



Calati R, Olie E, Dassa D, Gramaglia C, Guillaume S, Madeddu F, et al. Eutanasia y suicidio asistido en pacientes psiquiátricos: una **revisión sistemática** de la literatura. J Psychiatr Res. **2021**;135:153–73.

[Google Académico](#)

En los **Países Bajos**, los pEAS-C fueron en su mayoría mujeres (70-77%) y a menudo tenían al menos dos trastornos psiquiátricos (56-97%). Los trastornos del estado de ánimo estuvieron representados principalmente (55-70%) junto con los trastornos de la personalidad (52-54%). El historial de intentos de suicidio estuvo presente en el 34-52%. Además, el 37-62% de ellos tenía al menos una condición médica comórbida. En **Bélgica**, los pacientes con pEAS-C eran en su mayoría mujeres (75 %), pero la mayoría (71 %) tenía un único diagnóstico: trastorno del estado de ánimo. En Suiza, los datos disponibles eran menos detallados.

Dado que los pEAS-C parecen ser muy similares a los "suicidios tradicionales", los procedimientos pEAS deberían revisarse cuidadosamente para establecer criterios específicos de acceso y pautas de evaluación de la solicitud. Se justifica un enfoque más profundo en el sufrimiento insoportable, la capacidad de decisión y las posibilidades de mejora, así como la participación de los profesionales de la salud mental.

Sigrid Dierickx: [Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: analysis of officially reported cases](#). **2017**, BMC Psychiatry

Identificamos 179 casos notificados de eutanasia con un trastorno psiquiátrico o demencia como único diagnóstico. Estos consistieron en trastornos del estado de ánimo (83), demencia (62), otros trastornos psiquiátricos (22) y trastornos del estado de ánimo acompañados de otro trastorno psiquiátrico (12). La proporción de casos de eutanasia con un diagnóstico de trastorno psiquiátrico o demencia fue del 0,5% de todos los casos notificados en el período 2002-2007, aumentando a partir de 2008 hasta el 3,0% de todos los casos notificados en 2013. El aumento del número absoluto de casos es particularmente evidente en los casos con un diagnóstico de trastorno del estado de ánimo. La mayoría de los casos se referían a mujeres (58,1% en demencia a 77,1% en trastornos del estado de ánimo). El Comité consideró que todos los casos cumplían los requisitos legales.



Caroline Favron-Godbout (2023): [Asistencia médica en la muerte para personas que viven con trastornos mentales: una revisión temática cualitativa](#) (Montreal, Canadá). BMC Ética médica, oct **2023**.

¿Qué preocupaciones morales se reportan con respecto a la asistencia médica para morir cuando un trastorno mental es la única condición médica subyacente? ¿Qué posibles soluciones se proponen para abordar estas preocupaciones?

Se identificaron varias preocupaciones morales y soluciones propuestas que están relacionadas con la forma en que se introduce la MAiD-MD en 5 contextos: (1) Contexto social , (2) Sistema de atención de salud , (3) Continuidad de la atención , (4) Discusiones sobre la opción de la MAiD-MD , (5) Prácticas de la MAiD-MD .

La evaluación de las solicitudes de MAiD-MD, que forma parte del contexto de las prácticas de MAiD-MD, surge como la fuente de preocupación más extendida.

El contexto de las discusiones sobre la opción MAiD-MD se refiere al período de reflexión en torno a esta opción, así como a la solicitud misma. Una persona puede considerar solicitar MAiD-MD y desear hablar sobre ello con quienes la rodean y sus médicos, y luego decidir seguir adelante o no. La consideración de MAiD-MD puede incluir una solicitud de MAiD-MD, que luego se explorará mediante debates antes de pasar a la evaluación (que es parte del contexto de las prácticas de MAiD-MD).

Experiencias de atención desafiantes que influyen en las discusiones. Muchas personas con trastornos mentales tienen experiencias de atención difíciles. A veces estas personas son recibidas sin compasión o incluso con exasperación, lo que puede afectar su autoestima y aumentar su marginación [19]. El sufrimiento mental puede ser difícil de comprender [24 , 48] y tiende a ser menos reconocido que el sufrimiento que surge de enfermedades físicas [15 , 21 , 39]. Las personas que viven con trastornos mentales a menudo no son tomadas en serio [20 , 48] a menos que tengan síntomas físicos o manifestaciones somáticas. Incluso eso no siempre es suficiente para que se les tome en serio. Entonces pueden sentirse impotentes, lo que puede llevarlos a buscar MAiD-MD. Esta petición puede ser bien considerada [42], pero también puede ser un grito de ayuda para ser visto y escuchado [20 , 70], o una petición de comunicación [63]. Los prejuicios morales, culturales o profesionales de los profesionales de la salud pueden alterar la calidad de la experiencia de atención [37]. Por lo tanto, los prejuicios contra la angustia psiquiátrica pueden llevar a los profesionales de la salud a concluir que el sufrimiento de la persona es exagerado y sólo está en su cabeza [32].

Sentir que se reconoce su sufrimiento y tener la oportunidad de hablar sobre su solicitud de MAiD-MD puede aliviar el sufrimiento de las personas que viven con trastornos mentales, darles esperanza, generar confianza en la relación terapéutica y llevarlos a considerar nuevas vías terapéuticas o disminuir su deseo de morir.

También se ha destacado la vaguedad de los conceptos de incurabilidad e irremediabilidad, así como la complejidad de evaluar el nivel de apreciación del solicitante de su situación [45 , 55 , 77 , 79]. Con respecto a la capacidad de dar consentimiento, a muchos autores les preocupa que las solicitudes de MAiD-MD puedan verse influenciadas por el trastorno mental y que el deseo de morir pueda ser un síntoma del trastorno, o que la solicitud de MAiD-MD pueda surgir de factores externos. presión [6 , 41 , 45], lo que invalidaría el carácter voluntario de la solicitud [56 , 80]. Cuando factores externos remediables impulsan la solicitud, es palpable la preocupación de que MAiD-MD pueda convertirse en una solución permanente a un problema temporal [22 , 81].

Las distorsiones cognitivas resultantes del trastorno podrían invalidar la naturaleza informada de las solicitudes [47], pero no siempre es así [44 , 79]. La falta de estabilidad del deseo de morir, entendida como una falta de continuidad en el deseo de obtener MAiD-MD, surge como una preocupación [2]. La naturaleza fluctuante de la capacidad también complica su evaluación [27 , 48]. La cuestión de la intolerabilidad del sufrimiento pone de relieve la naturaleza subjetiva de esta evaluación tanto por parte del solicitante como del profesional sanitario [44 , 58]. Sabiendo que la aceptabilidad percibida de una intervención varía entre los pacientes [27], puede resultar difícil para los profesionales sanitarios confirmar que el sufrimiento de una persona es intolerable [46]. Intentar evaluar objetivamente el sufrimiento también puede conducir a la insensibilidad hacia las experiencias únicas de una persona en estados que considera intolerables [49]. En términos de la irremediabilidad de la condición, la incertidumbre diagnóstica y pronóstica complica la evaluación de la elegibilidad para MAiD-MD [82], en particular porque todavía existe la posibilidad de que una intervención futura logre aliviar el sufrimiento [38], pero también porque rechazar el tratamiento puede añadir una capa de complejidad a la evaluación de la irremediabilidad [5]. Rooney y cols. (2018) señalan, sin embargo, que es epistémicamente imposible saber con certeza que una persona nunca se recuperará, y que exigir tal certeza en la evaluación condena a algunas personas a sufrir sin considerar la realidad de sus experiencias [16].

Un artículo deploró que algunos profesionales de la salud crean que los pacientes que tienen la capacidad física de suicidarse deberían hacerlo en lugar de recurrir a MAiD-MD y a los recursos que moviliza esta práctica [31 , 48]. Varios autores expresan un profundo malestar con esta idea, sabiendo que dejar que el paciente tome el asunto en sus propias manos puede conducir a una muerte violenta y aislada o a una situación aún más dolorosa en caso de un intento fallido de suicidio [30 , 41 , 63]. En este sentido, Berghmans et al. (2013) expresan que las personas que viven con trastornos mentales generalmente no tienen los medios para poner fin a su vida con dignidad sin la ayuda de profesionales de la salud [71]. Una alternativa a MAiD-MD podría ser dejar de comer y beber voluntariamente, pero MAiD-MD se percibe como más humano [30 , 68]. El destino de los pacientes a los que se rechaza MAiD-MD [83], así como el impacto de MAiD-MD en sus seres queridos [55] y en otras personas que viven con trastornos mentales [59 , 68], se consideran moralmente preocupantes y siguen siendo poco estudiados.



Federatie Medisch Especialisten P. Bajos: [Terminación de la vida a petición en pacientes con un trastorno mental](#), 2018 (73 pág).

El médico que recibe una solicitud de asistencia para poner fin a la vida se enfrenta a multitud de preguntas. ¿Sufre este paciente un trastorno mental? ¿Qué trastorno es? ¿Es esta condición también la base de su solicitud? ¿Puede considerarse la solicitud de extinción de la vida como un síntoma de su enfermedad? ¿Se han agotado todas las opciones de tratamiento razonables o todavía existe una perspectiva de tratamiento para este paciente? ¿La solicitud es voluntaria y meditada? ¿Es el paciente competente para solicitar asistencia para poner fin a su vida? En la fase de evaluación, el médico

debe estar inicialmente convencido de que se han cumplido los primeros cuatro requisitos de diligencia. Por lo tanto, debe responder a la pregunta de si:

1. una solicitud voluntaria y bien considerada
2. sufrimiento desesperado e insoportable
3. informar al paciente sobre su situación y perspectivas
4. no hay otra solución razonable

Sólo después de que el médico haya respondido afirmativamente a estas preguntas podrá pasar a la fase de consulta. Los primeros cuatro requisitos de debida diligencia se detallan en los módulos ' Solicitud voluntaria y bien considerada ' hasta ' No hay otra solución razonable '. Para llegar a una decisión bien meditada, es importante que el médico obtenga una segunda opinión (módulo ' Segunda opinión de un psiquiatra independiente '), consulte a otros profesionales implicados en una consulta multidisciplinar (módulo ' Involucración de otros proveedores de atención ') y hable con la familia y allegados (módulo ' Discusión de la solicitud con familiares/parientes ').

Grassi L, Folesani F, Marella M, Tiberto E, Riba MB, Bortolotti L, et al. Debate sobre la eutanasia y la muerte asistida por un médico en personas con trastornos psiquiátricos. **2022**, Current psychiatry reports.

[Google Académico](#)

Cómo hacer objetivo el criterio de irremediabilidad de un trastorno mental; cómo equilibrar la prevención del suicidio con el suicidio asistido; cómo evitar el riesgo de incluir progresivamente en las solicitudes de MAiD-NT a segmentos vulnerables de la población, como menores, ancianos o personas con demencia, en una sociedad orientada a la productividad, son algunos de los puntos críticos a discutir.

Resumen. Se debería explorar más a fondo la aplicación de MAiD-NT en personas con trastornos psiquiátricos para evitar que los derechos al final de la vida contradigan los principios de la atención orientada a la recuperación.

Lengvenyte: "Nada duele menos que estar muerto": **Dolor psicológico** en descripciones de casos de eutanasia psiquiátrica y suicidio asistido de los Países Bajos. *Psiquiatría* **2020** , 65 , 612–620. [[Google Académico](#)] [[PubMed](#)]

Identificar las dimensiones más frecuentes y los factores asociados al dolor psicológico. 66 registros de casos digitales de personas que murieron por EAS en los Países Bajos entre 2011 y 2014. Dos evaluadores independientes evaluaron nueve dimensiones estándar de dolor psicológico: irreversibilidad, pérdida de control, vacío, inundación emocional, congelamiento, distanciamiento social, heridas narcisistas, confusión y autoextrañamiento.

Resultados: El número medio de dimensiones fue de $4,64 \pm 1,20$ (mediana = 5), de 9. Las dimensiones más frecuentes fueron **irreversibilidad, pérdida de control, vacío e inundación emocional**, en orden decreciente. El rechazo a tratamientos anteriores y la mención de conexiones sociales en las descripciones de casos se relacionaron con el mayor número de dimensiones de dolor psicológico ($4,89 \pm 1,24$ frente a $4,31 \pm 1,07$, $P = 0,03$ y $5,05 \pm 1,17$ frente a $4,43 \pm 1,17$, $P = 0,03$, respectivamente). La inundación emocional fue la única dimensión específicamente asociada con condiciones psiquiátricas específicas, a saber, fenómenos postraumáticos y trastornos de la personalidad.

Conclusiones: Se detectaron numerosas dimensiones del dolor psicológico en las descripciones de los casos de personas que se sometieron a EAS antes del procedimiento. La naturaleza subjetiva del estudio impide sacar conclusiones definitivas, pero sugiere que los estudios futuros deberían explorar el dolor psicológico y el papel de las intervenciones dirigidas a él en los pacientes que solicitan EAS.

Nicolini ME, Kim SYH, Churchill ME, Gastmans C. ¿Deberían permitirse la eutanasia y el suicidio asistido para trastornos psiquiátricos? **Una revisión sistemática** de las razones. **2020**, Psychol Med.

Incluimos **42 artículos**, may. después de 2013, a favor en su mayoría escritos por no médicos, en contra piezas reactivas escritas por médicos. Las razones se categorizaron en ocho dominios: (1) enfermedad mental y física y sufrimiento (2) capacidad de decisión (3) irremediabilidad (4) objetivos de la medicina y la psiquiatría (5) consecuencias para la atención de la salud mental (6) EAS psiquiátrica y suicidio (7) autodeterminación y autenticidad (8) EAS psiquiátrica y rechazo de tratamiento de soporte vital.

[Evenblij, Pasman, Pronk y Onwuteaka, 2019](#)

K. Evenblij , R. Pasman , R. Pronk , B. Onwuteaka
Eutanasia y suicidio asistido por médicos en pacientes con trastornos psiquiátricos: un estudio transversal que explora las experiencias de psiquiatras holandeses
BMC Psychiatry , 19 (2019) , pág. 74 , [10.1186/s12888-019-2053-3](#)
[Ver en la editorial](#)
[Ver en Scopus Google Scholar](#)

De 2016 a 2016, entre 1.100 y 1.150 pacientes psiquiátricos solicitaron explícitamente EAS y entre 60 y 70 pacientes la recibieron. Nueve psiquiatras describieron un caso en el que concedieron una solicitud de EAS de un paciente psiquiátrico. 5 trastorno del estado de ánimo, 3 comorbilidad somática. Las principales razones para solicitar EAS fueron "sentimientos depresivos" y "sufrimiento sin perspectivas de mejora". 66 psiquiatras rechazaron una solicitud de EAS. El 59% de estos pacientes tenían un

trastorno de la personalidad y el 19% tenían comorbilidad somática. Las principales razones para solicitar EAS fueron "sentimientos depresivos" y "situaciones desesperadas en varias áreas de la vida". La mayoría de las solicitudes fueron rechazadas porque no se cumplieron los criterios de debida atención.

Aunque la incidencia de EAS en pacientes psiquiátricos ha aumentado en las últimas dos décadas, esta práctica sigue siendo relativamente poco frecuente. Esto se debe probablemente a la complejidad de evaluar los criterios de debida atención en caso de sufrimiento psiquiátrico. La formación y el apoyo pueden permitir a los psiquiatras abordar mejor esta cuestión tan delicada en su trabajo.

[Pronk, Sindram, van de Vathorst y Willems, 2021](#)

R. Pronk , N. Sindram , S. van de Vathorst , DL Willems

Experiencias y opiniones de médicos generales holandeses sobre la muerte asistida por un médico en pacientes con enfermedades mentales graves: un enfoque de métodos mixtos

Revista Escandinava de Atención Primaria de Salud , 39 (2) (2021) , págs. 166-173 , 10.1080 /02813432.2021.1913895

Jun

[Ver en la editorial](#)

[Ver en Scopus Google Scholar](#)

86 de 101 médicos de cabecera consideraron concebible realizar EAS en caso de enfermedad somática, y 51 de 104 médicos de cabecera consideraron concebible realizar EAS en caso de que el paciente sufriera únicamente una enfermedad mental. La principal razón esgrimida para rechazar una solicitud de PAD fue que no se cumplían los criterios de la debida atención. Las razones para apoyar la PAD psiquiátrica estaban relacionadas con la responsabilidad, la autodeterminación, la compasión, la justicia y la prevención del suicidio. Las razones para no apoyar la PAD psiquiátrica estaban relacionadas con el alcance de la medicina, una falta percibida de experiencia, incertidumbres con respecto a los criterios de la debida atención y la esperanza de vida.

Algunos médicos de cabecera aplican un criterio adicional de "esperanza de vida" en caso de PAD por padecer una enfermedad mental. Rechazar la PAD basándose en una larga esperanza de vida mantiene abierta la posibilidad de recuperación, pero también puede prolongar el sufrimiento y aumentarlo hasta hacerlo insoportable.



Rosalie Pronk: [Feeling Seen, Being Heard: Perspectives of Patients Suffering from Mental Illness on the Possibility of Physician-Assisted Death in the Netherlands](#), 2021, Cult Med Psychiatry.

La muerte asistida por un médico (PAD) para pacientes que padecen una enfermedad mental está permitida en los Países Bajos bajo ciertas condiciones, pero es un tema muy controvertido, discutido principalmente por especialistas en ética y médicos. La voz del paciente rara vez se incluye en el debate, por lo que sabemos poco sobre cuáles son sus puntos de vista sobre el tema.

Nuestro objetivo es comprender las opiniones de los pacientes con enfermedades mentales y deseo de morir con respecto a la posibilidad de PAD en los Países Bajos. Los datos para este estudio cualitativo se recopilaron a través de 21 entrevistas en profundidad con pacientes holandeses que deseaban EAP como resultado de padecer una enfermedad mental.

Identificamos cuatro temas en relación al significado de PAD para los pacientes que padecen enfermedad mental y desean morir. Estos temas son (1) Autonomía y autodeterminación, (2) acabar con el sufrimiento, (3) reconocimiento, y (4) un final digno de la vida. La opción de PAD para pacientes que padecen enfermedades mentales se consideró de gran importancia para los pacientes que tienen deseos de morir. Destacamos la importancia del 'reconocimiento' de la situación del paciente, ya que esto podría conducir a una nueva perspectiva. Argumentamos que los psiquiatras deben reflexionar sobre proporcionar este reconocimiento en las primeras fases del tratamiento, tomar en serio y discutir el deseo de EAP en el tratamiento es beneficioso para los pacientes. Brinda espacio para que el paciente discuta sus deseos y podría hacer que ya no quiera morir. ya que esto podría conducir a una nueva perspectiva.

Ramos S: [Sufrimiento insoportable, salud mental y eutanasia. Apuntes para las enfermeras](#). 2019, Revista científica de la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados, (Universidad de Alicante)

Tradicionalmente, los profesionales sanitarios han puesto mucho esfuerzo en comprender y tratar el dolor de los pacientes; no obstante, ellos no pusieron el mismo énfasis para entender el sufrimiento. Algunos autores han indagado en el significado y alcance del sufrimiento. Y en los últimos años se ha comenzado a investigar cuándo el sufrimiento se convierte en insoportable para una persona, y por tanto pide ayuda para morir dignamente. Objetivos. En este artículo queremos exponer las ideas principales de Eric Cassell sobre el sufrimiento. Posteriormente, deseamos mostrar qué abarca el sufrimiento insoportable cuándo lo aluden los pacientes psiquiátricos que piden eutanasia. Por último, mostramos qué nos dice la bibliografía sobre la percepción del equipo de Enfermería en torno a la petición de eutanasia de estos pacientes y analizamos qué papel podrían jugar en la comprensión de dicho sufrimiento

Conclusiones. Es posible una distinción entre dolor y sufrimiento. Una comprensión del sufrimiento contribuiría a humanizar los reclamos de ayuda al morir. El análisis bio-psico-social solo puede hacerse a través de un enfoque de respeto y comprensión hacia el paciente. Y una petición de eutanasia por parte de una persona con problemáticas de salud mental tiene que ser analizada de la misma forma que cualquier otra petición. El equipo de Enfermería, en especial por su cercanía con los pacientes, jugará un papel esencial en esta temática.



Ramos-Pozón S, Terribas-Sala N, Falcó-Pegueroles A, Román-Maestre B. Personas con trastornos mentales y prácticas de muerte asistida en España: una visión general. *Int J Law Psiquiatría*. 2023;87:101871.

[Google Académico](#)

La legitimidad de una persona con un trastorno mental que quiera acogerse a esta nueva ley no debe ponerse en cuestión por el hecho de que padezca dicho trastorno, sino que debe gozar del mismo derecho que cualquier otra persona. Y, sin embargo, dada la dificultad de determinar cuándo una enfermedad grave puede considerarse incurable o no, es evidente que cualquier solicitud de eutanasia por motivo de un trastorno mental no encaja fácilmente en esta categoría de enfermedad grave e incurable. Más bien, creemos que cualquier evaluación debe realizarse en función de lo que puede entenderse por enfermedad grave, crónica e imposibilitante, es decir, en función de la realidad de las personas que padecen una enfermedad mental.

Cada caso debe ser valorado en sus propios términos, desde una posición de reflexión serena, comenzando por una valoración detallada de la competencia del paciente para tomar la decisión, seguida por un análisis de si se cumplen los requisitos de sufrimiento grave, crónico e imposibilitante. Desestimar a priori este derecho equivaldría a incurrir en un acto de discriminación, estigmatización y crueldad. Los pacientes de esta naturaleza necesitan ser tratados con mucha cautela, evitando cualquier tipo de subjetividad tanto en la valoración de su competencia como en la identificación de si su trastorno es incurable o presenta pronóstico de mejoría y, por supuesto, en la vivencia individual y subjetiva de un sufrimiento insoportable. En definitiva, una valoración desprejuiciada, una evaluación honesta, transparente, empática y respetuosa con el sufrimiento ajeno, como la realizada por profesionales sanitarios, podría legitimar la petición de eutanasia o suicidio médicamente asistido que realicen quienes padecen una enfermedad mental.

Scott Y: [Euthanasia and Assisted Suicide of Patients With Psychiatric Disorders in the Netherlands 2011 to 2014](#). 2016 *JAMA Psychiatry*.

Resúmenes de casos psiquiátricos de eutanasia publicados en línea holandeses hasta 1/6/2015. 66 casos entre 2011 y 2014. El 70% (n = 46) eran mujeres.

En total, el 32% (n = 21) tenían 70 años o más, el 44% (n = 29) tenían entre 50 y 70 años y el 24% (n = 16) tenían entre 30 y 50 años.

La mayoría tenía enfermedades crónicas y graves, con antecedentes de intentos de suicidio y hospitalizaciones psiquiátricas. La mayoría tenía trastornos de la personalidad y se describía como socialmente aislados o solitarios. Los trastornos depresivos fueron el problema psiquiátrico principal en el 55% (n = 36) de los casos. Otras afecciones representadas fueron trastornos psicóticos, de estrés postraumático o ansiedad, somatoformes, neurocognitivos y alimentarios, así como duelo prolongado y autismo. Las comorbilidades con deterioro funcional fueron comunes. 41% (n = 27) de los médicos que realizaban EAS eran psiquiatras. El 27% (n = 18) de los pacientes recibieron el procedimiento de médicos que no conocían, 14 de los cuales eran médicos de la End-

of-Life Clinic. La consulta con otros médicos fue extensa, pero en el 11% (n = 7) de los casos no hubo aportes psiquiátricos independientes, y en el 24% (n = 16) de los casos hubo desacuerdo entre los especialistas. Los comités de revisión de la eutanasia encontraron que un caso no cumplía con los criterios legales de diligencia debida.

Matteo Scopetti, Assisted Suicide and Euthanasia in Mental Disorders: Ethical Positions in the Debate between Proportionality, Dignity, and the Right to Die. **2023**, Healthcare <https://doi.org/10.3390/healthcare11101470>

Por tanto, no es recomendable perseverar en una actitud de espera frente a la legislación sobre muerte asistida, especialmente en un período en el que los indicadores pesimistas sobre el estado de salud mundial, la disponibilidad de atención, el envejecimiento de la población y los niveles socioeconómicos, todos ellos lastrados por la situación de pandemia y los sombríos escenarios geopolíticos actuales, sugieren una mayor presión hacia la expansión de dichas solicitudes.

En conclusión, la asistencia al final de la vida representa una cuestión de enorme trascendencia ética y jurídica, como es el no permitir que los sistemas estatales sigan ignorando la urgencia de recurrir con prontitud a regulaciones específicas.



Sisco MP van Veen: [Establishing irremediable psychiatric suffering in the context of medical assistance in dying in the Netherlands: a qualitative study](#). **2022**, CMAJ

El estudio incluyó a 11 psiquiatras. Aunque el sufrimiento psiquiátrico irremediable es un concepto prospectivo, la mayoría de los participantes se basaron en dimensiones retrospectivas para definirlo, como un historial de tratamientos fallidos, y expresaron que la incertidumbre era inevitable en este proceso. Al establecer el sufrimiento psiquiátrico irremediable, los participantes identificaron desafíos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento. El principal desafío diagnóstico identificado fue la frecuente coocurrencia de más de un diagnóstico psiquiátrico. Los desafíos importantes relacionados con el tratamiento incluyeron evaluar la calidad de los tratamientos anteriores, establecer cuándo se habían alcanzado los límites del tratamiento y manejar la "fatiga del tratamiento".

Los desafíos relacionados con la definición, el diagnóstico y el tratamiento del sufrimiento psiquiátrico irremediable complican el proceso de establecerlo en el contexto de la AEMI. El desarrollo de criterios clínicos de consenso para el sufrimiento psiquiátrico irremediable en este contexto y la investigación adicional para comprender la "fatiga del tratamiento" entre los pacientes con trastornos psiquiátricos pueden ayudar a abordar estos desafíos.

Aunque existen preocupaciones sobre la capacidad de toma de decisiones, el dilema central de MAiD para pacientes con un trastorno psiquiátrico parece girar en torno a la aplicación del concepto de irremediabilidad a los trastornos psiquiátricos. La directriz de

2018 de la Asociación Holandesa de Psiquiatría define el sufrimiento psiquiátrico irremediable en el contexto de MAiD de la siguiente manera: "Irremediabilidad significa que ya no hay ninguna posibilidad de aliviar, mitigar, soportar o eliminar el sufrimiento. Ya no hay una perspectiva de tratamiento razonable". 7 En otro lugar, la guía establece que la perspectiva de tratamiento razonable significa que "existe una perspectiva de mejora con un tratamiento adecuado, en un período previsible y con una relación razonable entre los resultados esperados y la carga del tratamiento para el paciente".7

Una revisión de alcance reciente identificó una multitud de artículos conceptuales que abordan la irremediabilidad en el contexto de MAiD psiquiátrico, pero pocos estudios empíricos. 1 Esto sugiere que la evaluación del sufrimiento psiquiátrico irremediable es particularmente difícil en relación con el sufrimiento que surge de otro tipo de condiciones.

Las encuestas estiman que el 46 % de los psiquiatras en los Países Bajos han recibido una solicitud MAiD explícita al menos una vez en su carrera, y el 4 % realmente ayudó en la muerte de un paciente con un trastorno psiquiátrico. 8 Las experiencias de los psiquiatras que han manejado solicitudes MAiD pueden verse como una fuente importante de conocimiento sobre los desafíos de establecer un sufrimiento psiquiátrico irremediable en la práctica. El objetivo de este estudio fue aprender cómo los psiquiatras experimentados definen el sufrimiento psiquiátrico como irremediable en el contexto de una solicitud MAiD y qué desafíos enfrentan al establecer el sufrimiento psiquiátrico irremediable.

En general, la irremediabilidad se consideró un concepto prospectivo porque el médico debe emitir un juicio sobre el curso futuro de una enfermedad. Por lo tanto, establecer la irremediabilidad se consideraba sinónimo de establecer un mal pronóstico (Tabla 2, cita 1).

Varios participantes argumentaron que hacer afirmaciones de pronóstico significativas sobre el sufrimiento psiquiátrico es un desafío o, algunos temían, imposible. Describieron cómo surgen los desafíos, en parte, porque el psiquiatra tiene que hacer una afirmación sobre un paciente al que potencialmente le quedan décadas de vida (Tabla 2, cita 2).

La mayoría de los participantes vieron el sufrimiento y el tratamiento psiquiátrico como conceptos complejos; por lo tanto, la incertidumbre se consideraba inevitable. Al comparar el sufrimiento psiquiátrico con el sufrimiento somático, los participantes mencionaron que establecer la irremediabilidad de este último es más seguro dado el claro sustrato biológico de la enfermedad y porque los pacientes a menudo morirán de estas enfermedades sin ayuda (Tabla 2, cita 4). Una consecuencia de esta incertidumbre es que deja lugar a diferencias sustanciales entre psiquiatras (Tabla 2, cita 5). Otro participante, sin embargo, argumentó que se debe aceptar la incertidumbre (Tabla 2, cita 6).

La mayoría de los desafíos descritos por los participantes para establecer un sufrimiento psiquiátrico irremediable estaban relacionados con el tratamiento. Por ejemplo, puede

ser un desafío evaluar la calidad de los tratamientos anteriores, especialmente cuando se trata de psicoterapia. Para evaluar los tratamientos anteriores, los participantes describieron la revisión del expediente del paciente, considerando la reputación del centro donde el paciente fue tratado y teniendo en cuenta las opiniones del paciente sobre las terapias anteriores (Tabla 3, cita 3). Al evaluar los intentos anteriores de reducir el sufrimiento, los participantes consideraron las guías de tratamiento relevantes como recursos importantes (Tabla 3, cita 4). Los participantes también enfatizaron el valor de las intervenciones que intentan disminuir el sufrimiento alterando la percepción de las quejas por parte del paciente. La terapia de aceptación y compromiso se mencionó a menudo en este contexto, pero los participantes también se refirieron a los enfoques basados en la recuperación o la rehabilitación, o "usando el modelo de discapacidad" (Tabla 3, cita 5). Con base en esta visión del tratamiento psiquiátrico, algunos participantes argumentaron que las opciones de tratamiento son prácticamente infinitas y, por lo tanto, no se puede establecer la irremediabilidad (Tabla 3, cita 6). Por el contrario, otros participantes afirmaron que trabajar incesantemente hacia la aceptación o la recuperación no era una respuesta razonable a la solicitud de MAiD de un paciente (Tabla 3, cita 7). Varios participantes notaron "fatiga del tratamiento" al discutir nuevas opciones de tratamiento con los pacientes. Los participantes sugieren que esta fatiga puede deberse al largo historial de tratamiento típico de los pacientes que solicitan MAiD (Tabla 3, cita 8).

Dentro del marco legal actual, a veces es necesario un tratamiento adicional para ser elegible para MAiD. Como resultado, los pacientes pueden probar un tratamiento solo para "marcar la casilla". Varios participantes dudaron de que tratar a pacientes desmotivados en estas condiciones fuera efectivo, especialmente cuando se trataba de psicoterapia. Los participantes mencionaron que no hay investigaciones disponibles sobre la eficacia del tratamiento con pacientes desmotivados (Tabla 3, cita 9). Un participante enfatizó que la posibilidad de MAiD podría aumentar la motivación del tratamiento para algunos pacientes (Tabla 3, cita 10). Un desafío final con respecto al tratamiento fue el rechazo de nuevos tratamientos por parte del paciente. Muchos participantes describieron haber tratado de determinar si la negativa era razonable. De lo contrario, no verían el sufrimiento como irremediable y detendrían el procedimiento de revisión MAiD (Tabla 3, cita 11). Varios participantes conceptualizaron la razonabilidad en términos de un equilibrio entre la carga y el posible beneficio. El historial de tratamiento también fue relevante (Tabla 3, cita 12).

Sisco: [Irremediable Psychiatric Suffering in the Context of Physician-assisted Death: A Scoping Review of Arguments](#), 2020, Can J Psychiatry

Stoll, Ryan y Trachsel, 2021

J. Stoll , C. J. Ryan , M. Trachsel

La percepción de agobio y el deseo de una muerte más rápida en personas con enfermedades mentales graves y persistentes

Frontiers in Psychiatry , 11 (enero) (2021) , págs . 1-7

[Google Académico](#)

Hasta la fecha, el discurso académico sobre la MAID en esta población ha estado dominado por cuestiones como la capacidad de toma de decisiones, la incertidumbre sobre cuándo una enfermedad es incurable, la estigmatización, el aislamiento y la soledad. Sin embargo, **la cuestión de la carga percibida** ha recibido poca atención.

Conclusión: La percepción de que la muerte es una carga puede ser un factor que contribuye al deseo de una muerte más rápida entre las personas con SPMI. La AMD es éticamente insostenible si la SPMI hace que la persona haga una evaluación poco realista de la carga, lo que indica una falta de capacidad para tomar decisiones en el contexto de esa solicitud. Sin embargo, la posibilidad de que algunas personas con SPMI puedan percibir la carga no significa que deban ser excluidas sistemáticamente de la AMD. Para los pacientes con SPMI con capacidad intacta para tomar decisiones que sienten que su vida no vale la pena vivirla, la percepción de que la carga es un componente de este sufrimiento intolerable no es una razón suficiente para negar el acceso a la AMD.

Lieve Thienpont: [Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study, 2014](#), Mental health

La mayoría de los pacientes habían sido derivados para asesoramiento psiquiátrico por su médico (n = 55) o por LEIF (Life End Information Forum) (n = 36). 90 pacientes tenían >1 trastorno; los diagnósticos más frecuentes fueron depresión (n = 58) y trastorno de la personalidad (n = 50). 38 pacientes necesitaron más pruebas y/o tratamiento, incluidos 13 evaluados específicamente para trastorno del espectro autista (TEA); 12 recibieron un diagnóstico de TEA (todos síndrome de Asperger). En total, 48 de las solicitudes de eutanasia fueron aceptadas y 35 se llevaron a cabo. De los 13 pacientes restantes cuyas solicitudes fueron aceptadas, 8 pospusieron o cancelaron el procedimiento, porque simplemente tener esta opción les dio suficiente tranquilidad para seguir viviendo. En diciembre de 2012, 43 pacientes habían muerto, incluidos 35 por eutanasia; otros murieron por suicidio (6), sedación paliativa (1) y anorexia nerviosa (1).



Trachsel Manuel: [Suffering is not enough: Assisted dying for people with mental illness, 2022](#), Bioethics.

Las personas con trastornos mentales que son resistentes al tratamiento basado en la evidencia pueden ser referidas como pacientes con enfermedad mental grave y persistente (EPSP). Algunos pacientes con EPSP desarrollan un fuerte deseo de morir asistida. Suiza tiene la historia más larga de muerte asistida no medicalizada, que se considera un derecho civil incluso en situaciones no patológicas. El debate público en Suiza sobre la cuestión del sufrimiento en el contexto de la muerte asistida es actual y continuo. La Academia Suiza de Ciencias Médicas revisó recientemente su política de fin de vida y especificó el sufrimiento intolerable debido a una enfermedad grave o limitaciones funcionales (y reconocido como tal por un médico) como un criterio central para la muerte asistida. Sostenemos que el sufrimiento es una condición necesaria pero insuficiente para la muerte asistida, y que los criterios también deberían incluir la **capacidad** de toma de decisiones y la **refractoriedad** del sufrimiento. Sostenemos además que el sufrimiento es una **experiencia subjetiva** que solo puede ser cuantificada por el paciente y no puede compararse objetivamente entre individuos. Algunos pacientes con EPSP y sufrimiento refractario que mantienen la capacidad de toma de decisiones cumplirán los criterios para la muerte asistida. Abogamos por una **atención psiquiátrica paliativa** que renuncie a cualquier terapia modificadora de la enfermedad, acepte posibilidades limitadas de supervivencia y se centre en medidas que mejoren la calidad de vida del paciente, entendida en un sentido muy amplio que vaya más allá de la calidad de vida relacionada con la salud. Este enfoque también debería aliviar el sufrimiento tanto como sea posible, al tiempo que permanece abierto a la posibilidad de una muerte asistida tras una evaluación concienzuda de los criterios.

[Verhofstadt y otros, 2020](#)

M. Verhofstadt , K. Audenaert , K. Van den Broeck , L. Deliens , F. Mortier , K. Titeca , *et al.* Actitudes de los psiquiatras belgas hacia los procedimientos de evaluación de la eutanasia en adultos con trastornos psiquiátricos y su disposición a participar en ellos: una encuesta, 2020 BMC Psychiatry [Google Scholar](#)

Este estudio tiene como objetivo evaluar las **actitudes de los psiquiatras** hacia la evaluación de la eutanasia y la disposición a participar en procedimientos de realización de la misma en APC.

Este estudio de encuesta transversal se realizó entre noviembre de 2018 y abril de 2019. La encuesta se envió a una muestra de 499 psiquiatras elegibles afiliados a la Asociación Flamenca de Psiquiatría, una asociación profesional que tiene como objetivo unir y representar a todos los psiquiatras que trabajan en Flandes, la parte norte de Bélgica de habla holandesa. Los miembros de la Asociación comprenden aproximadamente el **80-90%** de todos los psiquiatras activos en Flandes.

184 psiquiatras completaron el cuestionario (tasa de respuesta del 40,2%); **el 74,5% está de acuerdo** en que la eutanasia debería seguir siendo permisible para el APC. Sin embargo, el 68,9% cuestiona algunos de los enfoques adoptados por otros médicos durante la evaluación de la eutanasia y solo la mitad considera que los procedimientos de evaluación de la eutanasia son compatibles con la relación de atención psiquiátrica. En lo que respecta a la participación activa, se prefiere una derivación informal (68%) o

un papel de asesoramiento preliminar (43,8%) a un papel formal como médico asesor legalmente requerido (30,3%), y mucho menos como **médico ejecutor (< 10%)**.



M. Verhofstadt: Por qué los adultos con trastornos psiquiátricos solicitan la eutanasia: un estudio cualitativo mediante entrevistas sobre experiencias de vida, motivos y factores preventivos, 2021, Revista de investigación psiquiátrica [Google Scholar](#)

Como el panorama empírico de los adultos con afecciones psiquiátricas (en adelante denominados "pacientes") que solicitan la eutanasia aún es incompleto, este estudio tiene como objetivo profundizar nuestra comprensión de **por qué estos pacientes solicitan la eutanasia, cómo se relaciona esto con la opción del suicidio y qué podría haber impedido que estos pacientes consideraran la muerte y solicitaran la eutanasia.**

Se realizó un estudio cualitativo mediante entrevistas personales en profundidad con **16 pacientes cuya solicitud de eutanasia estaba en evaluación en el período 2016-2020.** Se utilizó codificación temática.

La mayoría de los pacientes **se sentían emocionalmente agotados como resultado de las muchas desgracias y reveses acumulados, lo que les daba la sensación generalizada de que ya no valía la pena vivir.** Mientras que algunos pacientes informaron de adversidades durante toda la vida, otros lucharon predominantemente en la **edad avanzada.** Mientras que algunos pacientes anhelaban intensamente la muerte, otros expresaron ambivalencia hacia la ideación de la muerte, y algunos incluso solicitaron la eutanasia para enterarse de que no eran elegibles para ella, para recuperar la esperanza y para (re)encontrar el sentido de la vida. Los pacientes valoraban la **eutanasia frente al suicidio como algo más digno y aceptable,** tanto para ellos mismos como para su círculo íntimo. Con respecto a los factores preventivos, los pacientes plantearon la necesidad de mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención de salud mental, así como un cambio profundo en la percepción de la sociedad sobre estos pacientes y el apoyo que reciben.

Este estudio reveló las muchas **complejidades** de la eutanasia en el contexto de la psiquiatría, debido a las muchas diferencias en las características de fondo de los pacientes, en sus motivos para solicitar la eutanasia y los aspectos multidimensionales del sufrimiento mental que van más allá del campo de la psiquiatría.

M. Verhofstadt, L. Thienpont, G. Ygram: Cuando el sufrimiento insoportable incita a los pacientes psiquiátricos a solicitar la eutanasia: estudio cualitativo, 2017, Revista Británica de Psiquiatría [Google Scholar](#)

El concepto de **"sufrimiento insoportable"** es central en la legislación que regula si se pueden conceder solicitudes de eutanasia, pero sigue sin comprenderse lo suficiente, especialmente en relación con los pacientes psiquiátricos. Se analizaron los testimonios de 26 pacientes psiquiátricos que solicitaron la eutanasia mediante el software QualiCoder.

Se identificaron cinco ámbitos de sufrimiento: médico, intrapersonal, interpersonal, social y existencial. Se confirmó que la desesperanza era un factor importante. El largo proceso de solicitud de eutanasia era una causa de sufrimiento y se sumaba a la desesperanza experimentada, mientras que el encuentro con médicos que tomaban en serio las solicitudes podía ofrecer nuevas perspectivas sobre el tratamiento.

El desarrollo de instrumentos de medición para evaluar la naturaleza y el grado de sufrimiento que experimentan los pacientes psiquiátricos podría ayudar tanto a los pacientes como a los médicos a manejar mejor el complicado y delicado proceso de evaluar las solicitudes de una manera humana y competente. Algunos correlatos del sufrimiento (como los bajos ingresos) indican la necesidad de un amplio debate médico, social y político sobre cómo reducir la carga de las dificultades y desigualdades financieras y socioeconómicas para reducir el deseo de los pacientes de recibir la eutanasia. La eutanasia nunca debe verse (ni utilizarse) como un medio para resolver los fracasos sociales.

M. Verhofstadt , K. Van Assche , S. Sterckx , K. Audenaert , K. Chambaere: Pacientes psiquiátricos que solicitan la eutanasia: directrices para una toma de decisiones clínicas y éticas adecuadas, 2019, Revista Internacional de Derecho y Psiquiatría , [Google Scholar](#)

Se analizaron cinco iniciativas recientes que ofrecen orientación sobre las solicitudes de eutanasia de pacientes psiquiátricos en Flandes: el protocolo del Hospital Universitario de Gante y los textos consultivos de la Federación Flamenca de Psiquiatría, los Hermanos de la Caridad, el Comité Consultivo Belga de Bioética y Zorgnet-Icuro. Se examinaron mediante una reflexión crítica punto por punto, centrándose en todos los criterios legales de diligencia debida con el fin de identificar: 1) medidas propuestas para hacer operativa la evaluación de los criterios legales; 2) sugerencias de garantías adicionales que vayan más allá de estos criterios; y 3) los campos de tensión restantes.

Las iniciativas se ajustan a los requisitos legales, pero a menudo son más estrictas. Entre las salvaguardas adicionales que se formulan se incluyen la necesidad de al menos dos consejos positivos de al menos dos psiquiatras; un sistema de evaluación a priori; y un enfoque de dos vías, que se centra simultáneamente en la evaluación de la solicitud de eutanasia del paciente y en la continuación del tratamiento de esa persona. Aunque las iniciativas son similares en su intención, se encontraron algunas diferencias en el enfoque, que reflejan diferentes posturas éticas con respecto a la eutanasia y un énfasis en la evaluación clínica práctica frente a la reflexión ética amplia.

Todas las iniciativas ofrecen una orientación útil para la gestión de las solicitudes de eutanasia de pacientes psiquiátricos. Al proporcionar información y una adecuada aplicación de los criterios legales de diligencia debida, estas iniciativas son instrumentos importantes para prevenir posibles abusos. Además de las salvaguardas adicionales sugeridas, se destaca con razón la importancia de una política de toma de decisiones que incluya a muchos actores (por ejemplo, los familiares del paciente y otros proveedores de atención) y de una buena atención posterior para los dolientes. Las deficiencias de las iniciativas se relacionan con la atención posterior de los pacientes cuya solicitud de eutanasia es rechazada y con la incertidumbre sobre la forma en que los médicos que atienden al paciente deben gestionar los consejos negativos o contradictorios, o las amenazas de suicidio de los pacientes en caso de rechazo. Dada la

escasez de datos sobre la minuciosidad y la uniformidad con que se gestionan las solicitudes en la práctica, no está claro hasta qué punto se están aplicando actualmente las recomendaciones formuladas en estas directrices.



Monica Verhofstadt: [Euthanasia in adults with psychiatric conditions: A descriptive study of the experiences of Belgian psychiatrists](#), 2021 Sci Prog

Investigar la experiencia de los psiquiatras que completaron los procedimientos de evaluación de las solicitudes de eutanasia de adultos con afecciones psiquiátricas (APC) durante los últimos 12 meses. Entre noviembre de 2018 y abril de 2019, se envió una encuesta transversal a una muestra de 753 psiquiatras afiliados a organizaciones belgas de psiquiatras para recopilar información detallada sobre su última experiencia con un procedimiento de evaluación de eutanasia completado, independientemente de su resultado (es decir, eutanasia realizada o no). La información sobre 46 casos únicos reveló que la mayoría de los APC sufrían trastornos psiquiátricos y/o somáticos comórbidos y habían recibido diferentes tipos de tratamiento durante muchos años antes de su solicitud de eutanasia. El sufrimiento existencial fue la principal razón de la solicitud. El procedimiento completo duró una media de 14 meses, y una media de 13,5 meses en los 23 casos que culminaron con la realización de la eutanasia. En todos los casos, todo el procedimiento implicó consultas multidisciplinarias, incluso con familiares y amigos. Los psiquiatras informaron de menos dificultades a la hora de evaluar los criterios de diligencia debida relacionados con la autocontemplación del APC (por ejemplo, un sufrimiento insoportable además de los criterios de diligencia debida relacionados con su estado de salud; incurabilidad debido a la falta de perspectivas razonables de tratamiento). En unos pocos casos en los que el resultado fue la eutanasia, no se cumplieron todos los criterios legales en opinión de los médicos que informaron. Se informaron experiencias tanto positivas como negativas del procedimiento de evaluación: por ejemplo, menor riesgo de suicidio para el APC; una carga emocional y una sensación de presión para el psiquiatra. Este estudio confirma que la evaluación de la eutanasia en el APC implica un proceso largo con diversas complejidades, y los psiquiatras necesitan apoyo en más de un aspecto para que las evaluaciones se puedan manejar adecuadamente. Se recomienda una evaluación exhaustiva de las directrices actuales: es decir, en qué medida las directrices abordan suficientemente las complejidades en torno a (por ejemplo) la evaluación de los criterios legales o la participación de los familiares. Formulamos varias vías para una mayor investigación que se base en los conocimientos de este estudio y llene las lagunas de conocimiento restantes.