exclusivamente desde la psiquiatría, porque involucra dimensiones éticas, sociales y psicológicas que exceden el modelo biomédico tradicional. Es en ese cruce donde la psicología, como disciplina que se ocupa del sufrimiento, puede ofrecer herramientas específicas. A partir de este problema, se propone la siguiente pregunta: ¿cómo se evalúa el sufrimiento en las solicitudes de eutanasia y suicidio asistido asociadas a trastornos mentales en aquellas jurisdicciones donde estas prácticas pueden ser admitidas, y qué aportes puede ofrecer la psicología en el proceso de evaluación?

RELEVANCIA DE LA TEMÁTICA

Lejos de tratarse de una discusión puramente teórica, Calati et al. (2021), en su revisión sistemática, muestran que la mayor parte de los estudios disponibles provienen de Países Bajos y Bélgica, dos países que regulan estas prácticas desde hace más de dos décadas y que cuentan con mecanismos de revisión, informes públicos y producción académica sostenida.

En Países Bajos, las notificaciones de eutanasia pasaron de 8.720 en 2022 a 9.068 en 2023, 9.958 en 2024 y 10.341 en 2025. En términos relativos, representan el 5,1 % del total de muertes en 2022, el 5,4 % en 2023, el 5,8 % en 2024 y el 6 % en 2025 (Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, s. f.). Los casos en los que el sufrimiento está causado principalmente por uno o más trastornos psiquiátricos siguieron una curva menos lineal, de 115 en 2022 (1,3 % del total de eutanasias notificadas), 138 en 2023 (1,5 %), 219 en 2024 (2,2 %) y 174 en 2025 (1,68 %), lo que supuso un descenso cercano al 21 % en 2025 respecto del año anterior (Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, s. f.). En Bélgica, las eutanasias notificadas ascendieron de 2.966 en 2022 a 4.486 en 2025, es decir, del 2,5 % al 4 % del total de muertes (Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, 2025b, 2025c, 2026). Las condiciones psiquiátricas representaron el 1,4 % del total en 2024 y el 1,6 % en 2025 (Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, 2025b, 2026). Aunque las proporciones son bajas, trabajos como los de Dierickx et al. (2017) y Wels y Hamarat (2025) evidencian que esta práctica se ha instalado de manera persistente. No se trata de un fenómeno masivo, pero sí de una realidad clínica y normativa que ya no puede considerarse anecdótica.

La relevancia de esta tesina es también, y fundamentalmente, disciplinar. En países como Argentina y Chile, que han optado por legislaciones que actualmente fortalecen los cuidados paliativos sin abrir a la opción de la eutanasia, la discusión puede parecer lejana, pero no lo está. En Argentina, en los últimos años se han presentado múltiples proyectos de ley para regular la eutanasia y el suicidio asistido, aunque hasta el momento ninguno ha avanzado en su tratamiento legislativo (Honorable Cámara de Diputados de la Nación Argentina, 2026; Honorable Senado de la Nación Argentina, 2025). En paralelo, la Red de Cuidados, Derechos y Decisiones en el Final de la Vida del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET, 2023) realizó la primera encuesta nacional sobre eutanasia y suicidio asistido dirigida a profesionales de la salud, cuyos resultados revelaron que el 45 % de los profesionales había recibido pedidos de información sobre eutanasia por parte de pacientes y el 53 % por parte de familiares. Además, el 31 % recibió directamente pedidos de práctica de eutanasia por parte de pacientes y el 37 % por parte de familiares. El 80 % de los encuestados se manifestó a favor de legislar sobre la materia, mientras que el 15 % expresó estar en desacuerdo (CONICET, 2023). En

Chile, un proyecto de ley de eutanasia y suicidio asistido fue aprobado en 2021 por la Cámara de Diputados. En septiembre de 2025, la Comisión de Salud del Senado aprobó la idea de legislar con discusión inmediata directa del entonces presidente Gabriel Boric (Ministerio de Salud de Chile, 2025; Senado de Chile, 2025). En ese contexto, siete facultades de Medicina del país vecino emitieron una declaración pública conjunta en la que manifestaron su oposición, argumentando que la eutanasia contradice principios básicos de la ética médica y desnaturaliza la relación médico-paciente (Facultades de Medicina de Chile, 2025).

Nuestra región ya discute la regulación de estas prácticas. La cuestión es con qué herramientas conceptuales y clínicas responderán los profesionales y las instituciones ante estas solicitudes. Estudiar cómo otras jurisdicciones nombran, regulan y evalúan estas solicitudes supone ofrecer un punto de comparación para pensar una realidad que interpela a la clínica incluso antes de tener una traducción normativa propia.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Objetivo General

- Identificar cómo se evalúa el sufrimiento en las solicitudes de eutanasia y suicidio asistido asociadas a trastornos mentales en aquellas jurisdicciones donde estas prácticas pueden ser admitidas, y qué aportes puede ofrecer la psicología en dicho proceso de evaluación.

Objetivos Específicos

1. Examinar cómo las jurisdicciones seleccionadas construyen el sufrimiento asociado a trastornos mentales como fundamento, criterio o límite de acceso en las solicitudes de eutanasia y suicidio asistido.
2. Caracterizar los criterios clínicos que intervienen en la evaluación de las solicitudes de eutanasia y suicidio asistido en personas con trastornos mentales.

3. Delimitar los aportes y límites de la psicología en la comprensión y evaluación del sufrimiento asociado a trastornos mentales en solicitudes de eutanasia y suicidio asistido.

ALCANCES Y LÍMITES

En una temática como la eutanasia y el suicidio asistido en personas con trastornos mentales, la discusión se encuentra atravesada por debates jurídicos, clínicos, bioéticos, filosóficos, sociales y políticos. Esta tesina no busca resolver si la eutanasia y el suicidio asistido deberían admitirse en términos generales ni reconstruir exhaustivamente todas las legislaciones vigentes. El trabajo se limita a las solicitudes en las que el sufrimiento asociado a trastornos mentales constituye el fundamento principal, excluyendo otros escenarios clínicos como solicitudes basadas en condiciones somáticas con componente psicológico asociado o aquellas vinculadas exclusivamente con el cansancio de vivir. El interés de este trabajo es interrogar el lugar que ocupa el sufrimiento de origen psiquiátrico en las discusiones contemporáneas sobre la eutanasia y el suicidio asistido en personas con trastornos mentales, atendiendo especialmente a la forma en que ese sufrimiento es construido, delimitado y evaluado en el cruce entre la clínica, lo jurídico y la psicología.

La tesina se concentra especialmente en Países Bajos y Bélgica, por tratarse de jurisdicciones con mayor desarrollo normativo, institucional y empírico en torno a estas solicitudes. En ambos países, la existencia de registros, guías especializadas y organismos de revisión deja ver el recorrido que va desde la formulación legal del sufrimiento hasta su evaluación clínica. Otras jurisdicciones se incorporan en la medida en que introducen diferencias relevantes en el modo de admitir, restringir o excluir estas solicitudes.

ANTECEDENTES

La posibilidad de discutir hoy la eutanasia y el suicidio asistido por sufrimiento asociado a trastornos mentales surge de una serie de transformaciones en el modo en que las sociedades han concebido la muerte, el sufrimiento y, fundamentalmente, la autonomía individual.

Philippe Ariès (1983, como se citó en Jacobsen, 2016) describió el desplazamiento de una muerte “domesticada”, familiar, ritualizada y aceptada como parte del ciclo natural de la vida, hacia formas modernas de morir cada vez más apartadas de la vida comunitaria y atravesadas por las instituciones de salud. La muerte pasó así a ocurrir con mayor frecuencia en hospitales, bajo la mirada de profesionales y junto a tecnologías capaces de prolongar artificialmente la existencia. Ivan Illich (1976, como se citó en Evans, 2025) radicalizó esta crítica al sostener que la medicina moderna había expropiado a las personas su capacidad de morir. Para nombrar ese daño utilizó el concepto de *iatrogénesis*, cuya dimensión cultural refiere a la pérdida de saberes, rituales y actitudes que permitían atravesar la enfermedad, el dolor y la muerte con cierto grado de sentido. Desde esta perspectiva, la medicina moderna no sólo se apropió de la capacidad de curar, sino también de una parte de la experiencia de morir.

Décadas más tarde, Sharon Kaufman (2015, como se citó en LaPierre, 2016) a partir de su investigación etnográfica en hospitales estadounidenses, mostró cómo esta medicalización se profundizó con el envejecimiento poblacional y la proliferación de tecnologías capaces de sostener artificialmente la existencia. La prolongación tecnológica de la vida introduce una paradoja. La medicina puede sostener existencias en condiciones de extrema fragilidad, pero esa misma capacidad abre nuevas situaciones de sufrimiento e incertidumbre. En esa zona difícil de delimitar entre la vida y la muerte, donde las decisiones se toman en una constante ambivalencia, la pregunta por aquello que constituye una *buena muerte* se vuelve cada vez más difícil de responder. Daniel Callahan (1993, como se citó en Meier, 1993) vinculó esta paradoja al señalar que la medicina, al perseguir una extensión cada vez mayor de la vida, terminó ayudando a crear las condiciones necesarias para el surgimiento de ciertos movimientos que comenzaron a reclamar un mayor control sobre la propia muerte. A su vez, la doctrina del consentimiento informado reconstruida por Beauchamp (2011) desplazó el modelo paternalista hacia el reconocimiento de la autonomía del paciente para aceptar o rechazar tratamientos. Con el consentimiento informado, la voluntad del paciente comenzó a ocupar un lugar jurídico cada vez más relevante en las decisiones sobre el final de la vida.

Ahora bien, antes de que la autonomía se convirtiera en uno de los ejes del debate contemporáneo, se gestó un discurso cuyo efecto aún resuena en cualquier

discusión sobre eutanasia y salud mental. Brody y Cooper (2014), al analizar el texto *La autorización de la destrucción de la vida indigna de ser vivida* (Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens), publicado por Karl Binding y Alfred Hoche en 1920, muestran que los autores defendían la eliminación de personas cuyas vidas consideraban carentes de valor, entre ellas personas con enfermedades mentales graves o discapacidades intelectuales. El United States Holocaust Memorial Museum (2026) documenta que, entre enero de 1940 y agosto de 1941, 70.273 personas institucionalizadas con discapacidades psíquicas y físicas fueron asesinadas en los seis centros de exterminio en el marco del programa nazi Aktion T4. Aunque el régimen utilizó el término *eutanasia*, la lógica que organizaba ese programa era *eugenésica*, una política de higiene racial orientada a eliminar vidas consideradas improductivas o, como ellos denominaban, indignas de ser vividas. Broeckaert (2015), en su reconstrucción histórica de la eutanasia, insiste en que el debate contemporáneo se inscribe en una genealogía radicalmente distinta. Mientras que el programa nazi se basaba en la coerción, la selección eugenésica y la eliminación de vidas consideradas indignas, el debate actual se sostiene sobre principios completamente diferentes, como la voluntariedad, la solicitud informada y el respeto por la autonomía del paciente.

Durante las primeras décadas de discusión sobre eutanasia, el criterio central para considerar una solicitud era la presencia de una enfermedad terminal. En Países Bajos, sin embargo, comenzó a adquirir centralidad la exigencia de un sufrimiento insoportable y sin perspectiva de mejora, sin que la terminalidad fuera siempre una condición necesaria (RTE, 2026). Ese pasaje de la terminalidad al sufrimiento abrió la posibilidad de que el padecimiento psiquiátrico fuera considerado, al menos en principio, como fundamento autónomo de una solicitud. Según la reconstrucción de Kelly y McLoughlin (2002), el caso Chabot, de 1994, representó una primera traducción jurídica de ese desplazamiento. El caso involucraba a una mujer que solicitaba la eutanasia a partir de un sufrimiento psicológico insoportable tras la muerte de sus hijos, sin que mediara una enfermedad somática terminal. El médico actuante fue hallado culpable y, aunque no se le impuso pena, el caso dejó instalada una exigencia que luego sería relevante en el marco legal del país: cuando el sufrimiento alegado es de orden psiquiátrico, su evaluación exige una *cautela particular* que incluye la consulta a un psiquiatra independiente, una evaluación rigurosa de la

capacidad decisional y la verificación de que se han agotado las alternativas terapéuticas (Kelly & McLoughlin, 2002; van Veen, Widdershoven, et al., 2022). El caso Chabot dibujó el marco dentro del cual la discusión posterior tendría lugar.

A partir de ese hito, la práctica comenzó a ser documentada empíricamente. Groenewoud et al. (1997) publicaron uno de los primeros estudios que cuantificó el fenómeno en la práctica psiquiátrica neerlandesa. El trabajo estimó unas 320 solicitudes anuales de suicidio asistido dirigidas a psiquiatras y entre 2 y 5 casos efectivamente asistidos. Además, calculó unas 310 consultas anuales realizadas por médicos de otras especialidades a psiquiatras en relación con solicitudes de muerte asistida, lo que representaba aproximadamente el 3 % del total de solicitudes en la práctica médica general. La gran mayoría de las solicitudes no llegaba a concretarse, pero su volumen ya exigía una respuesta sistemática de la psiquiatría. Posteriormente, Schoevers et al. (1998) publicaron el primer trabajo centrado específicamente en la evaluación psiquiátrica de estas solicitudes. Allí identificaron algunos de los desafíos que son actualmente recurrentes en la literatura de este tema, como la dificultad de establecer la irremediabilidad del sufrimiento en cuadros psiquiátricos, la necesidad de distinguir entre un deseo de muerte impulsivo y una solicitud sostenida y reflexiva, y la importancia de la interconsulta con otros especialistas. Para fines de la década de 1990, ya existían solicitudes, algunas intervenciones efectivas y un debate clínico sobre cómo evaluarlas.

ESTADO DEL ARTE

En la literatura reciente sobre eutanasia y suicidio asistido por sufrimiento asociado a trastornos mentales, una parte importante de los estudios han examinado las características de quienes formulan estas solicitudes, la forma en que son recibidas por los profesionales y los problemas que introducen dentro de las instituciones y relaciones de cuidado.

Una primera línea de investigación ha caracterizado los perfiles clínicos y las trayectorias de quienes solicitan eutanasia o suicidio asistido por sufrimiento asociado a trastornos mentales. En Bélgica, Thienpont et al. (2015) analizaron retrospectivamente 100 solicitudes consecutivas presentadas en un servicio psiquiátrico ambulatorio de Flandes. La muestra incluía 77 mujeres y 23 varones, con

una edad media de 47 años. Ochenta y una personas permanecían fuera de la actividad laboral desde hacía un tiempo prolongado y 59 vivían solas. La comorbilidad era frecuente, ya que 90 presentaban más de un diagnóstico. Los trastornos del ánimo resistentes al tratamiento aparecían en 58 casos, incluidos 48 diagnósticos de depresión mayor y 10 de trastorno bipolar; los trastornos de personalidad estaban presentes en 50 y 29 personas reunían ambos diagnósticos. Treinta y ocho fueron derivadas a nuevas evaluaciones o tratamientos. La serie describía así un grupo predominantemente femenino, con dificultades laborales y alta comorbilidad.

Kammeraat et al. (2023) ampliaron esta caracterización mediante la revisión de 1.122 expedientes de personas con solicitudes potencialmente elegibles presentadas al Expertisecentrum Euthanasie de Países Bajos entre 2012 y 2018. En el conjunto, el 61,9 % eran mujeres, el 71,2 % se encontraba soltero y el 72,2 % vivía de manera independiente. La edad media era de 48 años. El 76 % presentaba más de un diagnóstico. La depresión constituía el diagnóstico principal en el 30,9 %, seguida por los trastornos de personalidad en el 11,1 %, la esquizofrenia en el 10,7 %, los trastornos del neurodesarrollo en el 9,9 %, el trastorno por estrés postraumático en el 9,4 % y el trastorno bipolar en el 7,8 %. Cuando se consideraban las comorbilidades, los trastornos de personalidad aparecían en aproximadamente la mitad de la muestra. El 54,6 % llevaba más de diez años vinculado con profesionales de salud mental y el 56 % había realizado al menos un intento de suicidio. El estudio reproduce el patrón de predominio femenino, comorbilidad, larga trayectoria asistencial y antecedentes de suicidalidad.

Los registros oficiales neerlandeses permiten examinar si algunas de estas características persisten entre quienes finalmente reciben la práctica. En los casos de eutanasia vinculados principalmente con trastornos mentales, las mujeres representaron el 69,6 % en 2021, el 74,8 % en 2022, el 79 % en 2023, el 71,7 % en 2024 y el 74,1 % en 2025. El predominio femenino se mantuvo durante todo el período y fue incluso más pronunciado que el observado por Kammeraat et al. (2023) entre el conjunto de solicitantes. Respecto a la distribución etaria, las personas menores de 30 años representaron entre el 9,6 % y el 15,9 % anual; aquellas de 30 a 59 años, entre el 41,3 % y el 50,7 %; y las de 60 años o más, entre el 35,6 % y el 51,3 %. Los casos realizados se distribuyeron, por lo tanto, entre la adultez joven, la mediana edad y edades avanzadas. Las RTE no publican una distribución agregada por diagnóstico

psiquiátrico específico, por lo que el seguimiento reciente de esa dimensión continúa dependiendo de investigaciones basadas en expedientes clínicos (RTE, s. f.).

En Bélgica, los informes bienales de la CFCEE permiten observar algunos cambios en la composición diagnóstica de los casos realizados. En 2018–2019, los trastornos de personalidad representaron el 45,6 % de las eutanasias por afecciones psiquiátricas y los trastornos del ánimo el 29,8 %. En 2020–2021, esas proporciones fueron del 22,2 % y el 40 %, respectivamente. Durante 2022–2023, los trastornos depresivos y bipolares reunieron el 48,6 % de los casos, mientras que los trastornos de personalidad representaron el 13,5 %. También se registraron diagnósticos relacionados con trauma, ansiedad o disociación en el 12,2 %, trastornos del espectro psicótico en el 8,1 % y trastornos del espectro autista en el 4,1 %. En ese último período, el 51,4 % de las personas tenía 60 años o más, más del 40 % registraba antecedentes de intentos de suicidio, el 31 % presentaba además un trastorno de ansiedad y el 22 % antecedentes de abuso sexual o violencia durante la infancia. Estas variaciones no permiten concluir que determinados diagnósticos hayan aumentado o disminuido en la población, debido al reducido número de casos y a los cambios introducidos en su codificación. Sí muestran que, durante el período más reciente con información detallada, los trastornos del ánimo concentraron casi la mitad de las eutanasias psiquiátricas notificadas y coexistieron con otros diagnósticos, antecedentes suicidas y experiencias traumáticas que excedían el diagnóstico principal (CFCEE, 2020, 2022, 2025c). Los documentos anuales correspondientes a 2024 y 2025 no actualizaron esta caracterización interna, por lo que 2022–2023 continúa siendo el período más reciente con información oficial detallada sobre el perfil de este grupo (CFCEE, 2025b, 2026).

Una segunda línea de investigación se ha centrado en la recepción profesional e institucional de estas solicitudes. Evenblij, Pasman, Pronk, et al. (2019), en un estudio transversal realizado en Países Bajos, enviaron un cuestionario a una muestra aleatoria de 500 psiquiatras, de los cuales respondió el 49 % de los profesionales elegibles. Los autores estimaron entre 1.100 y 1.150 solicitudes explícitas de eutanasia o suicidio asistido por sufrimiento psiquiátrico durante el período 2015–2016, frente a 60 o 70 casos efectivamente realizados. La distancia entre ambas cifras muestra que la formulación de una solicitud era considerablemente más frecuente que su aceptación y ejecución. En los 66 casos rechazados descritos por los profesionales,

la negativa se relacionó principalmente con la consideración de que no se cumplían los criterios legales, especialmente cuando todavía se identificaban posibilidades terapéuticas. La recepción profesional no dependía, por lo tanto, de una aceptación o rechazo general de la eutanasia psiquiátrica, sino de cómo cada solicitud era valorada frente a los requisitos de debido cuidado. En otro estudio, Evenblij, Pasman, van der Heide, et al. (2019) analizaron el apoyo de la población general y de los médicos hacia la eutanasia y el suicidio asistido en personas con trastornos psiquiátricos. A partir de una encuesta transversal aplicada a 1965 ciudadanos y 1374 médicos, los autores encontraron una distancia relevante entre la aceptación social y la disposición profesional. El 53% de la población general consideró que las personas con trastornos psiquiátricos deberían poder ser elegibles para estas prácticas. Entre los médicos, la disposición a realizarlas fue menor y varió según la especialidad, con un 20% en especialistas médicos, 39% en psiquiatras y 47% en médicos generalistas. La aceptación disminuía cuando la práctica dejaba de pensarse como un derecho general y pasaba a comprometer la responsabilidad clínica de un profesional.

En Bélgica, Verhofstadt et al. (2020) realizaron una encuesta a 184 psiquiatras sobre sus actitudes frente a la eutanasia en adultos con condiciones psiquiátricas y su disposición a participar en procedimientos de evaluación. El 74,5 % sostuvo que la eutanasia debía seguir siendo legalmente posible para estos pacientes, pero el 68,9 % cuestionó algunos enfoques adoptados por otros médicos durante la evaluación y solo el 50,3 % consideró compatible el procedimiento con la relación de cuidado psiquiátrico. La disposición a participar variaba según el grado de involucramiento, en el que el 68 % aceptaría orientar o derivar informalmente el caso hacia otro profesional, el 43,8 % participaría en una primera instancia de evaluación, el 30,3 % actuaría como médico consultor exigido por la ley y menos del 10 % aceptaría ser quien realizara la práctica. La existencia de una ley, entonces, no elimina la ambivalencia profesional, sino que la incorpora a la práctica. De Hert et al. (2015) se enfocaron en los enfermeros psiquiátricos. En una encuesta aplicada en 11 hospitales psiquiátricos de Flandes, Bélgica, con una tasa de respuesta del 70 % y 627 participantes, el 53 % de los enfermeros había recibido directamente una solicitud de eutanasia y el 69 % había tenido conocimiento de alguna solicitud a través de un compañero. El 84 % no objetaba la eutanasia en personas con sufrimiento mental insoportable, pero el 71 % reconocía falta de conocimientos y habilidades para abordar

adecuadamente estos pedidos. Casi la totalidad de los participantes, el 99 %, consideró que las solicitudes de eutanasia y otros problemas de final de vida deberían formar parte de la formación profesional en enfermería. Estos datos indican que la solicitud no se limita al encuentro con el médico, sino que también atraviesa los cuidados cotidianos sostenidos por otros profesionales dentro de las instituciones de salud.

Una tercera línea de investigación ha ubicado estas solicitudes dentro de un campo más amplio de cuidados de final de vida en personas con trastornos mentales graves y persistentes. Moureau et al. (2023), en una revisión de alcance sobre los aspectos éticos del cuidado de final de vida en esta población, identificaron tres núcleos recurrentes de discusión: la capacidad de decisión, el acceso justo a cuidados de calidad y la posibilidad de pensar formas de cuidado paliativo en contextos psiquiátricos. Esta revisión incluyó literatura publicada entre 2000 y 2021, y mostró que estas personas suelen atravesar padecimientos prolongados, limitaciones psicosociales importantes, mayor riesgo suicida, menor expectativa de vida y redes de apoyo más reducidas. En ese escenario, la pregunta por la eutanasia y el suicidio asistido aparece ligada a una dificultad más amplia, que es cómo cuidar cuando el sufrimiento mental se vuelve persistente y las respuestas disponibles no logran ofrecer un alivio suficiente. Moureau et al. (2025), en un estudio cualitativo realizado entre usuarios de servicios, familiares, cuidadores, directivos y expertos, exploraron experiencias y necesidades vinculadas al cuidado de final de vida en personas con trastornos mentales graves y persistentes. Los autores encontraron dificultades para desarrollar una planificación anticipada de cuidados, entendida como conversaciones previas sobre cómo desea ser cuidada la persona ante futuros escenarios de deterioro. También identificaron escasa discusión explícita sobre suicidio y eutanasia, y obstáculos para ofrecer cuidados paliativos en espacios de atención que resultaran conocidos para los pacientes. Las solicitudes de eutanasia fueron descritas como raras, pero éticamente complejas. Su baja frecuencia no evitaba el problema institucional, ya que cada solicitud obligaba a responder preguntas para las que los servicios no siempre contaban con criterios claros.

Evenblij (2019) sostiene que tanto los cuidados paliativos como la eutanasia y el suicidio asistido no encajan fácilmente dentro de la atención en salud mental, aunque por razones distintas. En el caso de los cuidados paliativos, la dificultad

aparece en instituciones históricamente organizadas alrededor de la recuperación, la seguridad y la prevención del suicidio. En el caso de la eutanasia y el suicidio asistido, la dificultad se vincula con la incertidumbre sobre la posibilidad de mejora, la variedad de tratamientos disponibles y el peso que adquiere la responsabilidad profesional ante un pedido de muerte. La discusión comienza, entonces, antes de que una persona formule el pedido de adelantar su muerte, en el modo en que la salud mental piensa sus propios límites frente a sufrimientos prolongados.

Una cuarta línea de investigación ha comenzado a estudiar la dimensión relacional de estas solicitudes. Pronk et al. (2023), en un estudio cualitativo realizado en Países Bajos, entrevistaron a 12 familiares de pacientes que tenían o habían tenido una solicitud de muerte asistida por sufrimiento asociado a una enfermedad mental. Los familiares describieron que podían comprender el deseo de morir de la persona y, al mismo tiempo, esperar que eligiera otra salida. Las experiencias con el proceso variaron desde vivencias íntimas y positivas hasta experiencias extremadamente difíciles. Algunos familiares expresaron, además, el deseo de estar más involucrados, porque entendían el recorrido hacia la muerte asistida como una trayectoria compartida. Helinck et al. (2025), en un estudio cualitativo con 18 familiares cercanos involucrados en trayectorias de eutanasia psiquiátrica en Bélgica, encontraron experiencias emocionales y cognitivas marcadas por la ambivalencia, la sensación de irrealidad y la necesidad de reconocimiento. Los familiares no siempre querían ocupar el mismo lugar dentro del proceso, pero sí demandaban algún grado de comprensión de su posición. El apoyo recibido dependía de la etapa de la solicitud, de la red de apoyo disponible y de las razones que sostenían el pedido. El estudio también identificó necesidad de comunicación transparente, acompañamiento emocional y apoyo práctico, incluso en los casos en los que la eutanasia finalmente no se concretaba. La solicitud, entonces, afecta también a quienes deben acompañar a esa persona mientras el proceso se sostiene o se interrumpe.

Gamondi et al. (2019), en una revisión sistemática sobre experiencias familiares en procesos de muerte asistida, mostraron que las familias suelen estar activamente involucradas cuando existe comunicación abierta, pero que sus necesidades han sido poco consideradas en guías clínicas y políticas institucionales. En diálogo con los estudios de Pronk et al. (2023) y Helinck et al. (2025), este antecedente permite pensar que la autonomía, aun cuando sea jurídicamente

individual, se despliega en un entramado relacional. En otras palabras, la decisión puede pertenecer a una persona, pero rara vez transcurre sin afectar a quienes la rodean.

Estas líneas dialogan con otros estudios que serán retomados en los capítulos siguientes, especialmente aquellos centrados en la experiencia subjetiva del sufrimiento, la irremediabilidad, la capacidad decisional y el aporte específico de la psicología. Los estudios revisados sitúan la solicitud en un espacio donde convergen profesionales, instituciones, familiares, modelos de cuidado y trayectorias previas. Así, queda abierta la pregunta que atraviesa este trabajo, y es cómo se construye el sufrimiento cuando debe funcionar, al mismo tiempo, como experiencia subjetiva, objeto de evaluación clínica y criterio normativo.

MARCO TEÓRICO

Hay padecimientos que han logrado nombrarse con cierta precisión. El *sufrimiento*, en cambio, se vuelve difícil de comprender cuando se le intenta encerrar demasiado rápido en una categoría. Puede expresarse mediante síntomas, acompañar un diagnóstico o hacerse visible en el cuerpo, pero ninguna de esas formas explica por sí sola lo que una persona vive cuando afirma que ya no puede continuar de la misma manera. Esta dificultad obliga a interrogar los lenguajes con los que la clínica y el derecho intentan comprender aquello que una persona padece.

Una perspectiva clásica del sufrimiento lo ofrece Eric Cassell (1982), quien lo define como un estado de aflicción grave asociado con acontecimientos que amenazan la integridad de la persona (p. 640). Para el autor, el sufrimiento no ocurre simplemente en un cuerpo, sino en una persona entendida como una unidad compleja, social y psicológica. Mientras la enfermedad puede clasificarse en una categoría médica, el sufrimiento compromete el modo en que ese padecimiento altera la continuidad de una vida. Cassell advierte, precisamente, que uno de los riesgos de la medicina moderna consiste en tratar la enfermedad sin atender suficientemente a quien la padece. El diagnóstico conserva su importancia, pero el sufrimiento exige atender también la forma singular en que una persona habita su propia vida.

Lo que Cassell advierte para la medicina en general se agudiza en el campo de la salud mental. Desde la psiquiatría, Yager (2021) señala que el sufrimiento en

pacientes con trastornos psiquiátricos constituye una dimensión central, aunque no siempre haya sido abordado como objeto específico de evaluación. Incluso advierte que el término *sufrimiento* (suffering) no aparece indexado en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) en su quinta edición, a pesar de que gran parte de la práctica psiquiátrica se organiza alrededor de personas que sufren. El riesgo es que el sufrimiento sea reconocido solo en la medida en que pueda convertirse en un diagnóstico. El autor caracteriza al sufrimiento en pacientes psiquiátricos como una experiencia subjetiva, particular y compleja, vinculada con pérdidas reales o anticipadas, necesidades frustradas y preocupaciones existenciales ligadas al sentido, el propósito y la continuidad. En las solicitudes de eutanasia y suicidio asistido asociadas a trastornos mentales, el diagnóstico suele funcionar como una condición de reconocimiento, que ofrece un lenguaje para traducir y legitimar determinadas experiencias de sufrimiento ante las legislaciones. Ese lenguaje no necesariamente coincide con el origen ni con la totalidad de la experiencia que intenta nombrar.

Esta diferencia puede pensarse desde el concepto de *sufrimiento psíquico* trabajado por Augsburger (2004) en el campo de la salud mental comunitaria. La autora propone que *“la emergencia del sufrimiento psíquico no conduce necesariamente a la enfermedad, puede tanto precederla como ser divergente de ella”* (p. 75). Esto implica que una persona puede experimentar un sufrimiento intenso sin reunir los criterios diagnósticos de ningún trastorno mental; incluso, cuando el sufrimiento coexiste con un diagnóstico, no se reduce a él, sino que conserva una dimensión que excede lo que el diagnóstico pretende enunciar. La autora sostiene que el sufrimiento psíquico se ubica como una categoría diferenciada de la enfermedad, precisamente porque permite destacar *“la dimensión subjetiva que constituye el proceso mismo de enfermar”* (p. 78). En ese sentido, el sufrimiento aparece como algo que se produce en el tiempo, bajo determinadas condiciones y con modos singulares de ser narrado. En palabras de Augsburger (2004), *“las condiciones concretas en que se generan los padecimientos les otorgan un carácter procesual e histórico que no queda expresado en las clasificaciones mórbidas”* (p. 75). El sufrimiento adquiere, entonces, un carácter situado.

Respecto a esto, en la literatura sobre enfermedades crónicas, Bury (1982) propuso el concepto de *interrupción biográfica* para describir a la enfermedad crónica

como un acontecimiento que altera la continuidad de la vida cotidiana, las expectativas sobre el futuro y las formas en que una persona se comprende a sí misma. En esta formulación, la enfermedad crónica no es solamente un hecho médico, sino una ruptura en la organización de la experiencia que obliga a reinterpretar el pasado, reorganizar el presente y revisar aquello que todavía puede esperarse del futuro. Charmaz (1983) profundizó estas ideas con el concepto “pérdida del sí mismo” en personas con enfermedades crónicas. La autora sostiene que una forma fundamental de sufrimiento aparece cuando las imágenes previas que una persona tenía de sí misma comienzan a desarmarse sin que se desarrollen simultáneamente otras imágenes de sí igualmente valiosas. Esta pérdida puede expresarse en vidas cada vez más restringidas, aislamiento social, desvalorización y sensación de convertirse en una carga para otros.

Estas formulaciones resultan especialmente pertinentes para los padecimientos mentales graves, persistentes o resistentes a tratamiento, ya que la literatura los describe en términos de cronicidad, recurrencia o ausencia de respuesta suficiente. Sufrir, desde esta lectura, puede significar dejar de reconocerse en la propia vida, depender de otros de un modo percibido como intolerable o sentir que la existencia quedó reducida a la repetición del propio padecimiento. Esta lectura biográfica puede ampliarse con el enfoque cultural-ecosocial de Gómez-Carrillo et al. (2023), que comprende la mente, el cerebro y la persona dentro de sistemas sociales, culturales y autorreflexivos. Para los autores, la psiquiatría debería incorporar la experiencia del paciente, su autocomprensión y su agencia, junto con procesos sociales, en la explicación de síntomas, trastornos y malestar. La experiencia de sufrir queda así inscrita en las realidades concretas donde se produce y adquiere sentido.

Ahora bien, para que ese sufrimiento ingrese en un procedimiento de eutanasia o suicidio asistido, debe ser narrado. La medicina narrativa de Charon (2001) sostiene que la práctica clínica requiere la capacidad de reconocer, interpretar y responder a las historias de enfermedad. En una solicitud de estas características, el relato del paciente funciona como el modo en que ese sufrimiento adquiere forma y entra en relación con una institución que debe interpretarlo. La persona no va a relatar solamente que sufre; intenta mostrar por qué ese sufrimiento se ha vuelto persistente.

En la literatura específica sobre eutanasia y suicidio asistido, esa experiencia de sufrir es denominada a partir del concepto *sufrimiento insoportable* (unbearable suffering).

Dees et al. (2011), en un estudio cualitativo con 31 pacientes que solicitaron eutanasia o suicidio asistido, identificaron dimensiones médicas, psicoemocionales, socioambientales y existenciales de este sufrimiento. Entre ellos, aparecen la fatiga, el dolor, el deterioro, los sentimientos negativos, la pérdida del sí mismo, el temor a un sufrimiento futuro, la dependencia, la pérdida de autonomía, el agotamiento, la sensación de ser una carga, la soledad, la pérdida de aquello que hace que la vida valga la pena, la desesperanza, la falta de sentido y el cansancio de vivir. Entre pacientes con diagnóstico o comorbilidad psiquiátrica, el sufrimiento tendía además a experimentarse como constante. Ruijs et al. (2014) definen al *sufrimiento insoportable* como una experiencia subjetiva de sufrimiento tan seria e incontrolable que sobrepasa la capacidad de soportarla. La insoportabilidad contiene así dos planos difíciles de separar. El límite pertenece a la experiencia de quien padece, aunque su carácter insoportable debe ser comprendido y valorado por terceros dentro del procedimiento.

La dificultad también compromete la credibilidad que recibe quien intenta comunicar su experiencia. Fricker (2007) la aborda mediante el concepto de *injusticia epistémica*, entendido como un daño ejercido contra alguien en su condición de sujeto capaz de conocer y comunicar su experiencia. La autora distingue dos formas relevantes para este debate. La *injusticia testimonial* se produce cuando un hablante ve devaluada la credibilidad de su palabra en función de un prejuicio sobre su identidad social; no se desconfía solo de lo que dice, sino de quién lo dice. La *injusticia hermenéutica* aparece cuando una persona se encuentra en desventaja para comprender o comunicar una experiencia porque los recursos interpretativos socialmente disponibles resultan insuficientes para nombrarla. Crichton et al. (2017), al trabajar la injusticia epistémica en psiquiatría, señalan que las personas con trastornos mentales se encuentran especialmente expuestas a esta forma de desautorización, porque el diagnóstico puede afectar la manera en que se recibe su testimonio. En nuestro debate, la persona debe dar cuenta de un sufrimiento suficientemente grave para fundamentar una solicitud de eutanasia o suicidio asistido, pero al mismo tiempo debe probar que ese mismo sufrimiento no invalida su capacidad de hablar sobre sí misma.

La psiquiatría enfrenta así la dificultad de que el diagnóstico que permite orientar la práctica clínica puede también erosionar la autoridad testimonial del paciente. Esta tensión no consiste en aceptar sin más todo relato de sufrimiento ni en desautorizarlo por provenir de una persona diagnosticada. Ambas posiciones empobrecen la complejidad de nuestro problema. La dificultad consiste en construir condiciones de escucha y evaluación que tomen seriamente el conocimiento situado de la persona, incluso cuando ese saber ocupa una posición subordinada frente a los lenguajes expertos.

A partir de este recorrido, la presente tesina entenderá *el sufrimiento asociado a trastornos mentales* como un *sufrimiento situado*, el cual alude a una experiencia de padecimiento que se configura en la relación entre síntomas, historia vital, vínculos, trayectorias de tratamiento, expectativas de alivio, continuidad biográfica, alteraciones del sí mismo y formas de reconocimiento clínico e institucional. El concepto ubica el sufrimiento dentro de una trayectoria y de las condiciones bajo las cuales llega a ser escuchado, sin confundirlo con el diagnóstico que lo acompaña. En el campo de la eutanasia y el suicidio asistido, este sufrimiento situado debe ser comunicado por quien lo padece, interpretado por profesionales y relacionado con categorías clínicas y normativas como sufrimiento insoportable, persistente, irremediable o sin perspectiva de mejora. Esa traducción hace posible su evaluación, pero también selecciona qué dimensiones serán reconocidas como relevantes y cuáles pueden quedar fuera.

METODOLOGÍA

Esta tesina desarrolla una revisión documental y bibliográfica de enfoque cualitativo y descriptivo. El análisis se concentra en la forma en que el sufrimiento asociado a trastornos mentales es nombrado, delimitado e interpretado dentro de las solicitudes de eutanasia y suicidio asistido. Para abordar este problema, se seleccionaron leyes, sentencias, reglamentos, informes de organismos de control, guías clínicas y documentos institucionales. Asimismo, se incluyeron estudios empíricos y cualitativos, artículos científicos, revisiones sistemáticas y trabajos teórico-clínicos vinculados con la eutanasia y el suicidio asistido en salud mental. En particular, se priorizaron Países Bajos y Bélgica, por ser las jurisdicciones con mayor desarrollo normativo, clínico e investigativo sobre el problema, y se complementó con

referencias a otras jurisdicciones cuando permitían visibilizar contrastes o tensiones significativas del debate.

La búsqueda bibliográfica se realizó principalmente en PubMed/MEDLINE y Google Scholar, junto con repositorios académicos, bases institucionales y sitios oficiales. Si alguno de estos sitios lo necesitaba, se recurrió a accesos institucionales universitarios habilitados para la consulta académica. Se utilizaron términos en español, inglés, francés y neerlandés, de acuerdo con las denominaciones adoptadas en cada jurisdicción. Entre ellos se incluyeron sufrimiento mental, sufrimiento psicológico, trastornos mentales, eutanasia, suicidio asistido y muerte médicamente asistida, además de mental suffering, psychological suffering, psychiatric suffering, irremediable psychiatric suffering, psychiatric disorders y medical assistance in dying. Las referencias de los estudios centrales también fueron revisadas para localizar otros documentos normativos, clínicos y empíricos.

Dado que parte de los documentos normativos y profesionales analizados fueron producidos en distintos países, se trabajó con los textos originales disponibles en línea y, cuando fue necesario, se realizaron traducciones propias al español para su análisis. Para las leyes, sentencias y páginas institucionales, se recurrió a los sitios oficiales correspondientes y, cuando existían traducciones institucionales al inglés o al español, estas se utilizaron como apoyo para la lectura y el contraste de los textos originales. Las traducciones propias al español se presentan en el desarrollo como paráfrasis de las fuentes originales; por este motivo, no se utiliza la expresión “traducción propia” en cada cita. En el caso de guías clínicas o documentos profesionales sin traducción oficial al español, se conservaron entre paréntesis los términos originales cuando estos condensaban categorías clínicas, jurídicas o procedimentales relevantes. Esta decisión busca preservar la precisión terminológica y facilitar el reconocimiento de las categorías utilizadas en el documento fuente.

El análisis siguió el recorrido que va desde la formulación normativa del sufrimiento hasta su evaluación clínica. Se examinaron los términos utilizados por cada jurisdicción, las condiciones exigidas para admitir una solicitud, los resguardos propuestos por las guías profesionales y las tensiones registradas en la literatura empírica. Esta lectura organiza los tres capítulos de la tesina. El primero estudia la

construcción normativa del sufrimiento; el segundo, su evaluación clínica; y el tercero, los aportes y límites de la psicología dentro de ese proceso.

ÍNDICE COMENTADO

El capítulo I sigue el pasaje del sufrimiento hacia el lenguaje jurídico. Se compara cómo distintas jurisdicciones hacen reconocibles las solicitudes asociadas a trastornos mentales y qué condiciones utilizan para admitirlas, restringirlas o excluirlas.

El capítulo II sigue cómo los criterios jurídicos ingresan en la clínica. A partir de guías profesionales y de la evidencia empírica, se reconstruye cómo se interpretan los criterios exigidos por la ley neerlandesa en torno a una solicitud basada en un trastorno mental.

El capítulo III desplaza la pregunta hacia la psicología. Se analiza qué conocimientos puede aportar esta disciplina para comprender el deseo de morir, reconstruir la trayectoria terapéutica y registrar los cambios que ocurren durante la evaluación, junto con los límites de su participación profesional actual.

CAPÍTULO I. LA CONSTRUCCIÓN NORMATIVA DEL SUFRIMIENTO ASOCIADO A TRASTORNOS MENTALES EN LA MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA

El campo internacional de la eutanasia y el suicidio asistido está atravesado por una evidente heterogeneidad terminológica. Mroz et al. (2021) enumeran expresiones como eutanasia, suicidio asistido por un médico (*physician-assisted suicide* [PAS]), asistencia médica para morir (*medical assistance in dying* [MAID]) o muerte voluntaria asistida (*voluntary assisted dying* [VAD]), y advierten que la variación en las etiquetas utilizadas puede aumentar la confusión y la controversia en torno a estas prácticas. Esta diversidad no es solamente lingüística. Al nombrar una práctica, también se delimita qué acción médica queda involucrada, qué lugar ocupa la persona solicitante, qué responsabilidad se le asigna al profesional y qué condiciones deben cumplirse para que una muerte sea jurídicamente admisible. La terminología también participa en la distribución de posiciones dentro del procedimiento.

La distinción entre eutanasia y suicidio asistido organiza buena parte de la literatura a partir del lugar que ocupa el profesional en el acto final. En la eutanasia, la acción letal es realizada por un tercero, habitualmente un médico, a pedido de la persona. En el suicidio asistido, el profesional prescribe o proporciona los medios, pero la administración final queda a cargo de quien solicita morir (Mroz et al., 2021). Sin embargo, reducir la diferencia al momento final del acto empobrece el problema. Una solicitud de este tipo no comienza con la administración de una sustancia, sino con un proceso previo de reconocimiento, evaluación y autorización. Allí se decide si la demanda será considerada jurídicamente admisible, clínicamente fundada y suficientemente autónoma. Downie et al. (2022) sitúan acá un problema de la comparación jurídica, ya que la diversidad terminológica genera confusión cuando no se explicita qué tipo de acción u omisión se intenta captar, quién interviene y bajo qué circunstancias. Una definición legal selecciona acciones, sujetos, condiciones y límites; por eso, ciertas intervenciones ingresan al campo de la muerte médicamente asistida, mientras otras permanecen dentro del universo más amplio de las decisiones médicas al final de la vida. Broeckaert (2009) ubica en ese campo más amplias prácticas como la limitación o retiro de tratamientos, la intensificación del alivio sintomático y la sedación paliativa, en las cuales la muerte puede ser prevista o incluso aceptada como

consecuencia de una decisión clínica orientada al alivio del sufrimiento. En la eutanasia y el suicidio asistido, en cambio, la muerte solicitada forma parte del resultado que la práctica pretende producir o facilitar bajo condiciones normativas específicas.

Esta distinción permite excluir del análisis expresiones equívocas como la denominada “eutanasia pasiva”. Mroz et al. (2021) señalan que dicho término ha sido utilizado para referirse a decisiones como no iniciar o retirar tratamientos de sostén vital, pero advierten que ese uso conduce a confusión, ya que en las jurisdicciones donde la eutanasia está legalmente regulada suele definirse como una práctica activa y voluntaria. Por ello, la limitación del esfuerzo terapéutico, el rechazo informado de tratamientos, las órdenes de no reanimación y el retiro de medidas de soporte vital no serán considerados aquí como muerte médicamente asistida en sentido estricto. Pertenecen a un campo clínico próximo, pero responden a otra lógica normativa.

Riisfeldt (2023) advierte que las controversias definicionales no dependen únicamente del acto técnico, sino también de los presupuestos filosóficos que organizan los usos de “eutanasia” y “suicidio asistido”, e identifica seis factores que suelen organizar sus controversias: la distinción entre matar y dejar morir; entre muertes intencionadas y muertes previstas; entre decisiones voluntarias, no voluntarias e involuntarias; entre pacientes terminales y no terminales; entre pacientes conscientes y pacientes en coma permanente o estado vegetativo; y entre pacientes que sufren y pacientes que no sufren. Estas diferencias introducen supuestos acerca de la intención, el consentimiento, la terminalidad, la conciencia y el sufrimiento. En esta tesina, la expresión *muerte médicamente asistida* (MMA) será utilizada como una categoría general para referirse a prácticas jurídicamente permitidas, reguladas o no penalizadas en las que un profesional de la salud participa en la producción o facilitación de una muerte solicitada, ya sea mediante eutanasia o suicidio asistido.

La comparación entre jurisdicciones exige, además, una precaución particular. Blouin y Pott (2022) sostienen que los regímenes de asistencia para morir no pueden analizarse como variantes neutras de un mismo modelo, porque se inscriben en contextos políticos, religiosos, culturales, institucionales y profesionales específicos. Por eso, antes de comparar, es necesario precisar qué aspecto será puesto en relación. Para esta tesina, lo comparable será la forma en que distintas normativas

convierten el sufrimiento en un criterio evaluable. En cada caso, lo que está en juego es si el sufrimiento asociado a trastornos mentales puede ser leído como una experiencia que funda una solicitud legítima, o si debe ser leído ante todo como aquello que pone en duda la legitimidad de quien la formula. El capítulo se organiza a partir de estos modos de inclusión, restricción o exclusión, comenzando por las jurisdicciones que han abierto esa puerta de manera más explícita.

1. Jurisdicciones que admiten el trastorno mental como fundamento autónomo

Países Bajos fue el país pionero en regular estas prácticas. La Ley de revisión de la terminación de la vida a petición y de la ayuda al suicidio (*Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*, WTL), vigente desde 2002, no deroga los artículos 293 y 294 del Código Penal neerlandés que tipifican la terminación de la vida a petición y la ayuda al suicidio, sino que establece una excepción de no punibilidad para los médicos que actúen conforme a los denominados “criterios de debido cuidado” (*zorgvuldigheidseisen*) y notifiquen los casos realizados a las Comisiones Regionales de Revisión de la Eutanasia (Regionale Toetsingscommissies Euthanasie [RTE]) (Países Bajos, 2001). El artículo 2 de la WTL establece seis criterios de debido cuidado: que exista una solicitud voluntaria y bien meditada; que el médico haya llegado a la convicción de que el paciente atraviesa un sufrimiento insoportable y sin perspectiva de mejora; que el paciente haya sido informado sobre su situación y sus perspectivas; que el médico haya llegado, junto con el paciente, a la convicción de que no existe ninguna alternativa razonable; que se haya consultado al menos a otro médico independiente; y que la práctica se lleve a cabo con el debido cuidado médico (Países Bajos, 2001). Una vez realizada la práctica, el médico debe notificarla al patólogo municipal, quien remite la documentación a una de las RTE. Cada comisión está integrada por un jurista, un médico y un experto en ética, y revisa si el profesional cumplió los criterios de debido cuidado establecidos por la WTL (RTE, 2026).

La WTL también contempla el acceso para menores, de los cuales entre los 16 y 17 años, los padres o tutores deben participar en el proceso, aunque su consentimiento no es requisito para realizar la práctica; entre los 12 y 15 años, en cambio, sólo puede realizarse con el consentimiento de los padres o tutores, siempre

que el menor sea considerado capaz de realizar una valoración razonable de sus propios intereses (Países Bajos, 2001).

La ley no define ninguno de los términos que menciona. Su interpretación ha quedado orientada por los criterios desarrollados por las RTE, por la EuthanasiaCode que esas comisiones publican y, para el ámbito específico de la salud mental, a partir de la guía *Terminación de la vida a petición en pacientes con un trastorno mental* (*Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische aandoening*), elaborada por la Asociación Neerlandesa de Psiquiatría (*Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie* [NVvP]), publicada en 2018 y complementada mediante actualizaciones modulares, incluido un addendum en 2025. Mientras la WTL fija los criterios legales, la EuthanasiaCode 2026 muestra cómo las RTE los interpretan al revisar los casos notificados; la guía de la NVvP, por su parte, ofrece una orientación profesional específica para los médicos que reciben solicitudes formuladas por pacientes con trastornos mentales (NVvP, 2018, 2025; RTE, 2026).

La EuthanasiaCode 2026 precisa que la WTL no exige que la enfermedad sea terminal ni que el sufrimiento sea de origen estrictamente físico, pero sí que ese sufrimiento insoportable tenga una base médica (*medische grondslag*). Quedan fuera, por tanto, las solicitudes fundadas exclusivamente en una vida cumplida (*voltooid leven*) o por el cansancio de vivir (*klaar met leven*) cuando no existe una condición médica que las respalde (RTE, 2026). Cuando la base médica se ubica en el campo de la salud mental, la guía de la NVvP especifica que debe estar respaldada por un trastorno mental (*psychische stoornis*) diagnosticable según los criterios del DSM-5, al que presenta como la clasificación más consensuada dentro de la práctica clínica (NVvP, 2018). De este modo, el sufrimiento asociado a trastornos mentales no queda excluido por no ser de carácter somático o terminal, pero tampoco ingresa al procedimiento como una experiencia desligada de una condición médica reconocible.

Cuando el sufrimiento insoportable se ubica en el campo de la salud mental, las RTE distinguen tres situaciones: que esté causado enteramente por un trastorno psiquiátrico, que resulte de una combinación entre una condición somática y un trastorno psiquiátrico, o que exista una condición somática acompañada por un trastorno psiquiátrico actual o reciente (RTE, 2026). En las dos primeras situaciones, la EuthanasiaCode 2026 exige que el médico actúe con una cautela particular

(*bijzondere behoedzaamheid*), la cual se dirige a los mismos criterios de debido cuidado de la WTL, pero revisados con mayor atención. Además, en esos casos la consulta independiente prevista por la ley debe realizarse, en principio, con un psiquiatra independiente o con un médico SCEN que también sea psiquiatra. El programa de Apoyo y Consulta en Eutanasia en los Países Bajos, *Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland* (SCEN), reúne a médicos especialmente formados para actuar como consultores en eutanasia y suicidio asistido.

Bélgica adoptó un esquema similar con la Ley de 28 de mayo de 2002 relativa a la eutanasia (*Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie*), vigente desde el 23 de septiembre de 2002, que regula exclusivamente esta práctica y establece las condiciones bajo las cuales el médico queda exento de responsabilidad penal (Bélgica, 2002; Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2026b). En su artículo 3, establece que el paciente debe ser mayor de edad o menor emancipado, capaz y consciente al momento de la solicitud; que la solicitud debe ser voluntaria, reflexionada y repetida, sin presión externa; y que el paciente debe encontrarse en una situación médica sin salida, con un sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable que no puede ser aliviado, resultante de una afección accidental o patológica grave e incurable (Bélgica, 2002). El médico debe asegurarse de la persistencia del sufrimiento y de la reiteración de la voluntad, para lo cual debe mantener varios encuentros con el paciente, separados por un plazo razonable según la evolución de su estado. También debe consultar a otro médico independiente, competente respecto de la patología concernida, quien debe revisar el expediente, examinar al paciente, pronunciarse sobre el carácter grave e incurable de la afección y constatar el carácter constante, insoportable y no aliviado del sufrimiento físico o psíquico (Bélgica, 2002). En los menores no emancipados, el paciente debe tener capacidad de discernimiento, la solicitud debe contar con el acuerdo de sus representantes legales, la muerte debe esperarse a breve plazo y el sufrimiento debe ser esencialmente físico. Por eso, una afección psiquiátrica por sí sola no permite justificar una eutanasia en estos casos (Bélgica, 2002; Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2026a).

En el mismo artículo 3, la ley diferencia los casos en que la muerte puede esperarse a breve plazo de aquellos en que no. Cuando el médico considera que la muerte no ocurrirá a breve plazo, debe consultar a un segundo médico, psiquiatra o

especialista en la patología concernida. Este segundo médico también debe revisar el expediente, examinar al paciente y pronunciarse sobre el carácter constante, insoportable y no aliviado del sufrimiento físico o psíquico, así como sobre el carácter voluntario, reflexionado y repetido de la solicitud. Además, debe transcurrir al menos un mes entre la solicitud escrita del paciente y la realización de la eutanasia (Bélgica, 2002). Esta distinción resulta fundamental para las solicitudes asociadas a trastornos mentales, ya que en esos casos la muerte no suele esperarse a breve plazo y la evaluación queda sometida a este procedimiento reforzado.

La Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia (Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie [CFCEE]) cumple, al igual que las RTE neerlandesas, una función de control posterior. La comisión está compuesta por dieciséis miembros efectivos, entre ellos ocho médicos, cuatro juristas y cuatro integrantes provenientes de ámbitos vinculados con pacientes que padecen enfermedades incurables. El médico que realiza una eutanasia debe remitirle, dentro de los cuatro días hábiles posteriores, el documento de registro previsto para que la Comisión verifique si la práctica se ajustó a las condiciones legales. Ese documento de registro muestra cómo debe ordenarse la relación entre afección y sufrimiento. En el apartado denominado "diagnóstico", el médico debe describir las afecciones médicas precisas y su gravedad, es decir, las condiciones accidentales o patológicas graves e incurables que están en la base de la solicitud. El formulario indica expresamente que allí no deben incluirse síntomas ni sufrimientos. Estos aparecen en un apartado diferente, donde debe señalarse si el sufrimiento fue físico, psíquico o mixto, describirlo y justificar por qué fue considerado no aliviado (CFCEE, 2025a). La afección nombra así la condición médica que debe ser identificada antes de calificar la experiencia que produce. Aunque la ley belga no remite al DSM-5 como el modelo neerlandés, tampoco recibe un sufrimiento desligado de una base clínica.

En el ámbito específicamente psiquiátrico, la Asociación Flamenca de Psiquiatría (Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie [VVP]) publicó un documento referido a las exigencias de cuidado ante solicitudes de eutanasia por sufrimiento psíquico insoportable a consecuencia de una afección psiquiátrica. En el modelo de informe recomendado, la VVP pide identificar los diagnósticos que fundamentan la solicitud y

reconstruir los síntomas, limitaciones, estado mental, tratamiento y evolución clínica (VVP, 2017).

Así, Países Bajos y Bélgica comparten una misma lógica normativa. Ambos reconocen que el sufrimiento asociado a trastornos mentales puede fundar una solicitud en estas prácticas, pero sólo cuando ese sufrimiento queda referido a una condición médica de base. El trastorno mental, como diagnóstico psiquiátrico en Países Bajos y como afección psiquiátrica en Bélgica, funciona simultáneamente como puerta de entrada y como razón para reforzar la evaluación de las condiciones en que fue formulado el pedido. No todas las jurisdicciones, sin embargo, han resuelto esta ambivalencia del mismo modo. Otras optaron por impedir que el trastorno mental funcione como fundamento autónomo de una solicitud.

2. Jurisdicciones que excluyen o restringen el trastorno mental como condición autónoma

Canadá ofrece el caso más ilustrativo de este grupo. La ayuda médica para morir (*medical assistance in dying*, MAID) fue legalizada mediante el *Bill C-14* en 2016, y modificada por el *Bill C-7* en 2021. Este régimen contempla tanto la eutanasia como el suicidio asistido. En el artículo 241.2 se establece que una persona es elegible para recibir MAID si posee una condición médica grave e irremediable, definida mediante tres criterios acumulativos: padecer una enfermedad, dolencia o discapacidad grave e incurable; encontrarse en un estado avanzado e irreversible de declive; y experimentar un sufrimiento físico o psicológico persistente e intolerable que no pueda ser aliviado en condiciones que la persona considere aceptables. Sin embargo, el apartado 241.2(2.1), introducido por el *Bill C-7*, dispone que una enfermedad mental no se considera una enfermedad, dolencia o discapacidad para los fines de ese criterio médico habilitante (Canadá, 1985). Esa exclusión fue prevista como temporal, y su levantamiento fue diferido primero hasta 2024 y luego hasta el 17 de marzo de 2027 mediante el *Bill C-62*, con la justificación de que las provincias y territorios necesitaban más tiempo para preparar guías, formar evaluadores y organizar recursos ante solicitudes consideradas especialmente complejas (Parliament of Canada, 2024). Más recientemente, el *Bill C-218* propuso establecer que un trastorno mental no constituya una condición médica grave e irremediable para recibir MAID. Aunque todavía no modifica el régimen vigente, evidencia que parte del debate canadiense busca

mantener la exclusión del trastorno mental como fundamento autónomo, y no preparar una futura inclusión (Parliament of Canada, 2025).

Nueva Zelanda, mediante la ley *End of Life Choice Act 2019*, vigente desde el 7 de noviembre de 2021, regula tanto la eutanasia como el suicidio asistido. En su sección 5, exige que la persona padezca una enfermedad terminal con pronóstico de seis meses, se encuentre en un estado avanzado e irreversible de declive de su capacidad física, experimente sufrimiento insoportable y sea competente (Nueva Zelanda, 2019). Se agrega, además, que una persona no es elegible por la sola razón de padecer cualquier forma de trastorno o enfermedad mental, tener una discapacidad o ser de edad avanzada (Nueva Zelanda, 2019). De manera similar en Australia, la *Voluntary Assisted Dying Act 2021* de Queensland establece que una persona con discapacidad o enfermedad mental puede ser elegible, pero no sólo por esa discapacidad o enfermedad mental (Queensland, 2021). En ambos casos, el trastorno mental puede coexistir con otra condición habilitante, pero no puede constituir, por sí solo, la condición que permite el acceso.

España, con la *Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia*, vigente desde el 25 de junio de 2021, regula tanto la eutanasia como el suicidio asistido. En su artículo 3.b define el padecimiento grave, crónico e imposibilitante como una situación asociada a limitaciones persistentes que llevan aparejado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable; también define la enfermedad grave e incurable como aquella que origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables (España, 2021). Sin embargo, la Sentencia del Tribunal Constitucional 19/2023 dictada el 22 de marzo de 2023 sostuvo que el padecimiento del artículo 3.b debe presentarse siempre como una dolencia o enfermedad somática en su origen, aunque los sufrimientos asociados puedan ser de orden psíquico, y agregó que esa interpretación excluye de raíz que la ley permita incluir como tales padecimientos la enfermedad psicológica o la depresión como fundamento autónomo (Tribunal Constitucional de España, 2023).

Así, Canadá, Nueva Zelanda, Queensland y España comparten una misma lógica restrictiva. A diferencia de Países Bajos y Bélgica, aquí el trastorno mental puede estar presente, coexistir con otras condiciones o explicar parte del padecimiento, pero no ocupa el lugar de fundamento autónomo de acceso. Al quedar

excluido como condición habilitante, el trastorno mental no desaparece necesariamente del procedimiento, sino que puede reaparecer como un posible motivo para interrogar la capacidad o voluntad de quien formula la solicitud.

3. Jurisdicciones donde el trastorno mental opera como problema de capacidad

Suiza y Alemania comparten la ausencia de una regulación legal específica que estructure la muerte médicamente asistida. En Suiza, el artículo 115 del Código Penal dispone que quien, por motivos egoístas (*aus selbstsüchtigen Beweggründen*), induzca o ayude a otro al suicidio será castigado si el suicidio se consuma o se intenta (Suiza, 1937). El Departamento Federal de Justicia y Policía explica que esos motivos existen cuando quien ayuda busca satisfacer un interés propio, material o afectivo, como acceder a una herencia, liberarse de una obligación de manutención, desprenderse de una persona odiada o buscar notoriedad. Al contrario, la asistencia al suicidio no queda prohibida en abstracto cuando no media ese tipo de interés, la persona conserva capacidad para decidir sobre su propia muerte y realiza por sí misma el acto final (Departamento Federal de Justicia y Policía, 2006). En 2006, el Tribunal Federal Suizo sostuvo que el derecho a decidir sobre el modo y momento de la propia muerte forma parte de la autodeterminación protegida por el artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos, siempre que la persona pueda formar libremente su voluntad y actuar conforme a ella. En ese mismo caso, referido a una persona con trastorno mental, el tribunal admitió que un padecimiento mental puede fundar una solicitud de suicidio asistido, pero exigió especial prudencia y una evaluación psiquiátrica profunda para distinguir una decisión autónoma de un deseo de morir producido por una afección tratable (Tribunal Federal Suizo, 2006).

La Academia Suiza de Ciencias Médicas (Swiss Academy of Medical Sciences, SAMS) señala que Suiza no cuenta con una ley nacional específica sobre suicidio asistido. En cambio, su marco se apoya en el Código Penal, la Ley de Estupefacientes, la autorregulación profesional y las reglas internas de las organizaciones de asistencia al suicidio. La SAMS aclara que, desde el punto de vista penal, la asistencia no está prohibida incluso respecto de personas sanas o menores con capacidad para decidir sobre su propia muerte. Sin embargo, en la práctica, las

organizaciones relevantes operan con criterios más restrictivos que los requerimientos penales (SAMS, s. f.).

En la práctica, organizaciones como Dignitas o Exit canalizan gran parte de las solicitudes. Exit acompaña sólo a personas mayores de edad con ciudadanía suiza o residencia en Suiza, mientras que Dignitas admite miembros adultos aunque no residan en el país, siempre que la asistencia se realice dentro del territorio suizo (Dignitas, s. f.-b; EXIT Deutsche Schweiz, s. f.-a). En relación con los trastornos mentales, Exit reconoce que personas con padecimientos mentales graves y prolongados pueden acceder a la asistencia al suicidio si conservan capacidad para decidir sobre su propia muerte. Sin embargo, aclara que estos casos son raros y quedan sometidos a condiciones más estrictas, entre ellas dos informes especializados independientes y, de ser necesario, la valoración positiva de una comisión de ética. También explicita que no ayuda a personas con depresión aguda, porque el deseo de morir no debe ser expresión de una crisis o de un trastorno tratable, sino una decisión autónoma, reflexiva, duradera y capaz de abarcar la situación completa de la persona (EXIT Deutsche Schweiz, s. f.-b). En Dignitas, se explicita que una solicitud basada en enfermedad mental o depresión es especialmente difícil, que no existe garantía de obtener una autorización provisional y que la calidad de los informes médicos resulta decisiva. Para estos casos, se solicita una descripción clara del diagnóstico, su origen y evolución, la prueba de las terapias intentadas y un informe psiquiátrico especializado sobre la capacidad de comprensión y juicio respecto del deseo de morir. Ese informe debe confirmar que el deseo no es un síntoma de la enfermedad mental, sino una decisión reflexiva y sostenida de una persona capaz de decidir sobre su propia muerte (Dignitas, s. f.-a). La propia SAMS aclara que, si debe asumirse que el deseo de suicidio es un síntoma actual de un trastorno mental, el médico no debe realizar la asistencia al suicidio y debe ofrecer tratamiento (SAMS, s. f.).

En Alemania, la sentencia del Tribunal Constitucional Federal de 26 de febrero de 2020 declaró nulo el artículo 217 del Código Penal, que prohibía la asistencia comercial o reiterada al suicidio, y sostuvo que el derecho general de la personalidad comprende el derecho a una muerte autodeterminada y a buscar ayuda de terceros para llevarla a cabo (Tribunal Constitucional Federal de Alemania, 2020). La sentencia removió la prohibición penal, pero no creó una ley que ordenara el procedimiento. Al

igual que en Suiza, la práctica quedó apoyada en las organizaciones de ayuda a morir y en sus criterios internos. En julio de 2023, el Parlamento rechazó dos proyectos orientados a regularla y aprobó, en cambio, una iniciativa destinada a fortalecer la prevención del suicidio (Bundestag alemán, 2023). En uno de ellos se proponía verificar la libre responsabilidad de la decisión mediante evaluaciones psiquiátricas o psicoterapéuticas; otro definía la voluntad autónoma como aquella que puede formarse libremente y sin estar influida por un trastorno psíquico agudo. El problema no es entonces admitir el trastorno mental como fundamento, sino determinar si afecta la formación autónoma de la decisión (Bundestag alemán, 2022a, 2022b).

Las organizaciones alemanas reproducen esa misma lógica. La Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) admite como miembros a personas naturales mayores de edad y exige, para mediar una asistencia al suicidio, que la persona conserve capacidad de juicio y decisión sobre su propia muerte, pueda comprender su situación, valorar alternativas y comunicar una decisión informada (DGHS, 2020, 2025). Cuando existen enfermedades psíquicas conocidas, puede requerir un certificado o informe de una persona especializada, como psiquiatra, psicoterapeuta o neurólogo, sobre la capacidad de la persona respecto del deseo de morir. Además, pide que se indiquen los tratamientos psiquiátricos o psicoterapéuticos realizados y sus resultados (DGHS, 2025). La DGHS también sostiene que, cuando el deseo de morir surge principalmente de una enfermedad psíquica, puede estar comprometida la capacidad de juicio, la decisión y la reflexión sobre alternativas. Por eso, en estos casos la mediación suele ser más larga y difícil, y puede requerirse una constancia del especialista tratante, del psicoterapeuta o un informe psiquiátrico que confirme la libre responsabilidad de la decisión. En la misma línea, Verein Sterbehilfe admite que puede acompañar a personas con enfermedad mental, pero exige que hayan considerado medidas terapéuticas y que el deseo de morir no sea expresión de un trastorno psíquico tratable. También reconoce que la revisión de estos casos suele durar más que en otros supuestos (DGHS, s. f.; Verein Sterbehilfe, s. f.).

Austria, en cambio, sí cuenta con una ley específica. La sentencia del Tribunal Constitucional de 11 de diciembre de 2020 declaró inconstitucional la prohibición absoluta de la ayuda al suicidio prevista en el artículo 78 del Código Penal, al considerar que impedía a la persona decidir sobre su muerte de manera libre y autodeterminada. El Tribunal sostuvo que el derecho a la libre autodeterminación

comprende también la posibilidad de recurrir a la ayuda de un tercero dispuesto a colaborar, siempre que la decisión de morir sea libre, informada y no meramente transitoria (Tribunal Constitucional de Austria, 2020). A partir de esa decisión, entró en vigor el 1 de enero de 2022 la Ley de Disposición para Morir (Sterbeverfügungsgesetz, StVfG), que regula únicamente el suicidio asistido (Austria, 2021). La StVfG rige para personas mayores de edad con residencia habitual en Austria o ciudadanía austríaca. También exige que la persona tenga capacidad decisoria para poner fin a su vida, tanto al momento de recibir la información médica como al momento de otorgar la disposición para morir. Esa capacidad debe estar fuera de toda duda, y la decisión debe ser libre y autodeterminada, sin error, engaño, coacción física o psíquica ni influencia de terceros (Austria, 2021).

La ley exige que la persona padezca una enfermedad incurable que conduzca a la muerte, o una enfermedad grave y duradera con síntomas persistentes cuyas consecuencias afecten de forma permanente toda su vida. Esa enfermedad debe producir, además, un estado de sufrimiento que no pueda evitarse de otro modo. Antes de otorgar la disposición para morir, deben intervenir dos médicos, uno de ellos con calificación en medicina paliativa. Ambos deben confirmar de manera independiente que la persona conserva capacidad decisoria para poner fin a su vida y que expresó una decisión libre y autodeterminada. Si surge un indicio de que la persona presenta un trastorno psíquico con entidad de enfermedad y que ese trastorno podría ser la causa del deseo de morir, debe ordenarse una aclaración y asesoramiento por un especialista en psiquiatría o por un psicólogo clínico antes de continuar el procedimiento (Austria, 2021). Se aclara que las personas con trastornos mentales pueden, en principio, acceder al suicidio asistido, porque la ley no diferencia entre enfermedades somáticas y psíquicas. Sin embargo, también advierte que, cuando el deseo de morir fue formado exclusivamente a causa y en el estado de una enfermedad psíquica, por regla general no habrá capacidad decisoria suficiente (Forum Autonomie am Lebensende, 2024). En 2024, el Tribunal Constitucional sostuvo que el legislador podía limitar el acceso a los casos de enfermedad incurable mortal o enfermedad grave y duradera, y que se busca asegurar que la persona conserve capacidad decisoria y haya formado una decisión libre y autodeterminada (Tribunal Constitucional de Austria, 2024).

En los tres casos, el trastorno mental no funciona principalmente como fundamento autónomo de acceso, sino como una posible afectación de la voluntad que debe ser descartada antes de reconocer la solicitud como libre y capaz. De este modo, el sufrimiento asociado a trastornos mentales queda subordinado a una pregunta previa por la autonomía de la decisión. Esta idea, en menor medida, reaparece en las regulaciones latinoamericanas.

4. Jurisdicciones latinoamericanas

En América Latina, la muerte médicamente asistida ha ingresado principalmente por vías jurisprudenciales y, más recientemente, también por vía legislativa. Colombia fue el primer país de la región en admitir la eutanasia por vía jurisprudencial. La Corte Constitucional, en la Sentencia C-239 de 1997, vinculó el vivir en forma digna con el morir con dignidad y sostuvo que la sanción penal del homicidio por piedad no era aplicable cuando un médico actuaba ante la solicitud libre de una persona que padecía sufrimientos intensos en condiciones extremas (Corte Constitucional de Colombia, 1997). Más tarde, la Sentencia C-233 de 2021 amplió el marco más allá de la enfermedad terminal, al admitir la eutanasia ante lesión corporal o enfermedad grave e incurable que produzca intenso sufrimiento físico o psíquico. En 2022, la Sentencia C-164 declaró inconstitucional la penalización de la asistencia médica al suicidio en supuestos equivalentes (Corte Constitucional de Colombia, 2021, 2022). La Resolución 813 de 2026 actualizó la ruta de atención y derogó expresamente las Resoluciones 825 de 2018 y 971 de 2021, con el objetivo de regular el derecho a morir dignamente en las dimensiones de eutanasia y adecuación de los esfuerzos terapéuticos, por lo que todavía no se ha desarrollado una ruta administrativa específica para el suicidio asistido. Para la eutanasia, el procedimiento exige una condición de salud extrema, sufrimiento intenso e insoportable, capacidad y competencia mental para decidir, y ausencia de alternativas razonables de tratamiento específico o alivio de síntomas. Una vez expresada la solicitud, el médico debe constatar esos requisitos, registrarla en la historia clínica, reportarla dentro de las primeras veinticuatro horas y activar el Comité Interdisciplinario de Eutanasia (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2026).

En los casos de personas mayores de edad, ese Comité debe estar integrado por un médico especialista en el diagnóstico principal que genera la condición de salud

extrema, un abogado y un psiquiatra o psicólogo clínico. Si la institución presta servicios exclusivos de psiquiatría en una unidad de salud mental de alta complejidad, debe designar siempre dos psiquiatras y un abogado (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2026). En menores de edad, la regulación agrega requisitos vinculados con la autonomía progresiva. Entre los 6 y 12 años, la solicitud sólo puede admitirse de manera excepcional si el niño o niña alcanza un desarrollo neurocognitivo y psicológico que le permita tomar una decisión libre, voluntaria, informada e inequívoca, y si comprende la muerte con el nivel esperado para una persona de 12 años o más. Entre los 6 y los 14 años se exige la participación de quien ejerce la patria potestad; entre los 14 y 17 años esa participación no es obligatoria, aunque siempre debe informarse a quien la ejerza. Si existe desacuerdo entre el adolescente y sus representantes, prevalece la decisión del adolescente cuando cuenta con capacidad para decidir frente a la eutanasia. En estos casos, además, deben evaluarse el concepto de muerte según edad evolutiva y la condición psicológica y emocional (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2026).

La Resolución 813 dispone que las condiciones de salud extrema cuyo origen sea una enfermedad o trastorno mental pueden constituir enfermedad grave e incurable cuando cumplan las características previstas para esa categoría. Esto significa que el trastorno mental puede fundamentar una solicitud, siempre y cuando se configure como una condición grave e incurable, clínicamente validada, asociada a sufrimiento intenso e insoportable, y sin alternativas razonables de tratamiento específico o alivio de síntomas conforme a la situación de la persona (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2026). En el caso de los trastornos mentales, el Comité debe verificar, antes de decidir, que exista refractariedad documentada frente a alternativas terapéuticas y psicosociales razonables, conforme a la práctica clínica aceptada. También debe constatar que no se trate de una fase aguda susceptible de estabilización clínica inmediata. Si existe fluctuación de la capacidad para tomar decisiones o dudas razonables, el Comité puede posponer la decisión hasta una ventana de capacidad (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2026).

En Ecuador, la Corte Constitucional resolvió, mediante la Sentencia 67-23-IN/24, que no debía sancionarse al médico que practicara una eutanasia activa cuando una persona la solicitara mediante un consentimiento inequívoco, libre e

informado, a causa de un sufrimiento intenso proveniente de una lesión corporal grave e irreversible o de una enfermedad grave e incurable. La sentencia ordenó además al Ministerio de Salud Pública dictar una regulación provisional mientras se expidiera una ley específica (Corte Constitucional del Ecuador, 2024). El Acuerdo Ministerial 00059-2024 regula provisionalmente el procedimiento y exige nacionalidad ecuatoriana o residencia permanente, mayoría de edad, plenitud de capacidades mentales y legales, y conciencia al momento de la solicitud. La solicitud debe ser informada, inequívoca, persistente y expresada directamente por el paciente. A ello se agrega un informe médico con diagnóstico definitivo de enfermedad grave e incurable o lesión corporal grave e irreversible, evolución del cuadro, tratamientos recibidos, cuidados paliativos, pronóstico, funcionalidad y calidad de vida (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2024). La solicitud debe ser revisada por un Comité Interdisciplinario integrado por tres médicos especialistas según el caso, un psicólogo clínico, un psiquiatra, un abogado, un bioeticista, un trabajador social y un representante de la sociedad civil de un Comité de Ética Asistencial para la Salud. Una vez activado, el Comité debe emitir resolución en un plazo máximo de diez días (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2024).

En el informe psicológico clínico se exige valorar los dominios cognitivo, emocional, psicosocial y mental, con el fin de determinar la habilidad de la persona para tomar decisiones libres y voluntarias. El informe psiquiátrico debe valorar integralmente el estado mental y determinar la inexistencia de un desorden psíquico que cause inhabilidad en la toma de decisiones libres y voluntarias (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2024). De este modo, la intervención psicológica y psiquiátrica no está pensada para construir el sufrimiento asociado a trastornos mentales como fundamento autónomo de acceso, sino para verificar que la decisión pueda ser reconocida como libre y voluntaria. Esto se refuerza con el proyecto de Ley Orgánica de la Eutanasia discutido en 2026, que propone que la sola existencia de un trastorno mental no basta por sí misma para habilitar el procedimiento ni para presumir incapacidad (Asamblea Nacional del Ecuador, 2026).

Uruguay introdujo una novedad en la región con la Ley N.º 20.431, promulgada el 24 de octubre de 2025 y reglamentada por el Decreto N.º 76/026 en 2026. La ley regula la eutanasia y limita su acceso a personas mayores de edad, psíquicamente aptas, uruguayas o extranjeras con residencia habitual en el país. La persona debe

cursar la etapa terminal de una patología incurable e irreversible, o padecer sufrimientos que le resulten insoportables como consecuencia de patologías o condiciones de salud incurables e irreversibles, con grave y progresivo deterioro de la calidad de vida (Uruguay, 2025, 2026). Por un lado, define a una persona psíquicamente apta como aquella capaz de comprender cabalmente su situación de salud, evaluar los tratamientos y alternativas posibles, y tomar decisiones conforme a su real saber y entender. Por otro lado, entiende por patología o condición incurable e irreversible una enfermedad o condición clínica determinada por una o más enfermedades, de curso progresivo y sin posibilidades de respuesta a un tratamiento curativo eficaz conforme a la evidencia médica disponible. En ese marco, los sufrimientos insoportables pueden consistir en síntomas físicos o psíquicos, pero deben derivar de una patología o condición incurable e irreversible, persistir en el tiempo, mostrarse resistentes o refractarios a los tratamientos y ser percibidos por la persona como incompatibles con su dignidad o integridad (Uruguay, 2026).

El procedimiento inicia ante un médico actuante, quien debe constatar que la voluntad sea libre, seria y firme, analizar la historia clínica e informar sobre las alternativas disponibles, especialmente los cuidados paliativos. Ese primer médico cuenta con hasta tres días para pronunciarse sobre la admisibilidad de la solicitud y dejar constancia de su decisión. Si considera cumplidos los requisitos, interviene un segundo médico, internista o especialista en la patología de la persona solicitante, quien debe estudiar la historia clínica y mantener una consulta presencial dentro de un plazo máximo de cinco días. Si ambos médicos coinciden, el procedimiento continúa; si discrepan, debe intervenir una junta médica (Uruguay, 2025, 2026).

Esta junta debe estar integrada por un médico psiquiatra, un médico especialista en la patología de la persona solicitante y un tercer médico que puede ser internista o especialista en cuidados paliativos. Si la solicitud avanza, la persona debe ratificar su voluntad ante el médico actuante y dos testigos, no antes de cinco días desde el inicio del procedimiento, salvo que exista riesgo de perder la capacidad de expresar válidamente su voluntad (Uruguay, 2025, 2026). El Protocolo aprobado por el Ministerio de Salud Pública agrega que el médico debe valorar especialmente la presencia de depresión, confusión y el sufrimiento en sus distintos dominios (Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2026). En ese sentido, Uruguay ocupa un lugar todavía ambiguo dentro de nuestra región. Si bien la normativa admite que los sufrimientos

insostenibles pueden incluir dimensiones psíquicas, los mantiene vinculados a la existencia de una patología o condición de salud incurable e irreversible, cuya interpretación aún no está del todo clara. Esto dificulta sostener que un trastorno mental, por sí solo, habilite el acceso al procedimiento. El alcance de esta regulación dependerá, por tanto, de la práctica médica y de los primeros casos que pongan a prueba estas categorías.

El panorama latinoamericano muestra formas todavía inestables de ubicar a los trastornos mentales dentro de la muerte médicamente asistida. La diferencia no pasa solo por permitir o restringir su ingreso al procedimiento, sino por la función que se les asigna, ya que pueden funcionar como parte del fundamento de la solicitud, como criterio para evaluar si la decisión puede ser reconocida como libre, o como una cuestión todavía abierta a interpretación. En cualquier caso, la salud mental ya forma parte del lenguaje normativo en la región; lo que sigue en debate, y nos compete para el capítulo II, es cómo debe ser evaluada una solicitud por un trastorno mental.

El sufrimiento asociado a trastornos mentales llega así al derecho después de atravesar ciertas exigencias. Debe quedar anclado a una condición médica, responder a determinados calificativos y sostenerse frente a una evaluación de la voluntad de quien lo enuncia. La dificultad que le sigue empieza cuando esos criterios legales ingresan al procedimiento clínico de evaluación, el cual será nuestro problema en el capítulo II.

CAPÍTULO II. LA EVALUACIÓN CLÍNICA DE LAS SOLICITUDES DE MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA ASOCIADAS A TRASTORNOS MENTALES

Aquello que la norma denomina sufrimiento insoportable, ausencia de perspectiva o falta de alternativas razonables debe ser escuchado, interpretado y situado dentro de una trayectoria de padecimiento y tratamiento. La jurisdicción que ha desarrollado esta evaluación con mayor sistematicidad es Países Bajos, a través de la guía *Terminación de la vida a petición en pacientes con un trastorno mental* (*Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische aandoening*), elaborada por la Asociación Neerlandesa de Psiquiatría (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie [NVvP]). La guía fue publicada originalmente en 1998, revisada en 2009 y 2018, y actualizada mediante módulos desde 2024 (NVvP, 2026). Como contrapunto se utilizará el texto de recomendaciones de la Asociación Flamenca de Psiquiatría (Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie [VVP]) sobre las solicitudes de eutanasia por sufrimiento psíquico insoportable, publicado en 2017. La propia asociación aclara que el documento no constituye una guía formal y que se apoya principalmente en la versión neerlandesa (VVP, 2017).

La guía neerlandesa retoma que, en el sentido legal, la WTL exige la consulta a otro médico independiente, sin establecer que deba tratarse de un psiquiatra. En cambio, la *EuthanasiaCode 2026* establece que, cuando la solicitud se funda en un trastorno mental, debe intervenir un psiquiatra independiente, ya sea además del médico consultor SCEN regular o mediante un médico SCEN que sea también psiquiatra (RTE, 2026). La guía organiza el proceso en cuatro fases sucesivas. En la fase de solicitud (*Verzoekfase*), el médico explora el deseo de morir y decide si investiga el pedido. En la fase de evaluación (*Beoordelingsfase*), el médico evalúa los primeros cuatro criterios de debido cuidado, solicita una segunda opinión psiquiátrica, consulta a otros profesionales e involucra a la familia. En la fase de consulta (*Consultatiefase*), un médico SCEN independiente evalúa si se cumplen los criterios legales. En la fase de ejecución (*Uitvoeringsfase*), se realiza el procedimiento, se notifica a las RTE y se atienden los cuidados posteriores. Este orden introduce el tiempo como un tipo de resguardo, ya que se anticipan semanas para explorar la solicitud e incluso meses para completar el procedimiento (NVvP, 2026).

1. Cuando el paciente habla de morir

La fase de solicitud comienza cuando el paciente expresa un deseo de eutanasia (*euthanasiewens*), un deseo de muerte (*doodswens*) o cuando aparecen señales que hacen necesario interrogar esa posibilidad de manera explícita. Puede tratarse de situaciones en las que familiares, allegados, cuidadores u otros profesionales informan que el paciente ha manifestado un deseo de morir o ha hablado de eutanasia. En esos casos, la guía recomienda que el médico introduzca activamente el tema, en lugar de esperar a que el paciente lo formule espontáneamente. La guía asigna al médico la responsabilidad de abrir un espacio en el que el deseo de morir pueda discutirse de manera accesible y sin ser descartado de antemano. La escucha debe transmitir apertura, claridad, respeto y compasión, de modo que el paciente perciba que su sufrimiento y su solicitud son tomados en serio (NVvP, 2026).

La posibilidad de hablar también depende de quien recibe la solicitud. La guía pide que el médico reconozca tanto los obstáculos de principio como los personales para hablar de la muerte y de la eutanasia en psiquiatría, entre los cuales se incluyen las convicciones morales, religiosas o filosóficas, la oposición de principio a la eutanasia en pacientes con trastornos mentales, la angustia personal frente a la muerte o experiencias recientes de pérdida. El concepto de *doctors delay* nombra precisamente el retraso producido por el propio médico cuando posterga conversar sobre el deseo de morir pese a contar con señales suficientes para hacerlo. Además, como la eutanasia y la ayuda al suicidio no constituyen un derecho del paciente ni una obligación del médico, el profesional puede no considerarse capaz de evaluar o ejecutar el pedido por razones profesionales, éticas, personales o situacionales. Sin embargo, debe comunicar tempranamente su posición, explicar al paciente si decide iniciar o no el procedimiento a partir de una valoración global de los criterios de debido cuidado y, cuando sea posible, incluir también a la familia y allegados en esa comunicación. Si se niega por razones personales o de principio, debe ayudar al paciente a encontrar otro médico dispuesto a evaluar el caso y asegurar un manejo adecuado de la información (NVvP, 2026).

Para la exploración sistemática del deseo de muerte, la guía retoma una propuesta de Keirse (2009, como se citó en NVvP, 2026), psicólogo clínico belga,

organizada en cuatro ejes. El primero indaga sobre su durabilidad, atendiendo desde cuándo está presente, qué decisiones difíciles ha debido tomar el paciente, cómo enfrentó esas situaciones, frente a quién formuló por primera vez la solicitud, con quién la ha conversado, si otros tratantes se encuentran informados y si el pedido fue formulado por escrito. El segundo eje explora los motivos que sostienen ese deseo, como qué lleva al paciente a formularlo en ese momento, si predomina una tristeza o angustia avasallante, si aparecen pensamientos o vivencias dominantes como sentimientos de culpa, si incide la imposibilidad de contactar con otros o de dar forma y contenido a la vida, y si la pérdida de personas significativas participa en el deseo actual. El tercero propone una estimación global de los criterios de debido cuidado, evaluando si el paciente parece capaz respecto de la solicitud, si el sufrimiento parece sin perspectiva e insoportable, si aún existen posibilidades de hacer la vida soportable, si comprende la naturaleza de su afección y si atravesó efectivamente las alternativas razonables disponibles. El cuarto eje examina la posición de la familia y allegados, considerando si el paciente compartió su deseo con ellos, cómo imagina o vivió sus reacciones, qué vínculos le preocupan, qué quisiera hacer todavía con o por esas personas y si siente que constituye una carga para su entorno. Esta sección enfatiza, entonces, la necesidad de hacer visible la historicidad del deseo de morir.

El texto de la VVP organiza esta escucha inicial mediante la noción de política de doble vía (*tweesporenbeleid*). Según el documento, los contactos vinculados con una solicitud de eutanasia deben permanecer orientados hacia el deseo de muerte y, al mismo tiempo, hacia la vida. Esto implica explorar y evaluar la solicitud, pero también sostener una orientación terapéutica dirigida a que el paciente pueda construir una vida significativa aun en presencia de sufrimiento y limitaciones. Por eso, durante la evaluación deben mantenerse involucrados el psiquiatra tratante y, cuando corresponda, otros profesionales activos en el cuidado, de modo que la solicitud no suspenda el tratamiento ni interrumpa las posibilidades de recuperación (VVP, 2017).

Respecto a la exploración del deseo de morir, la guía neerlandesa exige distinguir entre suicidalidad (*suïcidaliteit*) y una solicitud de terminación de la vida (*verzoek om levensbeëindiging*), ya que aunque no son equivalentes, se menciona que pueden superponerse. La guía asocia el comportamiento suicida como impulsiva y como expresión de una psicopatología subyacente; en esos casos, el deseo de muerte puede ser transitorio, la persona por lo general no es plenamente capaz respecto de la

elección de morir, todavía puede esperarse un efecto del tratamiento y no suele solicitarse a un tercero que ejecute el deseo de muerte. Ante esta situación, la guía indica que debe realizarse una evaluación del riesgo conforme a las recomendaciones sobre suicidalidad, mantener contacto con el paciente, protegerlo y, si corresponde, recurrir a medidas coercitivas dentro del marco legal, orientando la intervención al tratamiento de la problemática psiquiátrica subyacente. En cambio, una solicitud de terminación de la vida exige un deseo de muerte consistente y duradero, formulado como una solicitud voluntaria y bien meditada, en el contexto de un sufrimiento considerado insoportable y sin perspectiva. En ambos casos puede existir un deseo de morir, pero difieren en la consistencia, la durabilidad y el origen de ese deseo. La guía reconoce que el límite entre suicidalidad y solicitud de muerte asistida puede incluso difuminarse cuando la suicidalidad se encuentra presente de manera duradera en un trastorno mental crónico, cuando el paciente puede formarse un juicio razonado sobre su trastorno y cuando busca ayuda profesional para realizar su deseo de muerte. De hecho, remarca que el paciente que solicita la terminación de la vida solo podrá ver cumplida su solicitud si logra controlar sus impulsos suicidas durante un proceso que puede ser prolongado (NVvP, 2026).

Esta distinción, que en la guía aparece como criterio clínico, fue observada por Pronk et al. (2021), quienes entrevistaron a 20 médicos generales y 17 psiquiatras neerlandeses para indagar cómo diferencian entre suicidio y muerte asistida en pacientes con sufrimiento psiquiátrico. Los autores encontraron que los profesionales organizan esa diferencia a partir de tres formas de deseo de muerte: suicidalidad impulsiva, suicidalidad crónica y deseos racionales de muerte. La primera aparece ligada a la crisis aguda, la urgencia y la expectativa de respuesta terapéutica; la segunda introduce un deseo de morir que puede persistir durante años, entrelazado con un trastorno mental crónico; y la tercera es interpretada como una decisión más estable, vinculada a una evaluación deliberada de un sufrimiento considerado irremediable. Para distinguir entre estas formas, los médicos evalúan si el deseo de morir forma parte de la psicopatología, si se sostiene de manera consistente en el tiempo y si todavía se lo considera tratable. Sin embargo, algunos profesionales consideraban que la muerte asistida podía justificarse incluso cuando el deseo de muerte formaba parte de la psicopatología, siempre que el sufrimiento fuera insoportable e irremediable.

Cuando estas solicitudes ingresan al procedimiento, esa distinción debe sostenerse en procesos extensos y con desenlaces heterogéneos. Kammeraat et al. (2023) revisaron 1.122 expedientes de pacientes con trastornos psiquiátricos que presentaron solicitudes potencialmente elegibles al Expertisecentrum Euthanasie entre 2012 y 2018. Los autores encontraron que 653 solicitudes fueron rechazadas (58,2%), 249 retiradas (22,2%) y 220 consideradas potencialmente elegibles (19,6%). Dentro de este último grupo, 154 pacientes recibieron eutanasia o asistencia al suicidio (70%), 41 murieron por suicidio (19%) y 25 por causa natural (11%). Además, el estudio señala que, por la escasez de psiquiatras, la evaluación completa podía tomar en promedio dos años, y que el 8% de quienes retiraron su solicitud lo hicieron porque el procedimiento tomaba demasiado tiempo.

En una población más joven, Schwaren et al. (2025) analizaron 397 solicitudes de muerte médicamente asistida por sufrimiento psiquiátrico, realizadas por 353 personas neerlandesas menores de 24 años entre 2012 y 2021. Los resultados muestran que 188 solicitudes fueron retiradas por el paciente (47,3%), 178 rechazadas (44,8%), 12 concluyeron en muerte asistida (3,0%), 17 se interrumpieron porque el paciente murió por suicidio durante el proceso (4,3%) y 2 porque el paciente dejó voluntariamente de comer y beber (0,5%). En los casos que llegaron a muerte asistida, el tiempo entre la solicitud inicial y el procedimiento varió entre poco más de dos meses y siete años y medio. En términos generales, esos procesos se ubicaron alrededor de los tres años y medio a casi cuatro años, mientras que, en los casos interrumpidos por suicidio, el tiempo entre la solicitud y el suicidio fue de poco más de dos años.

Estos estudios permiten precisar una tensión que la guía deja planteada. La duración del proceso cumple una función ambivalente. Sostener el deseo en el tiempo y controlar los impulsos suicidas protege frente a decisiones tomadas durante una crisis aguda. Al mismo tiempo, esa protección coloca sobre el paciente la carga de continuar viviendo mientras demuestra que su pedido no depende de una fluctuación transitoria. El tiempo distingue impulsividad y persistencia, pero también se convierte en parte de aquello que la persona debe soportar para que su deseo llegue a ser reconocido.

2. Cuando el médico evalúa la solicitud

Si el médico decide avanzar, ingresa en la fase de evaluación. Aquí, el médico debe formar una convicción propia sobre los primeros cuatro criterios legales de debido cuidado: solicitud voluntaria y bien meditada, sufrimiento insoportable y sin perspectiva, información adecuada sobre la situación y los pronósticos, y ausencia de otra solución razonable. Además, se debe solicitar una segunda opinión a un psiquiatra independiente, consultar a otros profesionales involucrados en el tratamiento y dialogar con la familia y allegados (NVvP, 2026).

2.1. Solicitud voluntaria y bien meditada

El primer criterio de debido cuidado exige que la solicitud sea voluntaria (*vrijwillig*) y bien meditada (*weloverwogen*). La guía distingue dos problemas dentro de la voluntariedad. En primer lugar, la posible presión del entorno. Esa presión no siempre aparece como una coacción explícita, sino que puede adoptar formas más sutiles, como el sentimiento de ser una carga, la idea de ocupar recursos, la convicción de que la propia muerte aliviaría a otros o la dificultad para diferenciar entre un deseo propio y una expectativa incorporada desde el entorno. Por eso, el médico debe explorar cómo se formó la solicitud, qué lugar ocupan los vínculos cercanos y si la posición del paciente frente a otros incide en su deseo de morir. En segundo lugar, si la solicitud está motivada únicamente por sintomatología vinculada al trastorno. Esto adquiere importancia cuando los síntomas afectan la percepción de sí, la culpa, la vergüenza, la valoración del futuro o la posibilidad de imaginar alternativas. En esa evaluación, adquieren relevancia la evolución del deseo de morir, su presencia o ausencia en períodos de mayor estabilidad, la relación entre episodios agudos y persistencia del pedido, y la posibilidad de que el paciente pueda tomar distancia de sus síntomas y hablar de ellos como parte de su padecimiento (NVvP, 2026).

Respecto del carácter bien meditado, la guía lo examina a través de la capacidad decisional (*wilsbekwaamheid*) y la consistencia del pedido. La solicitud debe reiterarse en distintos encuentros y sostenerse a lo largo del proceso, de modo que el médico pueda reconocer una dirección relativamente estable en el deseo de morir. La guía contempla que una decisión sobre la propia muerte puede incluir momentos de ambivalencia; sin embargo, lo decisivo es que, aun con esas fluctuaciones, el pedido

conservar una orientación comprensible, persistente y suficientemente deliberada. Inclusive la guía advierte que ciertas conductas aparentemente contradictorias con la solicitud no invalidan por sí mismas el pedido. Conductas orientadas al futuro, como planear vacaciones, comprar objetos de uso prolongado o iniciar determinadas actividades, no invalidan automáticamente el pedido. Pueden expresar ambivalencia, una preparación para la despedida o incluso formar parte de la sintomatología. Su significado debe reconstruirse dentro de la historia clínica (NVvP, 2026). La VVP profundiza esta lectura al señalar que, en una decisión compleja, la ambivalencia puede formar parte del proceso y, en algunos casos, operar como una vía para volver a orientar al paciente hacia la vida y la recuperación (VVP, 2017).

2.2. La capacidad decisional

Para la capacidad decisional, la guía aborda cuatro aproximaciones teóricas. Su punto de partida es el modelo cognitivo de Grisso y Appelbaum, psicólogo y psiquiatra, que organiza esta capacidad en torno a cuatro habilidades: poder formular y expresar una elección, comprender la información relevante, aplicar esa información a la propia situación y razonar a partir de ella. Estas habilidades también estructuran el *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment* (MacCAT-T), una entrevista semiestructurada diseñada para evaluarlas (Grisso et al., 1997; NVvP, 2026). Los otros enfoques incorporados por la guía complejizan esa base cognitiva. La segunda contribución teórica es la de Charland, filósofo, que introduce la importancia de una elección vivida, acompañada de emociones apropiadas. Se añade que esta capacidad también incluye que la persona pueda identificarse emocionalmente con aquello que decide. La guía señala que esta dimensión es especialmente relevante en trastornos mentales, porque pueden existir desequilibrios en la vida afectiva que inciden en el modo en que el paciente experimenta y sostiene su decisión. El tercer enfoque, desarrollado por Tan, Hope y Stewart desde la psiquiatría a partir del estudio del rechazo de tratamiento en la anorexia nerviosa, advierte que la capacidad puede verse limitada cuando la elección se apoya en un valor patológico. En los trastornos mentales, este enfoque obliga a examinar qué valores sostienen el pedido y si esos valores pueden ser comprendidos como propios del paciente o como expresión directa del trastorno. El cuarto enfoque recurre a la racionalidad práctica, desarrollada por Widdershoven, filósofo especialista en ética médica, en el contexto de pacientes con enfermedad mental crónica. La guía la define como la capacidad de reconocer los

valores importantes de la propia vida y orientar la vida de modo que esos valores puedan tomar forma. Se agrega a la evaluación de la capacidad el atender a la relación entre el pedido de terminación de la vida y los valores que el paciente reconoce como significativos. La pregunta clínica radica, entonces, en cómo ubicar la solicitud en relación con aquello que le ha dado sentido, valor o dirección a su vida (NVvP, 2026).

A pesar de la coexistencia de estos enfoques, la literatura empírica muestra que la evaluación de la capacidad decisional sigue siendo difícil de estandarizar. Schweitser et al. (2021) entrevistaron a 22 médicos belgas, principalmente psiquiatras y neurólogos, sobre la evaluación de la capacidad decisional en solicitudes de eutanasia por sufrimiento psíquico asociado a trastornos psiquiátricos. El estudio mostró que los profesionales no evaluaban la capacidad de manera homogénea, sino que variaba en el peso otorgado al modelo cognitivo de comunicación, comprensión, apreciación y razonamiento; en la incorporación de dimensiones afectivas, como la congruencia emocional de la decisión; en la consideración de los valores personales e historia de vida del paciente; y en el uso de información contextual proveniente de familiares, cuidadores o de la relación clínica prolongada. Además, los autores señalaron que la formación sobre capacidad decisional era irregular, ya que varios médicos habían adquirido sus conocimientos mediante autoformación, seminarios o experiencia clínica, sin haber recibido una preparación sistemática durante su formación profesional.

En la misma línea, Kupsch et al. (2025) revisaron sistemáticamente instrumentos de evaluación de capacidad decisional e identificaron 23 herramientas orientadas a valorar la capacidad para consentir tratamientos. Sin embargo, solo cinco fueron analizadas por su posible aplicabilidad a solicitudes de suicidio asistido, y ninguna pudo ser considerada directamente aplicable sin limitaciones o adaptaciones relevantes. Los autores explican que muchos instrumentos se encuentran contruidos para decisiones sobre enfermedad y tratamiento, lo que limita su traslado a una solicitud de ayuda para morir. La capacidad decisional aparece como un criterio necesario, pero ningún instrumento resuelve por sí solo cómo una persona comprende, valora y sostiene una decisión irreversible dentro de su propia historia.

2.3. Sufrimiento insoportable y sin perspectiva

El segundo criterio de debido cuidado es el sufrimiento insoportable y sin perspectiva (*uitzichtloos en ondraaglijk lijden*). En la valoración de la insoportabilidad (*ondraaglijkheid*), la guía parte de que el sufrimiento es, fundamentalmente, una experiencia subjetiva del paciente. Por eso, no exige que la insoportabilidad sea vivenciable empáticamente para el médico (*invoelbaar*), aunque sí requiere que se vuelva comprensible en alguna medida (*begrijpelijk*). Esa comprensión se construye a partir de la situación concreta del paciente, considerando su curso vital, su personalidad, sus habilidades de afrontamiento, sus antecedentes psiquiátricos y la duración del padecimiento. En los trastornos mentales crónicos, la larga duración del padecimiento constituye un componente importante de la insoportabilidad, pero la guía exige que el médico se pregunte qué hace que el paciente ya no pueda soportar ahora aquello que ha padecido durante tanto tiempo. Desde esta idea, la evaluación se organiza en torno a la relación entre la carga del sufrimiento (*draaglast*) y la capacidad de soportarlo (*draagkracht*). El sufrimiento puede considerarse insoportable sólo cuando, para ese paciente específico y dadas sus habilidades de afrontamiento, la carga excede su capacidad de seguir soportándola (NVvP, 2026).

Esta forma de comprender la insoportabilidad dialoga con el estudio cualitativo de Verhofstadt et al. (2017), quienes analizaron testimonios de 26 pacientes belgas que habían formulado una solicitud de eutanasia por sufrimiento asociado a trastornos mentales entre 2007 y 2011, con el objetivo de comprender cómo describían aquello que volvía su sufrimiento insoportable. Los autores identificaron cinco dominios interconectados. El médico reunía síntomas psiquiátricos persistentes, recaídas, comorbilidades, efectos secundarios de la medicación y experiencias de tratamientos que no habían logrado alivio suficiente. El intrapersonal incluía desesperanza, pérdida de control, baja autoestima, agotamiento emocional, antecedentes traumáticos, conductas autodestructivas y la sensación de no poder seguir siendo uno mismo. El interpersonal aparecía en conflictos o rupturas con personas significativas, duelos, falta de comprensión, ausencia de apoyo social, aislamiento, soledad y temor a dañar a otros mediante un suicidio. El social se expresaba en dificultades económicas, pérdida o imposibilidad de sostener roles laborales, dependencia, estigmatización y obstáculos para participar de una vida social significativa. Finalmente, el existencial

remitía a la pérdida de sentido, la sensación de futilidad, el miedo a la vida, la pérdida de control sobre la propia existencia y la vivencia de estar cansado de vivir.

El mismo estudio mostró que estos dominios no aparecían de manera aislada, sino como una experiencia extendida en el tiempo, marcada por la intensidad, cronicidad, inicio temprano, deterioro progresivo, desesperanza y percepción de incurabilidad (Verhofstadt et al., 2017). Esta dimensión temporal fue retomada en un estudio posterior de Verhofstadt et al. (2021), donde entrevistaron a 16 adultos con trastornos psiquiátricos en Flandes cuya solicitud de eutanasia se encontraba en evaluación entre 2016 y 2020. Los pacientes describían el deseo de morir como el resultado de una acumulación de adversidades, fracasos terapéuticos, pérdidas y experiencias vitales que habían vuelto la existencia globalmente invivible. Algunos relataban una trayectoria de sufrimiento desde etapas tempranas de la vida, mientras que otros ubicaban el quiebre en momentos posteriores. El pedido de eutanasia tampoco aparecía siempre como una decisión lineal, ya que algunos pacientes mantenían una orientación marcada hacia la muerte, mientras que otros conservaban ambivalencias o incluso solicitaban la evaluación con la expectativa de recibir una respuesta que les permitiera recuperar esperanza o reencontrar algún sentido. Asimismo, varios distinguían la eutanasia del suicidio por considerarla una muerte más digna, acompañada y menos dañina para el entorno cercano.

Estos estudios permiten precisar que la relación entre la carga del sufrimiento y la capacidad de soportarlo propuesta por la guía adquiere así un contenido más amplio que la intensidad de los síntomas psiquiátricos. Se compone también de pérdidas biográficas, deterioro vincular, aislamiento social, agotamiento subjetivo, experiencias de fracaso terapéutico y pérdida de sentido. Su carácter insoportable aparece en la forma en que esas dimensiones se entrelazan dentro de una historia y reducen progresivamente las posibilidades que la persona reconoce para continuar viviendo. Verhofstadt et al. (2019), al desarrollar los primeros pasos de un instrumento para explorar la naturaleza y extensión del sufrimiento psiquiátrico, encontraron que los pacientes valoraban una indagación amplia y matizada, siempre que no convirtieran su experiencia en una lista rígida de síntomas. Operacionalizar el sufrimiento exige entonces darle una forma evaluable sin perder su carácter biográfico que le confiere sentido.

Por su parte, la ausencia de perspectiva (*uitzichtloosheid*) refiere a la falta de posibilidad de aliviar, mitigar, soportar o remover el sufrimiento. La guía presenta esta dimensión como una evaluación personal e individualizada, vinculada con la inexistencia de un tratamiento o apoyo razonable para ese paciente específico. Por lo tanto, no se formula un juicio general a partir del diagnóstico psiquiátrico, sino una valoración situada de la historia clínica, la situación actual y las posibilidades de tratamiento o apoyo todavía disponibles. En esta valoración, la guía considera especialmente relevante incorporar los hallazgos de la segunda opinión realizada por un psiquiatra independiente, ya que ese informe debe examinar el diagnóstico, la ausencia de perspectiva, las posibilidades restantes de tratamiento y apoyo, y la voluntariedad y el carácter bien meditado de la solicitud (NVvP, 2026).

Esta evaluación se vuelve especialmente compleja porque exige estimar una posibilidad futura de alivio a partir de una trayectoria clínica ya recorrida. van Veen, Ruissen, et al. (2022) entrevistaron a 11 psiquiatras neerlandeses con experiencia en solicitudes de muerte asistida por sufrimiento psiquiátrico y observaron que la irremediabilidad no se establecía mediante una prueba objetiva, sino mediante una reconstrucción clínica del recorrido del paciente. En esa reconstrucción, los profesionales atendían a la duración del sufrimiento, la cronicidad del trastorno, la presencia de más de un diagnóstico, la cantidad y diversidad de tratamientos realizados, la calidad con que esos tratamientos habían sido aplicados, los períodos de remisión y recaída, la persistencia del deseo de morir y la existencia de opciones todavía razonables. Aunque el criterio intenta estimar si aún puede esperarse alivio, en la práctica se sostiene en lo que ya fue intentado, en sus resultados, en sus límites y en el modo en que el paciente ha llegado a un punto de agotamiento terapéutico.

Los psiquiatras entrevistados también señalaban dificultades diagnósticas, especialmente por la comorbilidad frecuente en estos casos, y dificultades terapéuticas vinculadas con determinar si los tratamientos previos habían sido adecuados, suficientemente prolongados y aplicados en condiciones razonables. A ello se sumaba la pregunta por el sentido clínico de exigir nuevas intervenciones cuando el paciente ya había atravesado una sucesión extensa de tratamientos sin alivio suficiente. En ese punto aparecía la fatiga de tratamiento, entendida como el desgaste producido por una trayectoria terapéutica prolongada que no logró modificar de manera significativa el sufrimiento. Así, la ausencia de perspectiva no depende solo de enumerar

tratamientos fallidos, sino de reconstruir qué ocurrió con estos tratamientos, qué posibilidades reales abrieron o cerraron y qué carga supusieron para la persona (van Veen, Ruissen, Beekman, et al., 2022).

En un estudio posterior, van Veen, Evans, et al. (2022) consultaron a psiquiatras neerlandeses y belgas con experiencia relevante para identificar criterios necesarios en la caracterización del sufrimiento psiquiátrico irremediable. El consenso alcanzado distinguió criterios diagnósticos y terapéuticos. En el plano diagnóstico, los expertos consideraron necesario contar con una clasificación psiquiátrica establecida, pero también con una descripción narrativa del caso que incluyera etiología y patogénesis, junto con la atención a factores contextuales y sistémicos que pudieran causar o mantener el padecimiento. Además, sostuvieron la necesidad de una segunda opinión independiente. En el plano terapéutico, el consenso indicó que debían haberse intentado tratamientos biológicos, psicoterapéuticos y sociales adecuados, que el sufrimiento debía estar presente durante varios años, que podían requerirse intervenciones orientadas a la recuperación y que, cuando correspondiera, debían considerarse tratamientos específicos como farmacoterapia, terapia electroconvulsiva o psicoterapias indicadas por guías clínicas.

En este mismo estudio, los expertos acordaron que existen límites a la cantidad de procedimientos diagnósticos y tratamientos que puede pedirse a un paciente antes de considerar que el sufrimiento es irremediable. Esto resulta central porque una intervención todavía disponible no equivale automáticamente a una alternativa razonable. Deben considerarse su probabilidad de producir alivio, la carga que implica, sus efectos adversos, el tiempo necesario para valorar resultados y la historia previa del paciente frente a tratamientos semejantes. De este modo, la ausencia de perspectiva no se decide por la mera existencia abstracta de una opción terapéutica, sino por su razonabilidad concreta para esa persona (van Veen, Evans, et al., 2022).

Leídos junto con la guía, estos estudios permiten precisar que la ausencia de perspectiva se ubica en una zona de incertidumbre clínica. El médico debe alcanzar una convicción suficiente sobre la falta de posibilidades razonables de alivio, pero esa convicción no puede apoyarse en una certeza absoluta sobre el futuro. La guía intenta volver trabajable esa incertidumbre mediante una reconstrucción detallada de la historia terapéutica, la incorporación de una segunda opinión especializada y la

evaluación de la proporcionalidad entre posibilidades de mejora y carga para el paciente. En ese punto, el criterio no busca demostrar que ningún tratamiento imaginable podría ayudar en algún momento futuro, sino justificar por qué, para este paciente concreto, las opciones restantes ya no ofrecen una perspectiva razonable de volver soportable el sufrimiento.

2.4. Información sobre las perspectivas y ausencia de otra solución razonable

El tercer criterio de debido cuidado exige que el médico informe al paciente sobre su situación y sus perspectivas (*bespreken situatie en vooruitzichten*). Esto implica ofrecer información suficiente y comprensible sobre el diagnóstico que sostiene el sufrimiento, las opciones de tratamiento todavía disponibles, los efectos esperados y adversos de esas opciones, y el pronóstico tanto si el paciente continúa como si no continúa el tratamiento. La guía indica que el médico debe adaptar la comunicación de esta información a los aspectos cognitivos, psicológicos y culturales que puedan intervenir en la comprensión, y debe asegurarse de que el paciente efectivamente la comprenda. También se advierte que el trastorno puede influir en la manera en que el paciente representa subjetivamente su situación y sus perspectivas, por lo que la información debe apoyarse, cuando sea necesario, en el juicio de otros profesionales y especialmente en los hallazgos de la segunda opinión psiquiátrica independiente. Además, la información también debe incorporar a la familia y a los allegados, preferentemente mediante una comunicación triádica entre paciente, médico y entorno cercano, de modo que disminuyan los malentendidos y el paciente pueda conversar con sus allegados sobre la información recibida (NVvP, 2026).

Junto con los tratamientos psiquiátricos propiamente dichos, deben considerarse medidas orientadas a la recuperación (*herstelondersteunende zorg*) que puedan favorecer la recuperación clínica, funcional, social o personal, o que puedan contribuir a mitigar el sufrimiento y volverlo más soportable. En muchos trastornos mentales crónicos, la remisión total puede no ser alcanzable, pero todavía puede existir la posibilidad de mejorar la calidad de vida, adaptarse a una vulnerabilidad persistente, fortalecer la autonomía, disminuir la estigmatización, favorecer la participación social o reconstruir alguna forma de sentido vital (NVvP, 2026). Esta orientación hacia la recuperación también aparece en el documento de la VVP, donde

la evaluación del pedido debe mantener abiertas intervenciones médicas, psicoterapéuticas y psicosociales capaces de volver la vida más soportable. Entre esas posibilidades, se mencionan cambios en el contexto psicosocial, formación, trabajo, voluntariado, vivienda, red vincular, contacto con pares con experiencia vivida y formas de cuidado paliativo o de cuidado orientado al alivio del sufrimiento psíquico (VVP, 2017).

El cuarto criterio de debido cuidado exige que el médico y el paciente lleguen a la convicción de que hay una ausencia de otra solución razonable (*geen redelijke andere oplossing*). Para esto, la guía establece que el médico debe investigar qué tratamientos e intervenciones ya se realizaron, con qué resultados, qué opciones siguen disponibles y cuál es su probabilidad de éxito. La razonabilidad de una alternativa se evalúa en conjunto con el paciente, considerando la relación entre la mejoría esperada y la carga que la intervención supone, junto con el plazo dentro del cual podría producir algún efecto. Una opción ofrece una perspectiva razonable cuando puede esperarse mejoría mediante un tratamiento adecuado, dentro de un período previsible y con una relación proporcionada entre los resultados esperados y la carga para el paciente. Cuando el paciente rechaza una intervención que todavía podría ofrecer una perspectiva razonable, el médico debe explorar con él los motivos de esa negativa y la forma en que evalúa los posibles beneficios frente a la carga del tratamiento. Ese rechazo puede ser comprensible incluso si el médico habría realizado otra valoración. Sin embargo, si después de la deliberación el profesional no queda convencido de que la negativa sea razonable, debe rechazar por el momento la solicitud de terminación de la vida (NVvP, 2026).

La VVP formula este problema en términos semejantes al distinguir entre el derecho del paciente a rechazar una perspectiva razonable de tratamiento y el efecto que ese rechazo tiene sobre la evaluación de la ausencia de perspectiva. El documento enfatiza que el rechazo no elimina por sí mismo la autonomía del paciente, pero puede impedir que se considere cumplido el criterio de situación médicamente sin perspectiva (*medisch uitzichtloze toestand*) si todavía existe una intervención razonable capaz de aliviar el sufrimiento. La aceptabilidad del rechazo depende de una estimación situada, en la que se considera la probabilidad de mejoría, la carga del tratamiento, sus riesgos, sus efectos adversos y la posibilidad de que el paciente

experimente esa eventual mejoría como algo valioso dentro de sus propios valores, normas y objetivos vitales (VVP, 2017).

En esta evaluación deben considerarse tanto el juicio profesional del médico como la apreciación del paciente respecto a su propia historia. También deben considerarse la posibilidad de recuperación espontánea, las intervenciones orientadas a la recuperación y, cuando corresponda, tratamientos especializados. La guía advierte que incluso pacientes con recorridos terapéuticos prolongados pueden beneficiarse de intervenciones en centros psiquiátricos terciarios, y recomienda especial cautela cuando aún no se han intentado tratamientos biológicos indicados, como la terapia electroconvulsiva, o una internación en una clínica especializada. A la vez, exige revisar si los tratamientos previos fueron realmente adecuados, si respondieron al estado actual de la práctica clínica y si tuvieron duración, intensidad y condiciones suficientes para valorar sus efectos. Solo cuando el médico y el paciente llegan conjuntamente a la convicción de que ya no quedan tratamientos psiquiátricos razonables en sentido estricto y cuando la atención orientada a la recuperación tampoco ofrece una perspectiva suficiente para mitigar o volver soportable el sufrimiento, puede sostenerse que no existe otra solución razonable (NVvP, 2026).

Como las RTE revisan únicamente las prácticas realizadas y notificadas, sus informes no permiten estimar por sí solos cuántas solicitudes fueron rechazadas antes de llegar a la ejecución ni cuáles fueron todos los motivos de rechazo. Para examinar ese problema es necesario recurrir a estudios de expedientes y encuestas profesionales. En la encuesta transversal de Evenblij, Pasman, Pronk, et al. (2019), realizada entre mayo y septiembre de 2016 a una muestra aleatoria de psiquiatras neerlandeses, se estimó que entre 2015 y 2016 se realizaron entre 1100 y 1150 solicitudes explícitas de eutanasia o suicidio asistido por sufrimiento psiquiátrico dirigidas a psiquiatras, mientras que solo entre 60 y 70 pacientes recibieron la práctica en ese período. Entre los 66 casos de solicitud rechazada descritos por los profesionales, el motivo más frecuente de rechazo fue que no se consideraban cumplidos los criterios de debido cuidado. Dentro de esos casos, en el 53,1 % se consideró que no estaba cumplido el criterio de ausencia de otra solución razonable. Los psiquiatras señalaban que, en muchos de esos pacientes, todavía podían intentarse tratamientos con medicación psicotrópica, psicoterapia o terapia electroconvulsiva. Además, en el 29,7 % de los rechazos tampoco se consideraba

cumplido el criterio de sufrimiento sin perspectiva, en el 27,7 % la solicitud no era considerada voluntaria y bien meditada, y en el 10,9 % el sufrimiento no era valorado como insoportable.

En la práctica, la ausencia de otra solución razonable funciona como un filtro decisivo. Obliga a distinguir una intervención simplemente disponible de una opción que todavía puede ofrecer a esa persona un alivio proporcional. La guía no exige recorrer indefinidamente todos los tratamientos posibles, pero tampoco admite la solicitud mientras subsistan alternativas cuya expectativa de beneficio, plazo y carga continúen siendo razonables.

2.5. La segunda opinión independiente

Durante esta fase de evaluación, el médico debe solicitar una segunda opinión a un psiquiatra independiente. Su función es contrastar cómo se ha comprendido el caso, especialmente en relación con los cuatro criterios de debido cuidado. La guía exige que el psiquiatra independiente cuente con experticia pertinente respecto de la afección psíquica del paciente. Cuando la complejidad del caso lo requiera, esa segunda opinión puede incorporar la evaluación de otras disciplinas, como la participación de un psicólogo clínico cuando la solicitud se vincula con un trastorno de personalidad, de un médico especializado en adicciones cuando existe una adicción grave, de un especialista en discapacidad intelectual cuando hay comorbilidad en ese plano, o de un geriatra clínico cuando se trata de pacientes mayores con multimorbilidad psiquiátrica y somática. Estos aportes deben ser integrados por el psiquiatra independiente en su valoración final, de modo que la segunda opinión reúna la experticia necesaria para comprender la configuración clínica del caso (NVvP, 2026).

En la ley belga de eutanasia, cuando el médico considera que la muerte no ocurrirá en un plazo previsible, debe consultar a un segundo médico, psiquiatra o especialista en la afección en cuestión, además del primer médico consultado. Para las solicitudes vinculadas con trastornos mentales, la VVP recomienda que intervengan al menos tres médicos y que al menos dos psiquiatras participen en el proceso. Propone que los médicos consultados realicen una evaluación completa de los criterios legales, elaboren informes fundamentados e incorporen las opiniones negativas en la deliberación (VVP, 2017).

Después de las entrevistas con el paciente y, cuando corresponda, con sus allegados, el psiquiatra independiente debe discutir sus hallazgos en una reunión multidisciplinaria (*multidisciplinair overleg* [MDO]). La composición de este espacio depende de la afección del paciente, de los tratamientos ya realizados y de los profesionales que hayan intervenido en su atención. La guía indica que debe procurarse incluir la mayor cantidad posible de perspectivas relevantes, y que la experticia necesaria debe orientar la composición del MDO más que la disciplina profesional en sí misma. Por eso, además de psiquiatras y psicólogos clínicos, pueden participar profesionales con conocimiento en experiencia vivida, intervenciones sistémicas, psicoterapia, enfermería, intervenciones orientadas al sentido, posibilidades de apoyo fuera del sistema de salud mental, problemáticas de edad o desarrollo, adicciones o discapacidad intelectual. El MDO tiene carácter asesor y no decisorio, ya que la conclusión de la segunda opinión sigue siendo responsabilidad del psiquiatra independiente (NVvP, 2026).

El resultado de la segunda opinión debe quedar formulado en un informe razonado. Ese informe debe incluir la evaluación del psiquiatra independiente, los aportes de otras disciplinas cuando hayan sido requeridos y el resultado de la reunión multidisciplinaria. Luego se entrega al médico solicitante y al paciente, y, si el procedimiento continúa, queda disponible para la próxima instancia del proceso. Cuando el psiquiatra independiente y el médico solicitante llegan a conclusiones distintas, la guía indica que el médico debe reconsiderar la continuidad del procedimiento. La segunda opinión obliga así a confrontar la lectura inicial con una evaluación especializada, interdisciplinaria y documentada (NVvP, 2026).

3. Cuando la solicitud pasa a revisión

Si el médico solicitante llega a la convicción de que los criterios de debido cuidado se encuentran cumplidos, se ingresa en la fase de consulta. Esta fase corresponde al quinto criterio legal de debido cuidado, según el cual el médico debe consultar al menos a otro médico independiente, denominado consultor, que haya visto al paciente y haya emitido por escrito su juicio sobre los primeros cuatro criterios. Esta consulta se realiza mediante un médico SCEN regular, después de que ya se haya

realizado la segunda opinión por un psiquiatra independiente durante la fase de evaluación (NVvP, 2026).

Antes de la consulta, el médico debe informar al paciente y, con su consentimiento, también a sus allegados, sobre el objetivo del encuentro con el médico SCEN y sobre la relación entre el juicio de este consultor y la decisión final del médico solicitante. La guía señala que esta fase puede ser intensa para el paciente, porque debe volver a narrar su historia ante otro profesional y queda situado entre la esperanza y el temor frente a una decisión que se acerca al final de la vida. Por eso, también debe considerarse su capacidad de sostener el proceso. El médico SCEN no debe comunicar al paciente ni a sus allegados un juicio preliminar durante la visita, ya que su informe se dirige al médico solicitante y forma parte del proceso de consulta independiente (NVvP, 2026).

La solicitud de consulta se realiza a través del circuito SCEN regional, es decir, mediante la red organizada que asigna un médico SCEN disponible e independiente dentro de la región correspondiente. El médico SCEN recibe especialmente la correspondencia psiquiátrica previa, los antecedentes diagnósticos y terapéuticos, el informe de la segunda opinión y cualquier consulta SCEN anterior. Así, la consulta independiente se apoya en la historia clínica reconstruida durante la evaluación y en los documentos que permiten seguir cómo se llegó a la decisión. Además, la guía indica que este consultor debe ser independiente tanto respecto del médico solicitante como respecto del paciente, sin vínculos familiares, personales, organizacionales, jerárquicos, financieros o terapéuticos que puedan comprometer su juicio. Una colaboración frecuente entre el médico solicitante y el médico SCEN puede poner en duda esa independencia. También puede verse afectada si el consultor participó previamente en el proceso con un apoyo que excedió la entrega de información general. Si el consultor considera que puede estar comprometido su juicio, la consulta debe ser transferida a otro médico dentro del grupo SCEN correspondiente (NVvP, 2026).

Si el consultor considera que los criterios no están cumplidos, el médico solicitante debe revisar si todavía puede avanzar con la solicitud. Puede pedir una nueva consulta a otro médico SCEN, entregando también el informe del primer consultor, aunque la guía advierte que este recurso no puede utilizarse para buscar

indefinidamente un juicio favorable. Si el médico decide apartarse de un juicio negativo, debe fundamentar de manera suficiente por qué considera que, pese a esa objeción, los criterios de debido cuidado sí se encuentran cumplidos. Esta justificación adquiere especial importancia porque las RTE pueden formular preguntas adicionales durante la revisión posterior cuando el médico se aparta del juicio del consultor independiente (NVvP, 2026).

Bosma et al. (2024) estudiaron 72 casos publicados por las RTE entre 2017 y 2022 de pacientes con trastornos psiquiátricos que recibieron eutanasia o suicidio asistido en Países Bajos. En 61 casos, las comisiones consideraron cumplidos los criterios de debido cuidado, mientras que en 11 concluyeron que el médico no había actuado conforme a ellos. En todos esos casos no conformes, el problema se relaciona con el consejo del médico independiente o del experto psiquiátrico, o con la manera en que el médico solicitante respondió ante esas evaluaciones. En siete casos, el médico había consultado a un médico independiente que no era psiquiatra, pero no había incorporado además la evaluación psiquiátrica requerida como cautela adicional en solicitudes fundadas en trastornos psiquiátricos. En otro caso, se habían consultado dos psiquiatras independientes para valorar capacidad, ausencia de perspectiva y alternativas razonables, pero no se había solicitado a un consultor independiente que evaluara el conjunto de los criterios de debido cuidado. En los tres casos restantes, el médico solicitante se apartó de una evaluación negativa del consultor independiente o del psiquiatra, sin ofrecer argumentos considerados suficientes por las RTE. De este modo, el estudio muestra que la revisión posterior no verifica sólo si hubo consulta, sino qué tipo de consulta se realizó, qué criterios fueron evaluados y cómo el médico respondió ante desacuerdos relevantes.

4. Cuando la solicitud se ejecuta

Si, después de la fase de evaluación y de la consulta independiente, el médico mantiene la convicción de que los criterios de debido cuidado se encuentran cumplidos, se ingresa en la fase de ejecución. La guía indica que el médico debe conversar con el paciente y, cuando corresponda, con su familia y allegados, sobre el modo en que se realizará la práctica, el lugar, el momento y las personas que estarán presentes. La forma en que se produce la despedida, la información que reciben los allegados y la anticipación de lo que ocurrirá después de la muerte forman parte del

cuidado clínico del proceso. Incluso cuando el paciente no desea involucrar activamente a su familia, la guía sostiene que la posición de los allegados debe ser considerada, siempre en diálogo con el paciente y respetando su consentimiento (NVvP, 2026).

El texto de la VVP agrega que cuando el paciente recibe opiniones favorables o advierte que la ejecución se vuelve posible, puede experimentar cierta calma al constatar que su solicitud fue escuchada y tomada en serio. La VVP propone que esa calma sea incorporada al proceso clínico antes de concretar la práctica, explorando si permite una orientación, aunque sea temporal, hacia la vida y la recuperación. Se recomienda explicitar que el procedimiento puede ponerse en pausa o detenerse hasta el último momento, evitando que el avance del procedimiento produzca una presión implícita para continuar solo porque ya se ha llegado lejos en la evaluación (VVP, 2017).

Se debe definir, junto con el paciente, si la práctica se realizará mediante eutanasia o mediante suicidio asistido. La guía distingue la vía intravenosa, en la que el médico administra la medicación, y la vía oral, en la que el paciente ingiere la medicación prescrita bajo supervisión médica. El médico debe proporcionar al farmacéutico información suficiente sobre los antecedentes de la solicitud y sobre el proceso de decisión, de manera que éste pueda asumir su propia responsabilidad profesional al decidir si entrega o no los medicamentos requeridos. La guía exige que el médico pregunte de manera explícita, justo antes del acto, si el paciente mantiene su deseo de morir. En el caso del suicidio asistido, el médico debe permanecer en la misma habitación o, al menos, en la proximidad inmediata, para poder intervenir si fuera necesario. Una vez producida la muerte, el médico debe informar inmediatamente al médico forense municipal. Este realiza la constatación correspondiente, recibe la documentación, verifica la medicación utilizada y remite el expediente a las RTE para su evaluación. La revisión posterior depende de que la decisión haya quedado documentada de manera suficiente desde las fases previas (NVvP, 2026).

La atención continúa después de la muerte. La guía recomienda contactar a los allegados dentro de las seis semanas posteriores para evaluar si existen complicaciones en el proceso de duelo o problemas emocionales que requieran un

tratamiento profesional. También recomienda realizar una reunión posterior con el equipo de profesionales involucrados, tanto para revisar el desarrollo del procedimiento como para detectar posibles dificultades de elaboración, tensiones internas o malestar en quienes participaron del proceso. La guía advierte que existe poca investigación específica sobre el duelo de allegados de pacientes con afección psíquica que murieron mediante eutanasia, pero estima que una minoría puede presentar complicaciones en el proceso de duelo, por lo que la intervención posterior debe entenderse como parte del cuidado (NVvP, 2026).

La reconstrucción clínica que propone la guía deja abiertas preguntas sobre el significado del deseo de morir, lo ocurrido a lo largo de los tratamientos y los cambios producidos durante la evaluación. Acá se abre una puerta para la psicología, porque si la autorización de estas prácticas depende de juicios sobre voluntad, capacidad, insoportabilidad, historia vital y posibilidades de alivio, su aporte puede dirigirse a comprender dimensiones del sufrimiento que no quedan resueltas mediante su evaluación.

CAPÍTULO III. APORTES DE LA PSICOLOGÍA A LA EVALUACIÓN DEL SUFRIMIENTO ASOCIADO A TRASTORNOS MENTALES EN LA MUERTE MÉDICAMENTE ASISTIDA

Las preguntas que atraviesan estas solicitudes requieren conocimientos que no quedan contenidos en la constatación diagnóstica. Este capítulo examina qué comprensión puede ofrecer la psicología y desde qué posiciones interviene actualmente el psicólogo.

1. El deseo de morir más allá de su persistencia

Las guías consideran la duración y reiteración del deseo de morir, sus motivos y su relación con la voluntariedad, la capacidad decisonal y la suicidalidad. Estas dimensiones permiten establecer si el pedido se sostiene y bajo qué condiciones fue formulado, pero no explican por sí mismas qué representa la muerte para la persona ni qué función cumple la solicitud dentro de su historia. Un deseo puede mantenerse durante años y expresarse de manera reflexiva, mientras conserva dudas, cambia de intensidad o reúne razones diferentes frente a la continuidad de la vida.

Una parte de la literatura que permitió diferenciar estas dimensiones se desarrolló en torno al *deseo de adelantar la muerte* (wish to hasten death [WTHD]), principalmente en cuidados paliativos y enfermedades graves o incurables. Monforte-Royo et al. (2012) realizaron una revisión sistemática y metaetnografía de 7 estudios cualitativos que reunían las experiencias de 155 pacientes. El análisis identificó 6 temas: el sufrimiento físico, psicológico o espiritual; la pérdida del sentido de sí mismo; el miedo ante el proceso de morir; el deseo de vivir bajo condiciones diferentes; la muerte como final del sufrimiento; y la posibilidad de conservar algún control sobre la propia vida. La expresión del deseo podía referir a una intención de morir, pero también al rechazo de continuar viviendo bajo determinadas condiciones (Monforte-Royo et al., 2012).

A partir de esta línea de investigación, Balaguer et al. (2016), mediante un consenso internacional, definieron el deseo de adelantar la muerte como una reacción frente al sufrimiento que aparece cuando una persona con una enfermedad que amenaza su vida considera que acelerar la muerte constituye la única salida

disponible. Rodríguez-Prat et al. (2017) ampliaron esta conceptualización mediante una revisión de 14 estudios cualitativos con 255 participantes. Los autores encontraron que el sufrimiento atravesaba toda la experiencia y que el deseo se organizaba alrededor de sus razones, significados, funciones y evolución temporal. En su formación participaban dimensiones físicas, psicológicas, sociales y existenciales que afectan la identidad, la dignidad y el sentido atribuido a la vida (Balaguer et al., 2016; Rodríguez-Prat et al., 2017). Ohnsorge et al. (2014) precisaron estas distinciones mediante 30 estudios de caso de pacientes con cáncer terminal. Las razones correspondían a las experiencias que la persona reconocía como origen del deseo; los significados, a aquello que morir representaba dentro de su situación; y las funciones, a los efectos que la expresión del deseo producía en la persona o en sus relaciones. La muerte podía representar el final del sufrimiento, la preservación del control o la liberación de otros frente a una carga percibida. La expresión del deseo también podía funcionar como una forma de pedir ayuda, abrir una conversación sobre la muerte o recuperar alguna capacidad de acción. Una misma formulación podía, por lo tanto, estar sostenida por experiencias diferentes y cumplir funciones distintas (Ohnsorge et al., 2014).

La percepción de ser una carga permite observar la relevancia de estas distinciones. Rodríguez-Prat et al. (2019), en una revisión sistemática, encontraron que sentirse una carga para otros puede participar en la formación del deseo de adelantar la muerte. Stoll et al. (2021) examinaron su posible influencia en personas con trastornos mentales graves y persistentes. La idea de que la propia presencia perjudica a los demás puede relacionarse con la dependencia, las necesidades de cuidado y las transformaciones experimentadas en los vínculos. Su evaluación requiere reconstruir cómo se formó esa representación, qué experiencias la sostienen y en qué medida coincide con la situación relacional actual. La percepción de carga puede participar en la decisión sin expresar necesariamente una presión externa directa ni ofrecer, por sí misma, una respuesta sobre la voluntariedad.

Estas categorías permiten formular preguntas sobre el deseo, aunque las solicitudes asociadas a trastornos mentales se desarrollan en condiciones diferentes de las estudiadas en enfermedades terminales. El padecimiento puede extenderse durante años y atravesar tratamientos, crisis y períodos de mejoría. Por eso, la

evaluación requiere conocer cómo tomó forma el deseo a lo largo de esa historia y qué lugar ocupa en el presente.

Verhofstadt et al. (2021) estudiaron estas experiencias mediante entrevistas a 16 adultos belgas cuya solicitud de eutanasia por trastornos mentales se encontraba en evaluación. Los participantes describieron un desgaste emocional producido por la acumulación de adversidades, pérdidas y experiencias de fracaso, acompañado por la sensación de que la vida había dejado de ser habitable. En algunos casos, las dificultades se extendían desde etapas tempranas; en otros, se habían intensificado durante la vida adulta. La solicitud aparecía dentro de un recorrido donde los problemas clínicos, biográficos y sociales habían reducido progresivamente la posibilidad de imaginar una forma de continuar viviendo que todavía resultara posible o aceptable.

La relación con la muerte presentaba variaciones. Algunos participantes expresaron un deseo intenso y sostenido, mientras que otros conservaban dudas. Algunas personas habían iniciado la solicitud con la expectativa de que una eventual declaración de inelegibilidad pudiera devolverles alguna esperanza o ayudarlas a encontrar un motivo para continuar viviendo. La eutanasia también era valorada como una forma de muerte menos violenta que el suicidio, tanto para la persona como para sus allegados. La solicitud podía reunir agotamiento, búsqueda de control, preocupación por las consecuencias de la propia muerte y alguna expectativa todavía abierta hacia la vida (Verhofstadt et al., 2021).

Pronk et al. (2022) examinaron el significado atribuido a la posibilidad de recibir ayuda para morir mediante entrevistas a 21 pacientes neerlandeses. Los autores identificaron 4 temas principales relacionados con la autonomía y autodeterminación, la finalización del sufrimiento, el reconocimiento y el acceso a una muerte digna. La posibilidad de una muerte asistida podía representar una manera de recuperar control sobre una vida marcada por tratamientos, crisis y dependencia. También permitía sentir que la gravedad del padecimiento era reconocida por otros. La solicitud reunía así una posición frente a la muerte y una necesidad de que el sufrimiento fuera tomado en serio.

Verdegem et al. (2025) profundizaron la exploración del deseo mediante entrevistas a 10 personas con un deseo prolongado de morir asociado a sufrimiento psiquiátrico insoportable. Los participantes describieron dificultades para mantenerse conectados consigo mismos, con otras personas, con el mundo y con la vida cotidiana. El deseo podía adquirir una gran intensidad, coexistir con dudas o disminuir durante algunos períodos. Poder hablar sobre él sin que fuera rechazado o reducido inmediatamente a un síntoma permitía compartir una experiencia hasta entonces vivida de manera aislada. Según los autores, su exploración facilitaba el acceso a la ambivalencia entre vida y muerte y a las experiencias traumáticas, vinculares y existenciales que habían participado en su formación. La conversación no conducía necesariamente a su desaparición, pero podía modificar la manera en que la persona se relacionaba con él.

Vanhie et al. (2025) examinaron estas dimensiones desde un enfoque cuantitativo en 107 personas con trastornos mentales graves y persistentes y un deseo prolongado de morir. Los participantes llevaban una media de 14,25 años vinculados con servicios de salud mental y presentaban niveles elevados de ansiedad existencial y dificultades en el funcionamiento psicosocial, junto con niveles reducidos de esperanza, sentido vital y empoderamiento. Al evaluar por separado el deseo de morir y el deseo de vivir, los autores encontraron que ambas orientaciones podían coexistir. Algunas personas expresaban un deseo intenso de morir y conservaban al mismo tiempo alguna disposición hacia la vida. La persistencia aportaba información sobre la continuidad del deseo, mientras que su significado y sus formas de ambivalencia requerían una exploración adicional.

La evidencia revisada muestra que la persistencia describe la continuidad del deseo, pero no define su sentido. Conocer qué representa la muerte, qué funciones cumple la solicitud, qué experiencias la sostienen y cómo convive con alguna orientación hacia la vida exige reconstruir la historia en la que ese deseo tomó forma. En ese punto se ubica la formulación psicológica, al reunir la temporalidad del deseo, los significados atribuidos a la muerte, la ambivalencia y las condiciones biográficas y relacionales que participan en la solicitud. Esa información precisa aquello que luego debe examinarse en términos de voluntariedad, capacidad y relación entre el pedido y el padecimiento.

2. La trayectoria psicoterapéutica en el juicio de irremediabilidad

El juicio de irremediabilidad se refiere a las posibilidades futuras de alivio, pero se construye mediante información sobre lo ocurrido en el pasado. La evolución del padecimiento, los tratamientos realizados y las alternativas todavía disponibles permiten fundamentar esa estimación. El problema aparece cuando una trayectoria extensa de atención se presenta como evidencia suficiente, aunque no se conozca con claridad qué intervenciones fueron indicadas, cómo se desarrollaron o por qué dejaron de considerarse razonables.

Van Veen et al. (2020), en una revisión de alcance de 50 publicaciones, organizaron la discusión sobre el sufrimiento psiquiátrico irremediable alrededor de la incertidumbre, la esperanza y el rechazo de tratamiento. La incertidumbre se relacionaba con las dificultades para anticipar la evolución individual de un trastorno mental. La esperanza remitía a las posibilidades de recuperación que todavía podían conservarse. El rechazo abría interrogantes sobre las alternativas disponibles y sobre las razones por las cuales el paciente dejaba de considerarlas aceptables. Los autores concluyeron que cierto grado de incertidumbre forma parte de estas evaluaciones y que el nivel de certeza requerido debe ser objeto de una deliberación clínica y ética explícita.

Nicolini et al. (2023) examinaron los límites de la predicción a partir del caso de la depresión resistente al tratamiento. Identificaron más de 150 definiciones de resistencia, construidas mediante diferentes criterios sobre la cantidad, el tipo y la duración de las intervenciones previas. También observaron dificultades para trasladar los resultados obtenidos en grupos de pacientes al curso clínico de una persona particular. La falta de respuesta anterior permite describir una trayectoria y aporta información pronóstica, pero la estimación de las posibilidades individuales de recuperación continúa sujeta a incertidumbre.

Esta dificultad fue observada por van Veen, Ruissen, et al. (2022) en entrevistas a 11 psiquiatras neerlandeses con experiencia en solicitudes de MMA. Los participantes valoraban la irremediabilidad mediante elementos principalmente retrospectivos, entre ellos la duración del padecimiento y los tratamientos que no habían producido una mejoría suficiente. La coexistencia de varios diagnósticos

dificultaba establecer qué problemas explicaban el sufrimiento y qué intervenciones todavía podían encontrarse indicadas. La evaluación de los tratamientos se concentraba en la calidad de las intervenciones previas, los límites alcanzados y la denominada fatiga terapéutica. Los autores señalaron que esta última todavía requiere mayor investigación en personas con trastornos mentales.

En un estudio Delphi, van Veen, Evans, et al. (2022) consultaron a psiquiatras neerlandeses y belgas con experiencia en este campo y alcanzaron consenso en 13 criterios, 5 vinculados con el diagnóstico y 8 con el tratamiento. Los participantes consideraron necesaria una descripción narrativa del caso, la incorporación de factores contextuales y sistémicos y una segunda opinión profesional. También acordaron que debían haberse intentado intervenciones biológicas, psicoterapéuticas y sociales adecuadas y que el sufrimiento debía haber persistido durante varios años.

El consenso incluyó criterios relacionados directamente con la psicoterapia. Los especialistas consideraron que debía haberse ofrecido una intervención orientada a la aceptación cuando estuviera indicada y que una nueva trayectoria psicoterapéutica podía resultar pertinente si existían razones para pensar que la anterior se había desarrollado en condiciones poco adecuadas. También reconocieron límites en la cantidad de intervenciones y procedimientos diagnósticos que puede exigirse. La valoración de una alternativa todavía disponible requiere considerar su indicación, sus posibles efectos y las condiciones concretas en las que podría realizarse (van Veen, Evans, et al., 2022).

Nicolini et al. (2020) observaron esta dificultad en 74 casos neerlandeses de eutanasia y suicidio asistido que involucraban trastornos de personalidad o condiciones relacionadas. La psicoterapia no había sido intentada en el 28 % de los casos y la hospitalización en el 27 %. En la mitad, el médico que gestionaba la solicitud era nuevo para el paciente, y en el 36 % no había un psiquiatra tratante al momento del pedido. Además, el 70 % de los médicos que realizaron la práctica no eran psiquiatras. La evaluación podía quedar así a cargo de profesionales que conocían al paciente desde hacía poco tiempo y apoyarse en historias clínicas con información limitada sobre los tratamientos anteriores.

Mehlum et al. (2020), en una revisión centrada en personas con trastornos de personalidad, observaron una dificultad semejante. Aunque la mayoría había realizado alguna forma de psicoterapia, pocas habían recibido tratamientos específicos y respaldados empíricamente para estos cuadros. La información sobre el tipo, la duración y la aplicación de las intervenciones también era limitada, lo que dificultaba establecer la pertinencia y el alcance de aquello que ya había sido intentado.

Los estudios coinciden en que los años de atención y la cantidad de tratamientos no permiten establecer por sí solos la calidad o pertinencia de la psicoterapia recibida. Los expedientes pueden informar que una intervención fue ofrecida o intentada sin precisar siempre qué problema buscaba abordar, cuánto duró, con qué continuidad se realizó, en qué condiciones fue aplicada ni qué cambios produjo. Esa falta de detalle limita lo que puede inferirse sobre las alternativas ya exploradas y sobre aquellas que todavía podrían considerarse razonables. Las trayectorias prolongadas también pueden modificar la disposición frente a nuevas intervenciones cuando la persona ha atravesado tratamientos reiterados que no respondieron a sus necesidades. La literatura reconoce esta sobrecarga y la denomina fatiga terapéutica, aunque todavía no permite establecer con precisión cómo se forma ni qué relación mantiene con cada rechazo de tratamiento.

La guía neerlandesa permite incorporar a un psicólogo clínico cuando sus conocimientos resulten pertinentes, aunque su participación no constituye un requisito. La segunda opinión permanece a cargo del psiquiatra independiente y la reunión multidisciplinaria cumple una función asesora. También se recomienda consultar a los profesionales que participaron previamente en el cuidado, pero no se precisa qué información debería aportar el psicólogo tratante sobre las psicoterapias realizadas (NVvP, 2026). El capítulo anterior mostró que la ausencia de alternativas razonables debe fundamentarse en las intervenciones ya realizadas y en sus resultados. Los estudios revisados precisan que para sostener ese juicio hace falta conocer el tipo de psicoterapia, sus objetivos, la duración, la continuidad, las condiciones en las que se realizó y los motivos de su finalización o rechazo. El psicólogo tratante puede reconstruir esa parte de la historia a partir del proceso clínico y documentar los cambios observados. Así puede distinguirse entre una psicoterapia mencionada en el

expediente y una intervención cuya indicación, desarrollo y resultados fueron efectivamente examinados.

3. Efectos clínicos y relacionales del proceso de evaluación

La evaluación de una solicitud se desarrolla mediante entrevistas, esperas, derivaciones y respuestas profesionales. Durante ese recorrido pueden modificarse el malestar, la confianza en el cuidado, la disposición frente a nuevos tratamientos y la relación de la persona con su deseo de morir. El procedimiento forma parte, de este modo, de la experiencia que intenta conocer.

Verhofstadt, Chambaere, et al. (2022) estudiaron estos efectos mediante entrevistas a 16 adultos belgas que habían solicitado eutanasia por trastornos mentales. Algunas habían sido ignoradas o rechazadas, otras habían sido aceptadas, retiradas por los propios pacientes o todavía se encontraban en evaluación. Los autores analizaron los cambios relatados en el estado mental, los tratamientos y las relaciones sociales. Algunos participantes señalaron que el ingreso al procedimiento les permitió reconsiderar alternativas orientadas hacia la vida, iniciar nuevos tratamientos o acceder a una atención más cercana a sus necesidades. Otros consideraron que las nuevas evaluaciones e intervenciones prolongaban su sufrimiento o aceptaron tratamientos adicionales principalmente para continuar con la solicitud. El procedimiento podía abrir nuevas posibilidades y mantener, al mismo tiempo, las dudas sobre la muerte y sobre el resultado del pedido.

La respuesta de los profesionales también formaba parte de la experiencia. Las personas cuyas solicitudes habían sido ignoradas señalaron que su sufrimiento no había sido tomado en serio y algunas relacionaron esa respuesta con una pérdida de confianza o con la interrupción del tratamiento. La negativa adquiría otro sentido cuando el profesional explicaba su decisión, mantenía abierta la conversación sobre el deseo de morir y realizaba una derivación hacia alguien dispuesto a examinar la solicitud. Los participantes distinguían así entre una solicitud desatendida y una respuesta negativa acompañada por información y continuidad del cuidado (Verhofstadt, Chambaere, et al., 2022).

En otro estudio, Verhofstadt, Audenaert, et al. (2022) entrevistaron a 16 médicos y 14 profesionales no médicos o voluntarios con experiencia en solicitudes

psiquiátricas de eutanasia. Los participantes describieron dificultades para examinar el pedido sin abandonar la búsqueda de alternativas de tratamiento, coordinar a los distintos servicios y definir qué tarea correspondía a cada profesional. Cuando la evaluación era derivada por completo a una institución externa, el equipo tratante podía quedar apartado y recibir poca información sobre lo que ocurría con el paciente. Algunos profesionales no médicos también señalaron que disponían de poco tiempo para discutir los casos y que faltaban reuniones entre colegas, supervisión y apoyo. Compartir las decisiones y revisar los casos con otros profesionales era valorado porque reducía el aislamiento y permitía organizar mejor el trabajo. Las esperas, las derivaciones y los cambios de institución también podían debilitar la comunicación entre quienes evaluaban la solicitud y quienes sostenían el tratamiento cotidiano. Estas dificultades continuaban cuando el pedido era rechazado o retirado. Los profesionales reclamaron orientaciones más precisas para mantener el acompañamiento del paciente, trabajar con su entorno y apoyar a los equipos durante y después del procedimiento. Helinck et al. (2025) examinaron los efectos sobre los allegados mediante entrevistas a 18 personas involucradas en procedimientos belgas de eutanasia por trastornos mentales. Los participantes mantenían posiciones diferentes ante la solicitud y respecto del lugar que deseaban ocupar en el proceso. Coincidían, no obstante, en la necesidad de recibir información clara, ser reconocidos como personas afectadas por la decisión y contar con apoyo práctico y emocional. Estas necesidades podían continuar aunque la eutanasia no llegara a realizarse.

Estos resultados muestran que la aceptación o el rechazo no son los únicos acontecimientos clínicamente relevantes. También importa cómo se comunica la respuesta, qué continuidad se ofrece, qué ocurre con el equipo tratante y cómo se acompañan los cambios que aparecen durante el procedimiento. Los efectos son reconocibles, aunque no siempre queda definido quién debe seguirlos, comunicarlos o incorporarlos a la evaluación. La guía neerlandesa recomienda mantener la relación terapéutica cuando la solicitud es derivada, explicar las razones de una negativa, organizar el tratamiento posterior, consultar a los profesionales actuales y anteriores e incorporar a los allegados cuando corresponda. Los estudios muestran que estos objetivos pueden verse afectados por las esperas, la circulación entre instituciones y la separación entre el equipo evaluador y el tratante (NVvP, 2026; Verhofstadt, Audenaert, et al., 2022; Verhofstadt, Chambaere, et al., 2022).

Cuando el psicólogo participa en el tratamiento, puede advertir si los cambios en el malestar, la confianza o la disposición frente a otras intervenciones aparecen después de una demora, una derivación o una respuesta profesional. Relacionar esos cambios con la historia de la persona incorpora al análisis lo que ocurrió durante el procedimiento y evita que la solicitud sea examinada como si permaneciera igual a lo largo del tiempo. Esta información también permite que el tratamiento cotidiano considere las consecuencias de una negativa, del retiro del pedido o de su derivación hacia otro servicio.

4. Participación, formación y límites de la psicología

El capítulo I mostró que, en Países Bajos y Bélgica, las solicitudes fundadas en trastornos mentales requieren evaluaciones y consultas especializadas, aunque los profesionales exigidos sean médicos y psiquiatras. El psicólogo puede haber participado en el tratamiento o aportar información clínica, pero su intervención no constituye un requisito ni recibe una función propia dentro del procedimiento. En Alemania y Austria, su posible participación se vincula con la evaluación de la capacidad de juicio o de las condiciones en las que se forma la voluntad. En Colombia, el psicólogo clínico puede integrar el comité encargado de evaluar las solicitudes de personas adultas, mientras que las unidades psiquiátricas de alta complejidad deben conformarse con dos psiquiatras y un abogado. La participación de la psicología queda vinculada con momentos y problemas diferentes, desde el tratamiento previo hasta la capacidad decisional y la deliberación sobre la solicitud, sin recibir el mismo reconocimiento en todas las jurisdicciones.

El capítulo II permite precisar este lugar en el procedimiento neerlandés, ya que la guía reconoce que algunos casos requieren conocimientos específicos y admite la incorporación de un psicólogo clínico tanto en la segunda opinión como en la reunión multidisciplinaria. Sin embargo, su participación continúa siendo recomendada y no obligatoria. La psicología puede ingresar, por lo tanto, desde posiciones diferentes, pero ninguna de ellas con una función todavía estable dentro de la estructura del procedimiento. La diferencia entre aportar información, integrar una consulta y asumir una responsabilidad formal también se refleja en la preparación disponible. Las actuales formaciones se organizan a partir de las posiciones que cada profesional ocupa dentro del procedimiento. Por eso, la comparación entre la

formación médica y la destinada a psicólogos permite examinar hasta qué punto las tareas reconocidas cuentan con un recorrido previo que prepare para realizarlas (NVvP, 2026).

En Países Bajos, las capacitaciones orientadas a recibir, evaluar o revisar solicitudes de eutanasia están dirigidas principalmente a médicos. El Centro de Especialización en Eutanasia (Expertisecentrum Euthanasie) ofrece “Atención de la eutanasia en la práctica” (Euthanasiezorg in de praktijk), destinada a médicos con poca o ninguna experiencia. La actividad se desarrolla durante medio día y recorre el marco legal, los formularios y los distintos momentos de la recepción, evaluación y eventual realización de una solicitud (Expertisecentrum Euthanasie, s. f.-b). El mismo centro ofrece, también para médicos, “Atención de la eutanasia en psiquiatría” (Euthanasiezorg bij psychiatrie), una actividad de profundización de 4 horas y media. El programa trabaja la formación de la voluntad, las perspectivas de alivio, el carácter insoportable del sufrimiento, los tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos realizados, el rechazo de nuevas intervenciones y los momentos de decisión que aparecen durante el procedimiento. También busca que los participantes revisen su propia posición frente a estas solicitudes mediante el análisis de situaciones clínicas (Expertisecentrum Euthanasie, s. f.-a).

Por otro lado, el programa SCEN, Apoyo y Consulta sobre Eutanasia en los Países Bajos (Steun en Consultatie bij Euthanasie in Nederland), prepara a médicos con experiencia previa para asesorar a colegas y actuar como consultores independientes. Para ingresar se exige estar registrado como especialista, contar con al menos 5 años de ejercicio profesional y acreditar experiencia reciente en cuidados al final de la vida y en la realización de una eutanasia. La formación comprende 3 jornadas, 18 horas acreditadas y actividades de estudio personal. La primera trabaja las tareas del médico SCEN, el sufrimiento insoportable y la capacidad decisional. La segunda se realiza aproximadamente un mes más tarde, revisa los primeros informes e incorpora la actuación de las RTE y situaciones relacionadas con demencia, coma y trastornos mentales. Después de esa instancia, el médico recibe una inscripción provisional y lleva adelante al menos 2 consultas con el acompañamiento de un profesional experimentado. La tercera jornada se desarrolla alrededor de 6 meses después y retoma las consultas efectuadas, la discusión de casos y la elaboración de informes. Una vez finalizado el programa, la inscripción en el registro SCEN tiene una

vigencia máxima de 5 años y los profesionales participan en 4 reuniones regionales de intervención por año. SCEN ofrece así una preparación estructurada para la consulta independiente, aunque los trastornos mentales constituyen uno de los escenarios incluidos dentro de un programa general sobre eutanasia (KNMG, s. f.-a, s. f.-b).

En cuanto a la oferta destinada específicamente a psicólogos, ThaNet ofrece “El rol de los psicólogos durante un procedimiento de eutanasia” (De rol van psychologen tijdens een euthanasietraject), una actividad gratuita en línea de aproximadamente 20 minutos. El contenido aborda la recepción de la solicitud y la conversación con el paciente, sin desarrollar las funciones que se le pueden solicitar a los psicólogos durante las etapas del procedimiento (ThaNet, s. f.).

En Bélgica, el Foro de Información sobre el Final de la Vida (LevensEinde InformatieForum [LEIF]) ofrece dos recorridos paralelos de 5 jornadas. La formación para médicos LEIF (LEIFartsenopleiding) prepara para orientar a otros médicos y actuar como segundo o tercer profesional independiente. El programa comienza con una delimitación de las decisiones al final de la vida y revisa la legislación sobre eutanasia, derechos del paciente y cuidados paliativos. También incluye directivas anticipadas, planificación de cuidados, capacidad decisional, ética, práctica de la eutanasia y comunicación con pacientes, allegados y equipos. La cuarta jornada aborda situaciones relacionadas con polipatología, demencia y sufrimiento psíquico insoportable asociado a un trastorno psiquiátrico, al que se dedica una sesión de una hora y media (LEIF, s. f.-a, 2026a). La formación LEIF para profesionales sanitarios (LEIFconsulentenopleiding) se dirige a enfermeros y a otras disciplinas, entre las que se menciona expresamente a la psicología. También se distribuye en 5 jornadas y conduce a un certificado propio del programa. Comparte con la formación médica los contenidos sobre decisiones al final de la vida, legislación, directivas anticipadas, planificación de cuidados, capacidad, ética, práctica de la eutanasia, situaciones clínicas específicas y comunicación. La eutanasia por sufrimiento psíquico insoportable asociado a un trastorno psiquiátrico ocupa igualmente una sesión de una hora y media. Este contenido se integra en una formación más amplia y no desarrolla de manera particular la intervención psicológica durante la evaluación de estas solicitudes (LEIF, s. f.-b, 2026b).

La diferencia, entonces, es que los médicos disponen de capacitaciones específicamente vinculadas con las responsabilidades que ejercen dentro del procedimiento. En cambio, los psicólogos acceden principalmente a contenidos sobre el final de la vida, la comunicación y el trabajo interdisciplinario, sin un recorrido que delimite y prepare una función propia en las solicitudes asociadas a trastornos mentales. La oferta formativa reproduce así el lugar observado en las normas y en las guías. La evidencia empírica permite examinar qué tareas asumen y cómo valoran la preparación con la que comenzaron a realizarlas.

Besjes y van de Vathorst (2023) entrevistaron a 13 psiquiatras que trabajaban en instituciones neerlandesas de salud mental y contaban, en promedio, con 13 años de ejercicio profesional. Los participantes describieron estas solicitudes como especialmente complejas, debido a las variaciones que puede presentar el deseo de morir y a las dificultades para establecer las perspectivas de alivio. Habían observado que el pedido podía modificarse ante cambios clínicos y también cuando la persona accedía a una vivienda segura, establecía una relación o encontraba una actividad laboral. Las posibilidades de alivio dependían así de condiciones clínicas, sociales y biográficas. Los participantes manifestaron no sentirse preparados para desarrollar sus etapas, elaborar la documentación ni realizar la práctica. Algunos desconocían la guía neerlandesa, no comprendían con claridad la función del médico SCEN o ignoraban que el psiquiatra tratante podía realizar la eutanasia. Solo una minoría conocía las cuatro fases previstas y la mayoría no sabía si su institución disponía de una política para responder a estas solicitudes.

La posición como tratantes agregaba otra dificultad. Los psiquiatras consideraban que su función exigía sostener alguna perspectiva de recuperación y temían que iniciar la evaluación comunicara al paciente que también ellos consideraban limitadas sus posibilidades de mejoría. La falta de preparación alcanzaba incluso aspectos concretos de la ejecución, como la colocación de una vía intravenosa y la administración de la medicación. El estudio muestra una distancia entre las funciones previstas para el psiquiatra tratante y la preparación con la que estos profesionales se reconocían para ejercerlas (Besjes & van de Vathorst, 2023).

Las dificultades también aparecen entre médicos formados para actuar como consultores independientes. Bergman et al. (2020) analizaron encuestas anuales

realizadas a profesionales SCEN. Entre 938 consultas recientes informadas durante 2016 y 2017, el 21,6 % fue considerado difícil. El análisis de las consultas más complejas descritas en 2015 mostró que los problemas se concentraban principalmente en el contacto con el paciente y en la evaluación de los criterios legales. Las solicitudes asociadas a trastornos psiquiátricos, demencia o acumulación de afecciones propias de la edad presentaban una mayor probabilidad de ser consideradas difíciles que las solicitudes oncológicas. La complejidad también aumentaba cuando existía un trastorno mental adicional o intervenían problemas psicosociales y existenciales. Los autores propusieron profundizar estas situaciones durante la capacitación y en las reuniones periódicas de revisión de casos.

La formación adquiere otra función cuando distintas disciplinas deben integrar sus evaluaciones. Verhofstadt et al. (2024) entrevistaron a 30 trabajadores de salud mental de Flandes y Bruselas que habían participado en al menos una solicitud de eutanasia asociada a un trastorno psiquiátrico. El sufrimiento insoportable fue el único requisito que los participantes consideraron relativamente sencillo de interpretar. En los demás aparecieron diferencias capaces de modificar el resultado de la evaluación.

Respecto de la capacidad, las posiciones se extendían desde presumir que la persona era capaz mientras no se demostrara lo contrario hasta considerar que ciertos diagnósticos podían constituir una contraindicación. En la evaluación de la voluntariedad, algunos profesionales se concentraban en detectar presiones externas, mientras que otros incluían formas interiorizadas de presión, como sentirse una carga para la familia. Tampoco compartían una definición sobre la persistencia del pedido ni sobre el tiempo requerido para considerarlo sostenido. Un mismo criterio podía adquirir significados diferentes según el profesional que lo aplicara. La integración multidisciplinaria requiere, por ello, una comprensión compartida de los criterios, de sus límites y de la información que corresponde aportar a cada integrante (Verhofstadt et al., 2024).

La distancia entre la participación de la psicología y su preparación fue estudiada por Demedts et al. (2025) mediante una encuesta a 242 psicólogos clínicos de Flandes. El 62,8 % había intervenido en alguna etapa de un procedimiento de eutanasia por sufrimiento mental. El 87,2 % consideró que la psicología tenía un lugar importante en la toma de decisiones, el 96,3 % le atribuyó una función en la

exploración de alternativas y el 88 % sostuvo que debía ayudar a la persona a comprender la naturaleza y las consecuencias de la eutanasia. Además, el 98,8 % apoyó un abordaje multidisciplinario. Estos resultados reconocen tareas relacionadas con la exploración de alternativas, la comprensión de la decisión y la deliberación clínica, aunque esas funciones no se encuentran delimitadas de manera uniforme. Esta participación contrastaba con la preparación declarada. El 47,1 % consideró que no contaba con conocimientos suficientes para responder adecuadamente a una solicitud y el 37,6 % señaló limitaciones en sus habilidades prácticas. El 94,2 % sostuvo que la eutanasia por sufrimiento mental había recibido una atención insuficiente durante su formación y el 89 % reclamó una mayor presencia del tema en los estudios de psicología.

La experiencia previa marcaba una diferencia. Quienes ya habían participado en procedimientos informaron mayores conocimientos que quienes no lo habían hecho, con medias de 3,26 y 2,08, respectivamente. La misma diferencia apareció en las habilidades prácticas, con medias de 3,53 y 2,28. La preparación parece adquirirse principalmente mediante la exposición a los casos y las oportunidades ofrecidas por determinados ámbitos de trabajo, en lugar de mediante un recorrido común anterior a la intervención profesional (Demedts et al., 2025).

En conjunto, las formaciones revisadas preparan con mayor detalle a quienes reciben, evalúan y consultan formalmente sobre las solicitudes. Los psiquiatras pueden asumir estas tareas sin conocer suficientemente el procedimiento, los consultores SCEN continúan encontrando dificultades particulares en los casos psiquiátricos y los equipos no siempre comparten una interpretación de los criterios. Los psicólogos ya intervienen en la exploración de alternativas, la comprensión de la decisión y la deliberación en equipo, aunque una parte importante de su preparación se adquiere después de comenzar a participar. Una formación que incorpore la exploración del deseo de morir, la reconstrucción de la trayectoria psicoterapéutica, los problemas vinculados con la capacidad y los cambios producidos durante el procedimiento podría preparar mejor esas intervenciones y dar mayor fundamento a una función fundamentalmente psicológica que ingresa en la evaluación de estas solicitudes.

CONCLUSIONES

Al principio de esta tesina nos preguntamos qué escuchamos cuando una persona afirma que ya no puede más. A lo largo de los capítulos ese “no puedo más” fue apareciendo como una experiencia que debe ser nombrada, interrogada y sostenida frente a otros. Quien sufre conoce lo que vive, pero su palabra necesita ingresar en lenguajes que no le pertenecen por completo y que fijan las condiciones bajo las cuales puede abrirse una decisión sobre la propia muerte.

Lo que las normas hacen con el sufrimiento

El recorrido por las jurisdicciones revisadas en el Capítulo I mostró modos específicos de reconocer el sufrimiento, nombrarlo y volverlo evaluable. El lugar de los trastornos mentales debe comprenderse según la función que cumplen dentro de cada procedimiento. En las jurisdicciones analizadas aparece un primer movimiento en común, el *anclaje*. El sufrimiento no ingresa por sí solo, sino que debe apoyarse en una base médica reconocible. Esa base recibe distintos nombres según cada regulación, como enfermedad, afección, dolencia, discapacidad, lesión corporal, condición médica, condición de salud o patología. Algunos países admiten que este anclaje se ubique dentro del campo de la salud mental; otros lo restringen a condiciones somáticas o terminales; y otros dejan la cuestión abierta a la interpretación clínica e institucional. A partir de la distinción de Kleinman et al. (1978), podría decirse que aquello que se presenta como experiencia vivida del padecimiento necesita encontrar un correlato normativamente aceptable en el lenguaje de la condición médica. Esta operación resulta especialmente delicada en salud mental, porque, como advierte Yager (2021), el sufrimiento psiquiátrico no siempre queda bien captado por las clasificaciones diagnósticas, aunque muchas veces dependa de ellas para ser reconocido institucionalmente.

Una vez anclado, las normas realizan un segundo movimiento, orientado a *calificar* el sufrimiento mediante expresiones como insoportable, intolerable, constante, persistente, irremediable, refractario o no aliviado. Estos términos buscan traducir una experiencia subjetiva en criterios revisables por terceros. Aparece otra tensión porque, como plantea Augsburger (2004), si el sufrimiento psíquico puede preceder a la enfermedad, divergir de ella o exceder las clasificaciones mórbidas, la norma, en

cambio, necesita convertirlo en una categoría susceptible de evaluación. El sufrimiento tiene que sostenerse como una vivencia propia, ligada a quien lo experimenta, pero al mismo tiempo adquirir una forma que permita a un médico, un comité o una segunda opinión intervenir y pronunciarse sobre su legitimidad.

Cuando el padecimiento se asocia a trastornos mentales, aparece un tercer movimiento. En este, el diagnóstico psiquiátrico puede funcionar como base médica de la solicitud, pero también provocar una *sospecha* sobre la capacidad, la estabilidad de la decisión o la autenticidad del deseo de morir. La misma categoría que permite nombrar el sufrimiento puede convertirse, al mismo tiempo, en un motivo para dudar de la palabra de quien lo enuncia. El diagnóstico ocupa una posición paradójica, porque puede habilitar el acceso, pero a la vez activar procedimientos orientados a demostrar que la voluntad no está determinada por el trastorno mental. Desde Fricker (2007), esta ambivalencia puede leerse como una tensión epistémica propia de la psiquiatría. La palabra del paciente resulta necesaria para comunicar el sufrimiento, pero queda expuesta a condiciones reforzadas de credibilidad cuando el diagnóstico que permite reconocerla también puede ser usado para interrogarla.

Lo que la clínica hace con el sufrimiento

Las categorías construidas por la norma no operan por sí solas. Cuando una solicitud ingresa en la evaluación clínica, el sufrimiento debe adquirir la forma de una historia que pueda ser escuchada, contrastada y documentada. Los encuentros sucesivos, la segunda opinión, la consulta independiente, la participación de otros profesionales y allegados dejan un registro de cómo se llegó a considerar que la solicitud cumplía, o no, los criterios exigidos. La evaluación vuelve el sufrimiento clínicamente legible.

Esa legibilidad no se construye únicamente a partir del diagnóstico. La guía neerlandesa rescata áreas como el curso vital, la personalidad, las habilidades de afrontamiento, los antecedentes psiquiátricos, la duración del padecimiento y la relación entre la carga del sufrimiento y la capacidad de soportarlo. El carácter procesual e histórico señalado por Augsburg (2004) encuentra acá una forma clínica concreta. También reaparecen la interrupción biográfica de Bury (1982) y la pérdida del sí mismo de Charmaz (1983), porque la insoportabilidad no se organiza solo alrededor

de síntomas, sino de cambios en la continuidad de la vida, los vínculos, la imagen personal y las expectativas de futuro. Los testimonios estudiados por Verhofstadt et al. (2017, 2021) muestran que estas dimensiones médicas, intrapersonales, relacionales, sociales y existenciales adquieren sentido dentro de la historia que llevó a la persona a considerar la muerte como una salida. La narración ocupa por eso un lugar fundamental. En los términos de Charon (2001), la clínica necesita reconocer, interpretar y responder a historias de padecimiento. En estas solicitudes, además, la historia debe sostener una decisión irreversible. La persona no relata únicamente que sufre. Debe comunicar por qué ese sufrimiento se ha vuelto insoportable, cómo llegó a considerar insuficientes las alternativas disponibles, qué relación existe entre el trastorno y su deseo de morir, y de qué manera puede reconocer ese pedido como propio. La historia vital entra en la evaluación porque es ahí donde la solicitud adquiere continuidad, significado y dirección.

Esta exigencia institucionaliza la sospecha planteada en el Capítulo I. La palabra del paciente es indispensable, porque ningún profesional puede reemplazar el conocimiento que posee sobre su propio padecimiento. Sin embargo, esa palabra queda rodeada de condiciones reforzadas de validación. Desde Fricker (2007), Carel y Kidd (2014) y Crichton et al. (2017), la tensión puede leerse en dos planos. En el testimonial, el diagnóstico que vuelve reconocible la base médica de la solicitud también puede debilitar la credibilidad de quien habla, al exigir que se diferencien deliberación, suicidalidad, ambivalencia, presión externa, sintomatología y capacidad. En el hermenéutico, la experiencia debe encontrar un lenguaje compartido para ser comprendida, aunque ese lenguaje se encuentre organizado por categorías clínicas y jurídicas que seleccionan qué aspectos del padecimiento serán considerados relevantes. La persona debe fundamentar un sufrimiento suficientemente grave para sostener la solicitud y, al mismo tiempo, mostrar que ese mismo sufrimiento no invalida su autoridad para hablar sobre sí. La guía distribuye esa tensión a lo largo del procedimiento mediante encuentros sucesivos, nuevas instancias de evaluación y la incorporación de otras miradas. Estos resguardos pueden proteger frente a la impulsividad, la presión del entorno o una evaluación incompleta, pero también prolongar el tiempo durante el cual la persona debe narrar, justificar y volver a someter su experiencia al juicio de terceros.

La clínica, por tanto, no elimina la incertidumbre que rodea a estas solicitudes; organiza, documenta y distribuye la responsabilidad de sostenerla. Al hacerlo, transforma el sufrimiento en una narración evaluable y revisable, pero también decide quién puede interpretarla. La exigencia de reconstruir una historia abre preguntas que no quedan contenidas en la constatación diagnóstica. La duración del pedido dice poco acerca de aquello que la muerte representa; la cantidad de tratamientos no permite conocer cómo fueron vividos ni desarrollados; y el avance del procedimiento puede modificar la solicitud que intenta examinar.

Lo que la psicología aporta al conocimiento del sufrimiento

Este conocimiento puede reconocerse en tres planos. El primero se dirige a la experiencia del deseo de morir, mediante la reconstrucción de sus razones, significados, funciones y formas de ambivalencia. El segundo se ocupa de la trayectoria psicoterapéutica, al precisar qué intervenciones fueron indicadas, cómo se desarrollaron, qué cambios produjeron y bajo qué condiciones fueron finalizadas, interrumpidas o rechazadas. El tercero se vincula con el proceso durante el cual la solicitud es evaluada, atendiendo a los cambios que pueden producirse en el malestar, la confianza en los profesionales, la disposición hacia los tratamientos y la relación de la persona con su propio deseo de morir. Estos aportes permiten conocer dimensiones diferentes de una misma solicitud y producir información más precisa para su evaluación.

La articulación entre ellos muestra que el conocimiento del sufrimiento se encuentra distribuido entre distintas posiciones. La persona conoce la experiencia que atraviesa y el sentido que la muerte ha adquirido dentro de ella. Los profesionales tratantes acceden a parte de su evolución, a las transformaciones ocurridas durante el cuidado y a las respuestas frente a los tratamientos. Los evaluadores independientes examinan esa información desde la distancia requerida para pronunciarse sobre los criterios. Los allegados y otros integrantes del equipo pueden aportar elementos sobre los vínculos, las condiciones de vida y los cambios observados a lo largo del tiempo. Tomando el carácter procesual e histórico que Augsburger (2004) atribuye al sufrimiento, su condición situada también se expresa en esta distribución, porque

ninguna de esas posiciones reúne por sí sola todo el conocimiento necesario para comprenderlo.

La multidisciplinariedad constituye una respuesta institucional a esa distribución al reunir conocimientos médicos, psicológicos, sociales y relacionales sobre una experiencia que atraviesa distintos dominios de la vida. Sin embargo, reunir perspectivas no es lo mismo que integrar conocimientos. La evidencia revisada mostró que profesionales con experiencia pueden atribuir significados distintos a la capacidad, la voluntariedad o la persistencia del pedido. La información disponible puede ampliarse mientras persisten desacuerdos sobre aquello que debe evaluarse, los fundamentos de cada conclusión y el modo en que debe incorporarse al juicio final. La cuestión decisiva es el peso que el procedimiento asigna a cada aporte. Siguiendo a Crichton et al. (2017), la pertinencia clínica de un conocimiento no determina por sí misma el lugar institucional que se le concede. La información psicológica puede modificar la comprensión de una solicitud y, aun así, conservar una función asesora dentro de un procedimiento en el que la integración de los aportes y la determinación sobre los criterios permanecen bajo responsabilidad médica. De este modo, la participación de distintas profesiones podría avanzar desde la reunión de perspectivas hacia una evaluación articulada del sufrimiento situado.

La misma distribución se prolonga en la oferta formativa. Los médicos cuentan con capacitaciones vinculadas con las responsabilidades que les asigna el procedimiento, aunque los casos psiquiátricos continúan presentando dificultades incluso para profesionales experimentados y consultores SCEN. Los psicólogos, en cambio, ya intervienen en la exploración de alternativas, la deliberación clínica y el acompañamiento, pero gran parte de su preparación se adquiere después de comenzar a participar. La ausencia de una función estable impide determinar con precisión qué información deberían producir, desde qué posición y con qué responsabilidad, lo que también dificulta establecer los conocimientos y habilidades que deberían adquirir previamente. La indeterminación de la función se reproduce, de este modo, en la formación.

Lo que permanece en discusión

En conjunto, estas formas de aproximarse al padecimiento muestran cómo una experiencia se vuelve jurídicamente reconocible, clínicamente narrable y profesionalmente interpretable. En ese tránsito también se define qué podrá ser escuchado y quién tendrá autoridad para interpretarlo. La discusión sobre la muerte médicamente asistida es, en ese sentido, además de ética, una batalla conceptual. En ella se disputa qué puede contar como sufrimiento insoportable, cuándo una alternativa deja de ser razonable y qué influencia puede ejercer un trastorno mental sin invalidar la autoridad de quien habla sobre su propia vida. Los conceptos no resuelven estas preguntas, pero sí organizan el terreno en el que serán decididas. Por eso, la narración del sufrimiento necesita conservar su carácter situado mientras adquiere una forma capaz de ser evaluada. El diagnóstico, la historia clínica y los criterios registran aspectos necesarios, aunque parciales, de aquello que la persona intenta hacer comprensible. La psicología cobra relevancia en esa distancia. En términos de Fricker (2007), puede ampliar los recursos hermenéuticos disponibles al relacionar el deseo de morir con la trayectoria vital, los tratamientos, los vínculos y los cambios ocurridos durante la evaluación. Su aporte ayuda a conservar la diferencia entre la categoría y la experiencia que intenta nombrar.

La revisión también hizo visible otra distancia, la que existe entre la necesidad de conocimientos psicológicos y el lugar todavía periférico del psicólogo. Esta tensión adquiere relevancia ante la reciente regulación de Uruguay. Si bien la ley y el protocolo aluden a los equipos de salud, las funciones decisorias y la ejecución permanecen concentradas en profesionales médicos, sin que se contemple expresamente la participación del psicólogo clínico ni se le atribuya una función específica (Uruguay, 2025, 2026; Ministerio de Salud Pública de Uruguay, 2026). Futuros estudios podrían examinar cómo las instituciones uruguayas interpretan el sufrimiento insoportable, qué lugar reciben los trastornos mentales y qué conocimientos utilizan los profesionales al evaluar estas solicitudes.

El sufrimiento nunca coincide por completo con la forma que una institución necesita darle para evaluarlo. Su comprensión empieza al reconocer esa distancia y escuchar la historia que dio forma a ese sufrir.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agencia EFE. (2026, 26 de marzo). *La joven Noelia Castillo recibe la eutanasia*

tras un largo periplo judicial.

<https://efe.com/cataluna/2026-03-26/la-justicia-descarta-de-nuevo-frenar>

[-la-eutanasia-de-noelia-antes-de-practicarse/](#)

Asamblea Nacional del Ecuador. (2026, 17 de marzo). *Informe para primer*

debate del Proyecto de Ley Orgánica de la Eutanasia. Comisión

Especializada Permanente del Derecho a la Salud y Deporte.

<https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/private/asamble>

anacional/filesasambleanacionalnameuid-19130/2045.%20Proyecto%20

de%20Ley%20de%20Autonomia%20del%20paciente%20-%20mholqui

n/ate ley orga%CC%81nica de eutanasia-signed-signed-signed-signe

d-signed-signed-signed-signed-signed_f.pdf

Atresplayer. (2026, 25 de marzo). *La entrevista completa a Noelia, la joven de*

25 años que ha logrado la eutanasia, a horas de morir [Video].

<https://www.atresplayer.com/antena3/programas/y-ahora-sonsoles/clips/>

a-entrevista-completa-a-noelia-la-joven-de-25-anos-que-ha-logrado-la-e

utanasia-a-horas-de-morir 69c434416a79fd00074fc075/

Augsburger, A. C. (2004). La inclusión del sufrimiento psíquico: Un desafío para

la epidemiología. *Psicologia & Sociedade*, 16(2), 71–80.

<https://doi.org/10.1590/S0102-71822004000200009>

Austria. (2021). *Bundesgesetz über die Errichtung von Sterbeverfügungen* [Ley

de Disposición para Morir] (BGBl. I Nr. 242/2021).

Rechtsinformationssystem des Bundes.

<https://ris.bka.gv.at/geltendefassung.wxe?abfrage=bundesnormen&gesetzesnummer=20011782>

- Balaguer, A., Monforte-Royo, C., Porta-Sales, J., Alonso-Babarro, A., Altisent, R., Aradilla-Herrero, A., Bellido-Pérez, M., Breitbart, W., Centeno, C., Cuervo, M. A., Deliens, L., Frerich, G., Gastmans, C., Lichtenfeld, S., Limonero, J. T., Maier, M. A., Materstvedt, L. J., Nabal, M., Rodin, G., ... Voltz, R. (2016). An international consensus definition of the wish to hasten death and its related factors [Definición internacional consensuada del deseo de adelantar la muerte y sus factores relacionados]. *PLOS ONE*, 11(1), e0146184. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146184>
- Beauchamp, T. L. (2011). Informed consent: Its history, meaning, and present challenges [Consentimiento informado: Su historia, significado y desafíos actuales]. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 20(4), 515–523. <https://doi.org/10.1017/S0963180111000259>
- Bélgica. (2002). *Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie* [Ley de 28 de mayo de 2002 relativa a la eutanasia]. Moniteur belge. <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2002/05/28/2002009590/justel>
- Bergman, T. D., Pasman, H. R. W., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2020). Complexities in consultations in case of euthanasia or physician-assisted suicide: A survey among SCEN physicians [Complejidades en las consultas en casos de eutanasia o suicidio asistido por un médico: Encuesta a médicos SCEN]. *BMC Family Practice*, 21, Article 6. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1063-z>

- Besjes, M. J., & van de Vathorst, S. (2023). Euthanasie in de ggz: Kwalitatief onderzoek naar de mening van psychiaters [Eutanasia en salud mental: Estudio cualitativo sobre la opinión de psiquiatras]. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 65(2), 81–86. https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/nl/artikelen/article/50-13111_Eutanasie-in-de-ggz-kwalitatief-onderzoek-naar-de-mening-van-psychiaters
- Blouin, S., & Pott, M. (2022). Assistance in dying: Conditions for international comparison [Asistencia para morir: Condiciones para la comparación internacional]. *Death Studies*, 46(7), 1541–1546. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1926630>
- Bosma, F., Mink, K. R., van Delden, J. J. M., van der Heide, A., van de Vathorst, S., & van Thiel, G. J. M. W. (2024). The Dutch practice of euthanasia and assisted suicide in patients suffering from psychiatric disorders: A qualitative case review study [La práctica neerlandesa de la eutanasia y el suicidio asistido en pacientes con trastornos psiquiátricos: Estudio cualitativo de revisión de casos]. *Frontiers in Psychiatry*, 15, Article 1452835. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1452835>
- Brody, H., & Cooper, M. W. (2014). Binding and Hoche's 'Life Unworthy of Life': A historical and ethical analysis [«La vida indigna de ser vivida» de Binding y Hoche: Análisis histórico y ético]. *Perspectives in Biology and Medicine*, 57(4), 500–511. <https://doi.org/10.1353/pbm.2014.0042>
- Broeckaert, B. (2015). Euthanasia: History [Eutanasia: Historia]. In H. ten Have (Ed.), *Encyclopedia of global bioethics*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-05544-2_180-1

Broeckaert, B., & Flemish Palliative Care Federation. (2009). Treatment decisions in advanced disease: A conceptual framework [Decisiones de tratamiento en la enfermedad avanzada: Marco conceptual]. *Indian Journal of Palliative Care*, 15(1), 30–36. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.53509>

Bundestag alemán. (2022a, 21 de junio). *Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe* [Proyecto de ley para regular la asistencia al suicidio] (Drucksache 20/2332). <https://dserver.bundestag.de/btd/20/023/2002332.pdf>

Bundestag alemán. (2022b, 7 de marzo). *Entwurf eines Gesetzes zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Hilfe zur Selbsttötung und zur Sicherstellung der Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung* [Proyecto de ley sobre la punibilidad de la asistencia reiterada al suicidio y la garantía de la libre responsabilidad de la decisión suicida] (Drucksache 20/904). <https://dserver.bundestag.de/btd/20/009/2000904.pdf>

Bundestag alemán. (2023, 6 de julio). *Bundestag lehnt Gesetzentwürfe zur Reform der Sterbehilfe ab* [El Bundestag rechaza proyectos de ley para reformar la asistencia para morir]. <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2023/kw27-de-suiziddebatte-954918>

Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption [La enfermedad crónica como interrupción biográfica]. *Sociology of Health & Illness*, 4(2), 167–182. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939>

- Calati, R., Olié, E., Dassa, D., Gramaglia, C., Guillaume, S., Madeddu, F., & Courtet, P. (2021). Euthanasia and assisted suicide in psychiatric patients: A systematic review of the literature [Eutanasia y suicidio asistido en pacientes psiquiátricos: Revisión sistemática de la literatura]. *Journal of Psychiatric Research*, 135, 153–173. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.006>
- Canadá. (1985). *Criminal Code, R.S.C., 1985, c. C-46, s. 241.2* [Código Penal de Canadá, R.S.C. 1985, c. C-46, art. 241.2]. Justice Laws Website. <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-46/section-241.2.html>
- Carel, H., & Kidd, I. J. (2014). Epistemic injustice in healthcare: A philosophical analysis [Injusticia epistémica en la atención sanitaria: Análisis filosófico]. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(4), 529–540. <https://doi.org/10.1007/s11019-014-9560-2>
- Cassell, E. J. (1982). The nature of suffering and the goals of medicine [La naturaleza del sufrimiento y los objetivos de la medicina]. *The New England Journal of Medicine*, 306(11), 639–645. <https://doi.org/10.1056/NEJM198203183061104>
- Charmaz, K. (1983). Loss of self: A fundamental form of suffering in the chronically ill [Pérdida del sí mismo: Una forma fundamental de sufrimiento en las personas con enfermedades crónicas]. *Sociology of Health & Illness*, 5(2), 168–195. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10491512>
- Charon, R. (2001). Narrative medicine: A model for empathy, reflection, profession, and trust [Medicina narrativa: Un modelo para la empatía, la

reflexión, la profesión y la confianza]. *JAMA*, 286(15), 1897–1902.
<https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897>

Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie. (2020).
Neuvième rapport aux Chambres législatives: Chiffres des années 2018–2019 [Noveno informe a las Cámaras legislativas: Cifras de los años 2018–2019]. Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.
https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/9_rapport-euthanasie_2018-2019-fr_0.pdf

Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie. (2022).
Dixième rapport aux Chambres législatives: Chiffres des années 2020–2021 [Décimo informe a las Cámaras legislativas: Cifras de los años 2020–2021]. Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.
https://consultativebodies.health.belgium.be/sites/default/files/documents/10_rapport-euthanasie_2020-2021-fr.pdf

Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie. (2025a).
Document d'enregistrement d'une euthanasie [Formulario de registro de una eutanasia]. Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.
<https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/documentenregistrementeuthanasiepdf.pdf>

Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie. (2025b, 19 de marzo). *Euthanasia: Publication of the 2024 figures for euthanasia in Belgium* [Eutanasia: Publicación de las cifras de eutanasia de 2024 en

Bélgica].

<https://consultativebodies.health.belgium.be/en/documents/euthanasia-publication-2024-figures-euthanasia-belgium>

Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie. (2025c).

Onzième rapport aux Chambres législatives: Chiffres des années 2022–2023 [Undécimo informe a las Cámaras legislativas: Cifras de los años 2022–2023]. Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/11_rapport-euthanasie_2022-2023-fr.pdf

Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie. (2026, 20 de

marzo). *2025 figures for euthanasia in Belgium* [Cifras de eutanasia de 2025 en Bélgica].

<https://consultativebodies.health.belgium.be/en/documents/2025-figures-euthanasia-belgium>

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. (2023, 4 de agosto). *La eutanasia como derecho*.

<https://www.conicet.gov.ar/la-eutanasia-como-derecho/>

Corte Constitucional de Colombia. (1997). *Sentencia C-239/97*.

<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/c-239-97.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2021). *Sentencia C-233/21*.

<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2021/C-233-21.htm>

Corte Constitucional de Colombia. (2022). *Sentencia C-164/22*.

<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/c-164-22.htm>

- Corte Constitucional del Ecuador. (2024, 5 de febrero). *Sentencia 67-23-IN/24*.
https://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10_DWL_FL/eNhcNBlDGE6J3RyYW1pdGUnLCB1dWlkOidINzVjZThhMS1iMGM0LTQ0OWMtYmEyMy01MTdiYzVkYTY3NGQucGRmJ30%3D
- Crichton, P., Carel, H., & Kidd, I. J. (2017). Epistemic injustice in psychiatry [Injusticia epistémica en psiquiatría]. *BJPsych Bulletin*, 41(2), 65–70.
<https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.050682>
- De Hert, M., & Van Assche, K. (2024). Euthanasia for unbearable suffering caused by a psychiatric disorder: Improving the regulatory framework [Eutanasia por sufrimiento insoportable causado por un trastorno psiquiátrico: Mejora del marco regulatorio]. *World Psychiatry*, 23(1), 54–56. <https://doi.org/10.1002/wps.21152>
- De Hert, M., Van Bos, L., Sweers, K., Wampers, M., De Lepeleire, J., & Correll, C. U. (2015). Attitudes of psychiatric nurses about the request for euthanasia on the basis of unbearable mental suffering (UMS) [Actitudes de enfermeros psiquiátricos ante solicitudes de eutanasia basadas en sufrimiento mental insoportable (SMI)]. *PLOS ONE*, 10(12), Article e0144749. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0144749>
- Dees, M. K., Vernooij-Dassen, M. J., Dekkers, W. J., Vissers, K. C., & van Weel, C. (2011). “Unbearable suffering”: A qualitative study on the perspectives of patients who request assistance in dying [«Sufrimiento insoportable»: Estudio cualitativo sobre las perspectivas de pacientes que solicitan asistencia para morir]. *Journal of Medical Ethics*, 37(12), 727–734. <https://doi.org/10.1136/jme.2011.045492>

Demedts, D., Drijkoningen, W., & Bilsen, J. (2025). Attitudes, roles, and competencies of clinical psychologists regarding euthanasia due to unbearable mental suffering [Actitudes, funciones y competencias de psicólogos clínicos respecto de la eutanasia por sufrimiento mental insoportable]. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 15(11), Article 228. <https://doi.org/10.3390/ejihpe15110228>

Departamento Federal de Justicia y Policía. (2006, 31 de enero). *Sterbehilfe und Palliativmedizin: Handlungsbedarf für den Bund?* [Asistencia para morir y medicina paliativa: ¿necesidad de actuación de la Confederación?]. Bundesamt für Justiz. <https://www.bj.admin.ch/dam/de/sd-web/mJ32OV2zkoYo/ber-vorentw-sterbehilfe.pdf>

Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben. (s. f.). *Fragen zur Vermittlung von Freitodbegleitung* [Preguntas sobre la mediación de asistencia al suicidio]. Recuperado el 20 de junio de 2026, de <https://www.dghs.de/haeufige-fragen/fragen-zur-vermittlung-von-freitodbegleitung/>

Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben. (2020, 7 de noviembre). *Satzung* [Estatuto]. <https://www.dghs.de/ueber-uns/verein/satzung/>

Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben. (2025, 25 de julio). *Informationsschreiben zur Vermittlung einer Freitodbegleitung (FTB) durch die DGHS* [Carta informativa sobre la mediación de una asistencia al suicidio por la DGHS].

https://www.dghs.de/fileadmin/content/01_service/freitodbegleitung/25072025_Informationsschreiben_VFTB.pdf

Dierickx, S., Deliëns, L., Cohen, J., & Chambaere, K. (2017). Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: Analysis of officially reported cases [Eutanasia para personas con trastornos psiquiátricos o demencia en Bélgica: Análisis de casos oficialmente notificados]. *BMC Psychiatry*, 17, Article 203. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1369-0>

Dignitas. (s. f.-a). *FAQ* [Preguntas frecuentes]. Recuperado el 20 de junio de 2026, de <https://dignitas.ch/en/documentation/faq/>

Dignitas. (s. f.-b). *Membership* [Membresía]. Recuperado el 20 de junio de 2026, de <https://dignitas.ch/en/association/membership/>

Downie, J., Gupta, M., Cavalli, S., & Blouin, S. (2022). Assistance in dying: A comparative look at legal definitions [Asistencia para morir: Una mirada comparativa a las definiciones legales]. *Death Studies*, 46(7), 1547–1556. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1926631>

España. (2021). *Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*. Boletín Oficial del Estado. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-4628>

Evans, R. (2025). Ivan Illich's Medical Nemesis at 50 [Némesis médica de Ivan Illich, cincuenta años después]. *British Journal of General Practice*, 75(750), 26–27. <https://doi.org/10.3399/bjgp25X740313>

Evenblij, K. (2019). *End-of-life care for patients suffering from a psychiatric disorder* [Cuidados al final de la vida para pacientes con un trastorno psiquiátrico] [Tesis doctoral, Vrije Universiteit Amsterdam]. Vrije

<https://research.vu.nl/ws/portalfiles/portal/86672625/complete%20dissertation.pdf>

Evenblij, K., Pasman, H. R. W., Pronk, R., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2019).

Euthanasia and physician-assisted suicide in patients suffering from psychiatric disorders: A cross-sectional study exploring the experiences of Dutch psychiatrists [Eutanasia y suicidio asistido por un médico en pacientes con trastornos psiquiátricos: Estudio transversal sobre las experiencias de psiquiatras neerlandeses]. *BMC Psychiatry*, 19, Article 74. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2053-3>

Evenblij, K., Pasman, H. R. W., van der Heide, A., van Delden, J. J. M., &

Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2019). Public and physicians' support for euthanasia in people suffering from psychiatric disorders: A cross-sectional survey study [Apoyo de la población y de los médicos a la eutanasia en personas con trastornos psiquiátricos: Estudio mediante encuesta transversal]. *BMC Medical Ethics*, 20, Article 62. <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0404-8>

EXIT Deutsche Schweiz. (s. f.-a). *Mitgliedschaft auf einen Blick* [Membresía de un vistazo]. Recuperado el 20 de junio de 2026, de <https://www.exit.ch/mitgliedschaft/mitgliedschaft-auf-einen-blick/>

EXIT Deutsche Schweiz. (s. f.-b). *Voraussetzungen einer Freitodbegleitung mit EXIT* [Requisitos para una asistencia al suicidio con EXIT]. Recuperado el 20 de junio de 2026, de <https://www.exit.ch/freitodbegleitung/voraussetzungen-einer-freitodbegleitung/>

Expertisecentrum Euthanasie. (s. f.-a). *Euthanasiezorg bij psychiatrie* [Atención de la eutanasia en psiquiatría]. Recuperado el 14 de junio de 2026, de <https://expertisecentrum euthanasie.nl/modules/euthanasie-bij-psychiatrie/>

Expertisecentrum Euthanasie. (s. f.-b). *Euthanasiezorg in de praktijk* [Atención de la eutanasia en la práctica]. Recuperado el 14 de junio de 2026, de <https://expertisecentrum euthanasie.nl/modules/euthanasie-in-de-praktijk/>

Facultades de Medicina de Chile. (2025, 8 de septiembre). *Eutanasia y suicidio asistido: Facultades de Medicina otorgan declaración al respecto*. Pontificia Universidad Católica de Chile. <https://facultadmedicina.uc.cl/noticias/eutanasia-y-suicidio-asistido-facultades-de-medicina-otorgan-declaracion-al-respecto/>

Forum Autonomie am Lebensende. (2024, 17 de abril). *FAQ Version 17.4.2024* [Preguntas frecuentes]. Bundesministerium für Justiz. https://www.bmj.gv.at/dam/jcr%3A0b22815c-f9f8-475b-a93c-9c658d908d8f/Blg._2_FAQ%20Version%2017.4.2024.pdf

Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing* [Injusticia epistémica: El poder y la ética del conocimiento]. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001>

Gamondi, C., Fusi-Schmidhauser, T., Oriani, A., Payne, S., & Preston, N. (2019). Family members' experiences of assisted dying: A systematic literature review with thematic synthesis [Experiencias de familiares con la muerte asistida: Revisión sistemática de la literatura con síntesis

temática]. *Palliative Medicine*, 33(8), 1091–1105.

<https://doi.org/10.1177/0269216319857630>

Gómez-Carrillo, A., Kirmayer, L. J., Aggarwal, N. K., Bhui, K. S., Fung, K. P. L., Kohrt, B. A., & Lewis-Fernández, R. (2023). A cultural-ecosocial systems view for psychiatry [Perspectiva cultural-ecosocial de sistemas para la psiquiatría]. *Frontiers in Psychiatry*, 14, Article 1031390.

<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1031390>

Grisso, T., Appelbaum, P. S., & Hill-Fotouhi, C. (1997). The MacCAT-T: A clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions [MacCAT-T: Una herramienta clínica para evaluar la capacidad de los pacientes para tomar decisiones de tratamiento]. *Psychiatric Services*, 48(11), 1415–1419. <https://doi.org/10.1176/ps.48.11.1415>

Groenewoud, J. H., van der Maas, P. J., van der Wal, G., Hengeveld, M. W., Tholen, A. J., Schudel, W. J., & van der Heide, A. (1997). Physician-assisted death in psychiatric practice in the Netherlands [Muerte asistida por un médico en la práctica psiquiátrica en los Países Bajos]. *The New England Journal of Medicine*, 336(25), 1795–1801. <https://doi.org/10.1056/NEJM199706193362506>

Helinck, S., Verhofstadt, M., Chambaere, K., & Pardon, K. (2025). Understanding the experiences and support needs of close relatives in psychiatric euthanasia trajectories: A qualitative exploration [Comprensión de las experiencias y necesidades de apoyo de familiares cercanos en trayectorias de eutanasia psiquiátrica: Exploración cualitativa]. *Qualitative Health Research*, 35(1), 56–73. <https://doi.org/10.1177/10497323241237459>

- Honorable Cámara de Diputados de la Nación Argentina. (2026). *Expediente 2487-D-2026: Régimen de asistencia en el final de la vida—Derecho a la muerte voluntaria médicamente asistida*.
<https://www.diputados.gob.ar/comisiones/permanentes/clpenal/proyecto.html?exp=2487-D-2026>
- Honorable Senado de la Nación Argentina. (2025). *Expediente 1870/25: Proyecto de ley que crea el régimen para la regulación de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido*.
<https://www.senado.gob.ar/parlamentario/comisiones/verExp/1870.25/S/PL>
- Jacobsen, M. H. (2016). ‘Spectacular death’—Proposing a new fifth phase to Philippe Ariès’s admirable history of death [«Muerte espectacular»: Propuesta de una quinta fase para la admirable historia de la muerte de Philippe Ariès]. *Humanities*, 5(2), Article 19.
<https://doi.org/10.3390/h5020019>
- Kammeraat, M., van Rooijen, G., Kuijper, L., Kiverstein, J. D., & Denys, D. A. J. P. (2023). Patients requesting and receiving euthanasia for psychiatric disorders in the Netherlands [Pacientes que solicitan y reciben eutanasia por trastornos psiquiátricos en los Países Bajos]. *BMJ Mental Health*, 26(1), Article e300729.
<https://doi.org/10.1136/bmjment-2023-300729>
- Kelly, B. D., & McLoughlin, D. M. (2002). Euthanasia, assisted suicide and psychiatry: A Pandora’s box [Eutanasia, suicidio asistido y psiquiatría: Una caja de Pandora]. *The British Journal of Psychiatry*, 181(4), 278–279. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.4.278>

- Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research [Cultura, enfermedad y atención: Enseñanzas clínicas de la investigación antropológica y transcultural]. *Annals of Internal Medicine*, 88(2), 251–258. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-88-2-251>
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. (s. f.-a). *SCEN-arts worden* [Cómo convertirse en médico SCEN]. Recuperado el 20 de junio de 2026, de <https://www.knmg.nl/ik-ben-arts/scen/scen-arts-worden>
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. (s. f.-b). *SCEN-opleiding* [Formación SCEN]. Recuperado el 20 de junio de 2026, de <https://www.knmg.nl/ik-ben-arts/scen/scen-arts-worden/scen-opleiding>
- Kupsch, L., Gather, J., Vollmann, J., Nadolny, S., & Schildmann, J. (2025). Assessment of decisional capacity: A systematic review and analysis of instruments regarding their applicability to requests for assisted suicide [Evaluación de la capacidad decisional: Revisión sistemática y análisis de instrumentos respecto de su aplicabilidad a solicitudes de suicidio asistido]. *European Psychiatry*, 68(1), Article e91. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.10041>
- LaPierre, T. A. (2016). Ordinary medicine: Extraordinary treatments, longer lives, and where to draw the line [Medicina ordinaria: Tratamientos extraordinarios, vidas más largas y dónde trazar el límite] [Reseña de Ordinary medicine: Extraordinary treatments, longer lives, and where to

- draw the line, de S. R. Kaufman]. *Contemporary Sociology*, 45(6), 753–755. <https://doi.org/10.1177/0094306116671949>
- LevensEinde InformatieForum. (s. f.-a). *Artsen* [Médicos]. Recuperado el 20 de junio de 2026, de <https://leif.be/opleidingen/professioneel/artsen/>
- LevensEinde InformatieForum. (s. f.-b). *Professionele zorgverleners* [Profesionales sanitarios]. Recuperado el 20 de junio de 2026, de <https://leif.be/opleidingen/professioneel/professionele-zorgverleners/>
- LevensEinde InformatieForum. (2026a). *LEIFartsenopleiding Najaar 2026* [Programa de formación para médicos LEIF, otoño de 2026]. https://leif.be/data/press-articles/LEIFartsenopleiding_-_Schema_Najaar_2026_versie_15-04-26.pdf
- LevensEinde InformatieForum. (2026b). *LEIFopleiding—Najaar 2026* [Programa de formación LEIF, otoño de 2026]. https://leif.be/data/press-articles/Schema_LEIFopleiding_-_Najaar_2026_versie_15-4-26.pdf
- Mehlum, L., Schmahl, C., Berens, A., Doering, S., Hutsebaut, J., Kaera, A., Kramer, U., Moran, P. A., Renneberg, B., Ribaudi, J. S., Simonsen, S., Swales, M., Taubner, S., & di Giacomo, E. (2020). Euthanasia and assisted suicide in patients with personality disorders: A review of current practice and challenges [Eutanasia y suicidio asistido en pacientes con trastornos de la personalidad: Revisión de la práctica actual y sus desafíos]. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 7, Article 15. <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00131-9>
- Meier, D. E. (1993). The troubled dream of life: Living with mortality [El sueño problemático de la vida: Vivir con la mortalidad] [Reseña de The

troubled dream of life: In search of a peaceful death, de D. Callahan].
The New England Journal of Medicine, 329(27), 2042–2043.
<https://doi.org/10.1056/NEJM199312303292719>

Ministerio de Salud de Chile. (2025, 9 de septiembre). *Proyecto de Ley de Eutanasia avanza en su tramitación legislativa tras aprobación de legislar en Comisión de Salud del Senado*.
<https://www.minsal.cl/proyecto-de-ley-de-eutanasia-avanza-en-su-tramitacion-legislativa-tras-aprobacion-de-legislar-en-comision-de-salud-del-senado/>

Ministerio de Salud Pública de Uruguay. (2026). *Ordenanza N.º 398/026. Protocolo de actuación para el proceso de muerte digna; eutanasia*.
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-398026-protocolo-actuacion-para-proceso-muerte-digna-eutanasia>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2024, 8 de abril). *Acuerdo Ministerial 00059-2024: Reglamento del procedimiento para la aplicación de la eutanasia activa voluntaria y avoluntaria*. Registro Oficial.
<https://www.registroficial.gob.ec/tercer-suplemento-al-registro-oficial-no-538/>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2026, 28 de abril). *Resolución número 000813 de 2026: Por medio de la cual se da cumplimiento a las órdenes emitidas por la Corte Constitucional en relación con el derecho fundamental a morir dignamente, en sus dimensiones de eutanasia y de adecuación de los esfuerzos terapéuticos y se dictan otras disposiciones*.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No%20813%20de%202026.pdf

Monforte-Royo, C., Villavicencio-Chávez, C., Tomás-Sábado, J., Mahtani-Chugani, V., & Balaguer, A. (2012). What lies behind the wish to hasten death? A systematic review and meta-ethnography from the perspective of patients [¿Qué hay detrás del deseo de adelantar la muerte? Revisión sistemática y metaetnografía desde la perspectiva de los pacientes]. *PLOS ONE*, 7(5), e37117. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0037117>

Moureau, L., Verhofstadt, M., & Liégeois, A. (2023). Mapping the ethical aspects in end-of-life care for persons with a severe and persistent mental illness: A scoping review of the literature [Cartografía de los aspectos éticos de los cuidados al final de la vida para personas con trastorno mental grave y persistente: Revisión de alcance de la literatura]. *Frontiers in Psychiatry*, 14, Article 1094038. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1094038>

Moureau, L., Verhofstadt, M., Van Hoe, C., Vandenberghe, J., Van Audenhove, C., & Liégeois, A. (2025). Discussing end-of-life care for persons experiencing severe and persistent mental illness: A qualitative study among stakeholders in Flanders [Discusión de los cuidados al final de la vida para personas con trastorno mental grave y persistente: Estudio cualitativo con actores relevantes de Flandes]. *Annals of Palliative Medicine*, 14(2), 114–127. <https://doi.org/10.21037/apm-24-157>

Mroz, S., Dierickx, S., Deliëns, L., Cohen, J., & Chambaere, K. (2021). Assisted dying around the world: A status quaestionis [Muerte asistida en el

mundo: Estado de la cuestión]. *Annals of Palliative Medicine*, 10(3), 3540–3553. <https://doi.org/10.21037/apm-20-637>

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2018). *Richtlijn levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis* [Guía sobre terminación de la vida a petición en pacientes con un trastorno mental]. Richtlijnendatabase.

https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/levensbeëindiging_op_verzoek_psychiatrie/startpagina_-_levensbeëindiging_op_verzoek.html

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2025). *Addendum richtlijn levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische stoornis* [Adenda a la guía sobre terminación de la vida a petición en pacientes con un trastorno mental]. Richtlijnendatabase.

https://richtlijnendatabase.nl/nieuws/addendum_richtlijn_levensbeëindiging_op_verzoek_bij_patiënten_met_een_psychische_stoornis.html

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2026). *Levensbeëindiging op verzoek bij patiënten met een psychische aandoening* [Terminación de la vida a petición en pacientes con un trastorno mental]. Richtlijnendatabase.

https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/levensbeëindiging_op_verzoek_bij_patiënten_met_een_psychische_aandoening/startpagina_-_levensbeëindiging_op_verzoek_bij_patiënten_met_een_psychische_aandoening.html

Nicolini, M. E., Jardas, E. J., Zarate, C. A., Jr., Gastmans, C., & Kim, S. Y. H. (2023). Irremediability in psychiatric euthanasia: Examining the objective standard [Irremediabilidad en la eutanasia psiquiátrica: Examen del

estándar objetivo]. *Psychological Medicine*, 53(12), 5729–5747.
<https://doi.org/10.1017/S0033291722002951>

Nicolini, M. E., Peteet, J. R., Donovan, G. K., & Kim, S. Y. H. (2020). Euthanasia and assisted suicide of persons with psychiatric disorders: The challenge of personality disorders [Eutanasia y suicidio asistido de personas con trastornos psiquiátricos: El desafío de los trastornos de la personalidad]. *Psychological Medicine*, 50(4), 575–582.
<https://doi.org/10.1017/S0033291719000333>

Nueva Zelanda. (2019). *End of Life Choice Act 2019* [Ley de Elección al Final de la Vida de 2019]. New Zealand Legislation.
<https://www.legislation.govt.nz/act/public/2019/0067/latest/dlm7285905.html>

Ohnsorge, K., Gudat, H., & Rehmann-Sutter, C. (2014). What a wish to die can mean: Reasons, meanings and functions of wishes to die, reported from 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care [Qué puede significar un deseo de morir: Razones, significados y funciones de los deseos de morir informados en 30 estudios cualitativos de casos de pacientes con cáncer terminal en cuidados paliativos]. *BMC Palliative Care*, 13, Article 38. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-38>

Países Bajos. (2001). *Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* [Ley de revisión de la terminación de la vida a petición y el auxilio al suicidio] (Stb. 2001, 194). Overheid.nl.
<https://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/>

Parliament of Canada. (2024). *Legislative summary of Bill C-62: An Act to amend An Act to amend the Criminal Code (medical assistance in*

dying), No. 2 [Resumen legislativo del Proyecto de Ley C-62: Ley para modificar la Ley que modifica el Código Penal (asistencia médica para morir), n.º 2]. Library of Parliament.
https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/en_CA/ResearchPublications/LegislativeSummaries/441C62E

Parliament of Canada. (2025). *Bill C-218: An Act to amend the Criminal Code (medical assistance in dying)* [Proyecto de Ley C-218: Ley para modificar el Código Penal (asistencia médica para morir)].
<https://www.parl.ca/legisinfo/en/bill/45-1/c-218>

Pronk, R., Willems, D. L., & van de Vathorst, S. (2021). Do doctors differentiate between suicide and physician-assisted death? A qualitative study into the views of psychiatrists and general practitioners [¿Diferencian los médicos entre el suicidio y la muerte asistida por un médico? Estudio cualitativo sobre las opiniones de psiquiatras y médicos generalistas]. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 45(2), 268–281.
<https://doi.org/10.1007/s11013-020-09686-2>

Pronk, R., Willems, D. L., & van de Vathorst, S. (2022). Feeling seen, being heard: Perspectives of patients suffering from mental illness on the possibility of physician-assisted death in the Netherlands [Sentirse visto, ser escuchado: Perspectivas de pacientes con enfermedad mental sobre la posibilidad de muerte asistida por un médico en los Países Bajos]. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 46, 475–489.
<https://doi.org/10.1007/s11013-021-09726-5>

Pronk, R., Willems, D. L., & van de Vathorst, S. (2023). What about us? Experiences of relatives regarding physician-assisted death for patients

suffering from mental illness: A qualitative study [¿Y nosotros? Experiencias de familiares respecto de la muerte asistida por un médico para pacientes con enfermedad mental: Estudio cualitativo]. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 47(1), 204–225. <https://doi.org/10.1007/s11013-021-09762-1>

Queensland. (2021). *Voluntary Assisted Dying Act 2021* [Ley de Muerte Voluntaria Asistida de 2021]. Queensland Legislation. <https://www.legislation.qld.gov.au/view/whole/html/current/act-2021-017>

Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. (s. f.). *Cijfers 2021–2025* [Cifras 2021–2025]. Recuperado el 14 de junio de 2026, de <https://www.euthanasiecommissie.nl/cijfers-2021-2025>

Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. (2026). *EuthanasiaCode 2026: Review procedures in practice* [Código de Eutanasia 2026: Procedimientos de revisión en la práctica]. <https://www.euthanasiecommissie.nl/site/binaries/site-content/collections/documents/2026/01/01/euthanasiecode/euthanasiacode-jan-2026-en-pdf.pdf>

Riisfeldt, T. D. (2023). Overcoming conflicting definitions of “euthanasia,” and of “assisted suicide,” through a value-neutral taxonomy of “end-of-life practices” [Superación de definiciones conflictivas de «eutanasia» y «suicidio asistido» mediante una taxonomía neutral en valores de las «prácticas al final de la vida»]. *Journal of Bioethical Inquiry*, 20(1), 51–70. <https://doi.org/10.1007/s11673-023-10230-1>

Rodríguez-Prat, A., Balaguer, A., Booth, A., & Monforte-Royo, C. (2017). Understanding patients’ experiences of the wish to hasten death: An

updated and expanded systematic review and meta-ethnography [Comprensión de las experiencias de los pacientes sobre el deseo de adelantar la muerte: Revisión sistemática y metaetnografía actualizada y ampliada]. *BMJ Open*, 7(9), e016659. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016659>

Rodríguez-Prat, A., Balaguer, A., Crespo, I., & Monforte-Royo, C. (2019). Feeling like a burden to others and the wish to hasten death in patients with advanced illness: A systematic review [Sentirse una carga para los demás y el deseo de adelantar la muerte en pacientes con enfermedad avanzada: Revisión sistemática]. *Bioethics*, 33(4), 411–420. <https://doi.org/10.1111/bioe.12562>

Ruijs, C. D. M., Kerkhof, A. J. F. M., van der Wal, G., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2014). Unbearable suffering and requests for euthanasia prospectively studied in end-of-life cancer patients in primary care [Sufrimiento insoportable y solicitudes de eutanasia estudiados prospectivamente en pacientes oncológicos al final de la vida en atención primaria]. *BMC Palliative Care*, 13, Article 62. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-62>

Schoevers, R. A., Asmus, F. P., & van Tilburg, W. (1998). Physician-assisted suicide in psychiatry: Developments in the Netherlands [Suicidio asistido por un médico en psiquiatría: Evolución en los Países Bajos]. *Psychiatric Services*, 49(11), 1475–1480. <https://doi.org/10.1176/ps.49.11.1475>

Schweitzer, F., Stuy, J., Distelmans, W., & Rigo, A. (2021). Assessment of patient decision-making capacity in the context of voluntary euthanasia

for psychic suffering caused by psychiatric disorders: A qualitative study of approaches among Belgian physicians [Evaluación de la capacidad de toma de decisiones del paciente en el contexto de la eutanasia voluntaria por sufrimiento psíquico causado por trastornos psiquiátricos: Estudio cualitativo de los enfoques de médicos belgas]. *Journal of Medical Ethics*, 47(12), Article e38.
<https://doi.org/10.1136/medethics-2019-105690>

Schweren, L. J. S., Rasing, S. P. A., Kammeraat, M., Middelkoop, L. A., Werner, R., Mérelle, S. Y. M., Garcia, J. M., Creemers, D. H. M., & van Veen, S. M. P. (2025). Requests for medical assistance in dying by young Dutch people with psychiatric disorders [Solicitudes de asistencia médica para morir de jóvenes neerlandeses con trastornos psiquiátricos]. *JAMA Psychiatry*, 82(3), 246–252.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.4006>

Senado de Chile. (2025, 9 de septiembre). *Muerte asistida: Comisión de Salud aprueba idea de legislar*.
<https://www.senado.cl/comunicaciones/noticias/muerte-asistida-comision-de-salud-aprueba-idea-de-legislar>

Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. (2026a). *Euthanasie d'une personne mineure: Informations pour les professionnels de la santé* [Eutanasia de una persona menor de edad: Información para profesionales de la salud].
<https://www.health.belgium.be/fr/professionnels/professionnels-sante/sante-humaine/prestations-soins-specifiques/euthanasie/euthanasie-dune-personne-mineure-informations-professionnels-sante>

Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. (2026b). *L'euthanasie en Belgique* [La eutanasia en Bélgica].

<https://www.health.belgium.be/fr/themes/sante/votre-sante/euthanasie/euthanasie-belgique>

Stoll, J., Ryan, C. J., & Trachsel, M. (2021). Perceived burdensomeness and the wish for hastened death in persons with severe and persistent mental illness [Percepción de ser una carga y deseo de adelantar la muerte en personas con trastorno mental grave y persistente]. *Frontiers in Psychiatry*, 11, Article 532817. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.532817>

Suiza. (1937). *Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937* [Código Penal Suizo] (SR 311.0). Fedlex. https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/54/757_781_799/de

Swiss Academy of Medical Sciences. (s. f.). *Assisted suicide* [Suicidio asistido]. Recuperado el 20 de junio de 2026, de <https://www.samw.ch/en/Ethics/Topics-A-to-Z/Dying-and-death/Assisted-suicide.html>

ThaNet. (s. f.). *De rol van psychologen tijdens een euthanasietraject* [El rol de los psicólogos durante un procedimiento de eutanasia; e-learning]. Recuperado el 14 de junio de 2026, de <https://thanet.nl/quillforms/e-learning-psychologen/>

Thienpont, L., Verhofstadt, M., Van Loon, T., Distelmans, W., Audenaert, K., & De Deyn, P. P. (2015). Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: A

retrospective, descriptive study [Solicitudes, procedimientos y resultados de eutanasia en 100 pacientes belgas con trastornos psiquiátricos: Estudio retrospectivo descriptivo]. *BMJ Open*, 5(7), e007454. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007454>

Tribunal Constitucional de Austria. (2020, 11 de diciembre). *G 139/2019-71*. Verfassungsgerichtshof. https://www.vfgh.gv.at/downloads/VfGH-Erkenntnis_G_139_2019_vom_11.12.2020.pdf

Tribunal Constitucional de Austria. (2024, 12 de diciembre). *G 229-230/2023-57, G 2272-2273/2023-16*. Verfassungsgerichtshof. https://www.vfgh.gv.at/downloads/VfGH-Erkenntnis_G_2272-2273_2023-vom-12.12.24.pdf

Tribunal Constitucional de España. (2023). *Sentencia 19/2023, de 22 de marzo*. <https://hj.tribunalconstitucional.es/es-ES/Resolucion/Show/29280>

Tribunal Constitucional Federal de Alemania. (2020, 26 de febrero). *Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020, 2 BvR 2347/15* [Sentencia del Segundo Senado de 26 de febrero de 2020]. https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html

Tribunal Federal Suizo. (2006). *BGE 133 I 58* [Sentencia sobre la prescripción de pentobarbital sódico en el suicidio acompañado de una persona con enfermedad mental]. https://www.bger.ch/ext/eurospider/live/de/php/clir/http/index.php?highlight_docid=atf%3A%2F%2F133-I-58%3Ade&lang=de&type=show_document

- United States Holocaust Memorial Museum. (2026, 17 de marzo). *Euthanasia Program and Aktion T4* [El programa de «eutanasia» y la Aktion T4]. Holocaust Encyclopedia. <https://encyclopedia.ushmm.org/content/en/article/euthanasia-program>
- Uruguay. (2025). *Ley N.º 20.431. Ley de Muerte Digna; Eutanasia*. Centro de Información Oficial. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/20431-2025>
- Uruguay. (2026). *Decreto N.º 76/026. Reglamentación de la Ley 20.431 sobre muerte digna*. Ministerio de Salud Pública. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/decreto-n-76026-reglamentacion-ley-20431-sobre-muerte-digna>
- van Veen, S. M. P., Evans, N., Ruissen, A. M., Vandenberghe, J., Beekman, A. T. F., & Widdershoven, G. A. M. (2022). Irremediable psychiatric suffering in the context of medical assistance in dying: A Delphi study [Sufrimiento psiquiátrico irremediable en el contexto de la asistencia médica para morir: Estudio Delphi]. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 67(10), 758–767. <https://doi.org/10.1177/07067437221087052>
- van Veen, S. M. P., Ruissen, A. M., & Widdershoven, G. A. M. (2020). Irremediable psychiatric suffering in the context of physician-assisted death: A scoping review of arguments [Sufrimiento psiquiátrico irremediable en el contexto de la muerte asistida por un médico: Revisión de alcance de los argumentos]. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 65(9), 593–603. <https://doi.org/10.1177/0706743720923072>
- van Veen, S. M. P., Ruissen, A. M., Beekman, A. T. F., Evans, N., & Widdershoven, G. A. M. (2022). Establishing irremediable psychiatric suffering in the context of medical assistance in dying in the

- Netherlands: A qualitative study [Establecimiento del sufrimiento psiquiátrico irremediable en el contexto de la asistencia médica para morir en los Países Bajos: Estudio cualitativo]. *CMAJ*, 194(13), E485–E491. <https://doi.org/10.1503/cmaj.210929>
- van Veen, S. M. P., Widdershoven, G. A. M., Beekman, A. T. F., & Evans, N. (2022). Physician assisted death for psychiatric suffering: Experiences in the Netherlands [Muerte asistida por un médico por sufrimiento psiquiátrico: Experiencias en los Países Bajos]. *Frontiers in Psychiatry*, 13, Article 895387. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.895387>
- Vanhie, T., Verdegem, S., Onghena, P., & Vandenberghe, J. (2025). Persons suffering from severe and persistent mental illness with a persistent death wish: A cross-sectional study of the Reakiro care model [Personas con trastorno mental grave y persistente y un deseo persistente de morir: Estudio transversal del modelo de atención Reakiro]. *PLOS Mental Health*, 2(12), e0000486. <https://doi.org/10.1371/journal.pmen.0000486>
- Verdegem, S., Rens, A., Vandenberghe, J., Dezutter, J., Vanhie, T., Bemelmans, L., & Vanhooren, S. (2025). Relating to life and death: A qualitative study of individuals with a long-lasting death wish related to unbearable psychiatric suffering [Relacionarse con la vida y la muerte: Estudio cualitativo de personas con un deseo de morir de larga duración relacionado con sufrimiento psiquiátrico insoportable]. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 20(1), 2469361. <https://doi.org/10.1080/17482631.2025.2469361>

Verein Sterbehilfe. (s. f.). *Häufige Fragen* [Preguntas frecuentes]. Recuperado el 20 de junio de 2026, de <https://www.sterbehilfe.de/haeufige-fragen/>

Verhofstadt, M. (2022). *Euthanasia in the context of adult psychiatry: Walking the tightrope between life and death* [La eutanasia en el contexto de la psiquiatría de adultos: Caminar por la cuerda floja entre la vida y la muerte] [Tesis doctoral, Vrije Universiteit Brussel y Ghent University]. VUB Research Portal. https://cris.vub.be/ws/portalfiles/portal/86844133/Verhofstadt_Monica_PhD_thesis_23.05.2022.pdf

Verhofstadt, M., Audenaert, K., Mortier, F., Deliëns, L., Liégeois, A., Pardon, K., & Chambaere, K. (2022). Concrete experiences and support needs regarding the euthanasia practice in adults with psychiatric conditions: A qualitative interview study among healthcare professionals and volunteers in Belgium [Experiencias concretas y necesidades de apoyo respecto de la práctica de la eutanasia en adultos con trastornos psiquiátricos: Estudio cualitativo mediante entrevistas a profesionales de la salud y voluntarios en Bélgica]. *Frontiers in Psychiatry*, 13, Article 859745. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.859745>

Verhofstadt, M., Audenaert, K., Van den Broeck, K., Deliëns, L., Mortier, F., Titeca, K., Pardon, K., & Chambaere, K. (2020). Belgian psychiatrists' attitudes towards, and readiness to engage in, euthanasia assessment procedures with adults with psychiatric conditions: A survey [Actitudes de psiquiatras belgas y disposición a participar en procedimientos de evaluación de eutanasia con adultos con trastornos psiquiátricos:

Encuesta]. *BMC Psychiatry*, 20, Article 374.
<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02775-x>

Verhofstadt, M., Chambaere, K., Leontjevas, R., & Peters, G.-J. Y. (2019). Towards an assessment instrument for suffering in patients with psychiatric conditions: Assessing cognitive validity [Hacia un instrumento de evaluación del sufrimiento en pacientes con trastornos psiquiátricos: Evaluación de la validez cognitiva]. *BJPsych Open*, 5(3), Article e35. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.25>

Verhofstadt, M., Chambaere, K., Pardon, K., Mortier, F., Liégeois, A., Deliens, L., & Audenaert, K. (2022). The impact of the euthanasia assessment procedure: A qualitative interview study among adults with psychiatric conditions [Impacto del procedimiento de evaluación de la eutanasia: Estudio cualitativo mediante entrevistas a adultos con trastornos psiquiátricos]. *BMC Psychiatry*, 22, Article 435. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04039-2>

Verhofstadt, M., Pardon, K., Audenaert, K., Deliens, L., Mortier, F., Liégeois, A., & Chambaere, K. (2021). Why adults with psychiatric conditions request euthanasia: A qualitative interview study of life experiences, motives and preventive factors [Por qué los adultos con trastornos psiquiátricos solicitan eutanasia: Estudio cualitativo de experiencias de vida, motivos y factores preventivos]. *Journal of Psychiatric Research*, 144, 158–167. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.09.032>

Verhofstadt, M., Thienpont, L., & Peters, G.-J. Y. (2017). When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia: Qualitative study [Cuando el sufrimiento insoportable lleva a pacientes psiquiátricos

- a solicitar eutanasia: Estudio cualitativo]. *The British Journal of Psychiatry*, 211(4), 238–245. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.199331>
- Verhofstadt, M., Van Assche, K., Pardon, K., Gleydura, M., Titeca, K., & Chambaere, K. (2024). Perspectives on the eligibility criteria for euthanasia for mental suffering caused by psychiatric disorder under the Belgian Euthanasia Law: A qualitative interview study among mental healthcare workers [Perspectivas sobre los criterios de elegibilidad para la eutanasia por sufrimiento mental causado por un trastorno psiquiátrico bajo la Ley belga de eutanasia: Estudio cualitativo mediante entrevistas a trabajadores de salud mental]. *International Journal of Law and Psychiatry*, 93, 101961. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2024.101961>
- Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie. (2017). *Hoe omgaan met een euthanasieverzoek omwille van ondraaglijk psychisch lijden binnen het huidige wettelijk kader? Adviestekst van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie over te hanteren zorgvuldigheidsvereisten* [¿Cómo abordar una solicitud de eutanasia por sufrimiento psíquico insoportable dentro del marco legal actual? Texto de recomendaciones de la Asociación Flamenca de Psiquiatría sobre los requisitos de cuidado aplicables]. https://vvponline.be/wp-content/uploads/2024/06/VVP_advies_euthanasie_2017_clear_NL.pdf
- Wels, J., & Hamarat, N. (2025). Trends in assisted dying among patients with psychiatric disorders and dementia in Belgium: A health registry study [Tendencias de la muerte asistida entre pacientes con trastornos psiquiátricos y demencia en Bélgica: Estudio de registros sanitarios].

PLOS Medicine, 22(11), Article e1004522.

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004522>

Yager, J. (2021). Addressing suffering in patients with psychiatric disorders

[Abordaje del sufrimiento en pacientes con trastornos psiquiátricos]. *The*

Journal of Nervous and Mental Disease, 209(9), 615–621.

<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001348>