

Eutanasia por cansancio vital. ¿Deshumanización de la autonomía?

Euthanasia due to Tiredness of Life. A Dehumanization of Autonomy?

Víctor Páramo Valero

Universitat de València, España

victor.paramo@uv.es

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3682-0863>

Resumen: El análisis y cuestionamiento del problema de la “eutanasia por cansancio vital” es algo relativamente reciente en el planteamiento teórico de las ciencias de la salud y la bioética, así como en los artículos de naturaleza clínica en medicina y enfermería que se basan en los problemas que tienen, como profesionales de la salud, en la práctica real y el ejercicio de su profesión respecto a la aplicación de la ley de eutanasia. El presente artículo examina los problemas que han surgido en países como Bélgica tras las modificaciones que ha sufrido la ley de eutanasia aprobada hace más de dos décadas en dicho país y en la que, por medio de una “pendiente resbaladiza”, se han ido incluyendo motivos y enfermedades que originalmente no estaban presentes. Entre ellos están síntomas que forman parte de lo que ya médicamente se denomina “cansancio vital”. En base a lo que está ocurriendo en Bélgica con casos de “eutanasia por cansancio vital”, nos preguntamos si esta circunstancia supone una completa deshumanización de la autonomía de ciertos pacientes y si ocurrirá también en un

Abstract: The analysis and examination of the issue of “eutanasia due to tiredness of life” is a relatively recent development in the theoretical discourse of health sciences and bioethics, as well as in clinical articles in medicine and nursing that draw on the challenges healthcare professionals face in their daily practice and professional work regarding the application of euthanasia laws. This article examines the problems that have arisen in countries such as Belgium following amendments to the euthanasia law passed more than two decades ago in that country, which, through a “slippery slope,” have gradually included grounds and illnesses that were not originally present. Among these are symptoms that form part of what is now medically termed “life-weariness.” Based on what is occurring in Belgium with cases of “eutanasia due to tiredness of life,” we ask whether this situation constitutes a complete dehumanization of certain patients’ autonomy and whether it will also occur in the future in

futuro en España, cuando se propongan modificaciones a la actual Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

Spain, when amendments are proposed to the current Organic Law 3/2021 of March 24, regulating euthanasia.

Palabras clave: eutanasia, cansancio vital, autonomía.

Keywords: euthanasia, tiredness of life, autonomy.

Fecha de recepción: 29/04/2026

Fecha de aceptación: 15/05/2026

Introducción

El presente artículo se centra en el problema de la “eutanasia por cansancio vital”¹, es decir, en el así denominado “cansancio vital” como supuesto para solicitar eutanasia. Se explica qué es el “cansancio vital” de acuerdo con distinta bibliografía reciente tanto en inglés como castellano, en cuanto *supuesto legítimo* para la solicitud de eutanasia o, en la terminología de la ley española de eutanasia, del “nuevo derecho individual” a la eutanasia, ya que se lo hace encajar con esa clase de derecho, según las primeras páginas de la “Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia”.

Se plantea que, a la vista de lo sucedido en otros países como Bélgica o Países Bajos, no resulta extraño que autores hayan decidido publicar obras en castellano traídas del contexto sanitario belga, como *Eutanasia. Lo que el decorado esconde*, editado en Sígueme por J. M. Díaz Ayuso, bajo la idea fundamental que otros autores anteriormente expertos en el problema de la eutanasia desde distintos puntos de vista (jurídico, médico, bioético, filosófico, teológico) han denominado “pendiente resbaladiza”, y que en el caso del cansancio vital consistiría esencialmente en incluirlo como un supuesto e incluso considerarlo como una auténtica enfermedad y, por tanto, como parte del diagnóstico y terminología médica.

El análisis y cuestionamiento del problema de la “eutanasia por cansancio vital” es algo relativamente reciente en el planteamiento teórico de las ciencias de la salud y bioética, pero también en los artículos fun-

¹ Como veremos, a la luz de lo que dice la literatura bioética científica, documentos de profesionales que trabajan en unidades de cuidados paliativos y documentos legales de Estados en que se concede legalmente la eutanasia, parece más conveniente hablar de “eutanasia por cansancio vital” o “eutanasia por estar cansado de la vida (*tired of living*)” que de “eutanasia por motivos psicológicos”.

damentalmente de naturaleza clínica en medicina y enfermería que hablan de los problemas que tienen, como profesionales de la salud, en la práctica real y el ejercicio de la profesión médica y enfermera en relación a la aplicación de la ley de eutanasia. Estos profesionales proceden de los dos países mencionados porque en ellos ya hay una tradición asentada de práctica de la eutanasia. A ello, en el contexto europeo, hay que sumarle Luxemburgo (que aprobó una ley de regulación de eutanasia en 2008), el caso de la legalización del suicidio médicamente asistido en Suiza y, por supuesto, la reciente aprobación de una ley de regulación de la eutanasia en España en 2021.

Dada las limitaciones de espacio respecto al contenido del presente trabajo, y siguiendo el pionero trabajo de *Eutanasia. Lo que el decorado esconde* (Devos, 2020), nos centramos exclusivamente en hablar de lo que está sucediendo Bélgica en relación con la aplicación de la eutanasia por cansancio vital (primero como alegato realizado por el paciente y segundo, tras un largo procedimiento e institucionalización del problema, como término médico plausible) y su posible llegada a España, que es lo que alerta su editor en castellano, Díaz Ayuso, en el prólogo al libro.

Eutanasia por cansancio vital

Precedentes históricos: discapacidad mental y eutanasia en la Alemania nazi

Al hablar de eutanasia y específicamente de “eutanasia por cansancio vital”, en todas las legislaciones europeas actuales sobre eutanasia hay un presupuesto fundamental que no forma parte de la ley de eutanasia nazi, aunque recurramos a ella como un precedente histórico: la voluntad expresa y reiterada, por escrito y evaluada al menos en dos ocasiones con cierta distancia temporal (en el caso de la ley española, al menos con 1 mes de diferencia), por parte del paciente o su representante legal. Más que en ninguna otra solicitud de eutanasia, la que es por cansancio vital parece más un favor no médico por parte del médico hacia el paciente, sin que sea en sí misma una acción propiamente médica, de acuerdo con la “finalidad” de la medicina, “de sus métodos y de su práctica” (Requena, 2021, p. 15).

Además, especialmente, el documento al que nos vamos a referir para hablar de los precedentes históricos de la eutanasia por cansancio vital (aun-

que falle, en cuanto precedente, en el requisito fundamental de la solicitud por parte del paciente, frente a una propuesta directa por parte del médico o del Estado) lo relaciona con el empleo ilegítimo y eugenésico de una ley de eutanasia falsamente sustentada en la caridad para eliminar y borrar a lo que hoy se consideran discapacitados de todo tipo, especialmente los que tienen algún tipo de discapacidad mental.

En el libro de J. A. García Ramos *La eutanasia en la Alemania nazi y su debate en la actualidad* se informa de que la primera legislación aprobada dentro de una democracia europea la encontramos en el régimen nacionalsocialista. Esta legislación se aprueba y entra en vigencia en 1939, un momento decisivo en que el régimen nacionalsocialista está llegando a su fin como régimen democrático, poco antes de que, el 1 de septiembre de ese mismo año, Alemania invadiera Polonia. No fue, sin embargo, hasta el 11 de diciembre de 1941 cuando Alemania declarará la guerra a los Estados Unidos de América. Esto da pistas históricas respecto a su relación con la persecución y aniquilación de los judíos. Para J. A. García Ramos, la ley nazi de eutanasia constituye un precedente fundamental de las leyes de exclusión y persecución nacional en Alemania. En esta ley sí hay una referencia a enfermos psiquiátricos, es decir, a la concesión y petición de eutanasia por motivos exclusivamente psicológicos y/o psiquiátricos.

Según el autor de *Los orígenes del genocidio nazi. De la eutanasia a la Solución Final*, Henry Friedlander (2021), la ley de eutanasia nazi, aprobada de acuerdo con los procedimientos legislativos en funcionamiento, pre-establecidos y válidos antes de 1933, es el primer gran paso e hito del programa de eugenesia que no cesará hasta 1945 en el estado nazi alemán. Esto significa, en los términos en que se quiere enmarcar el libro, que es el primer gran paso hacia la Solución Final. La hipótesis histórica central del autor gira en torno a esa relación y a mostrar que la aprobación de la ley de eutanasia abrió el camino tanto desde una perspectiva social y ciudadana del *Nationalsozialistische Deutsche Arbeiter Partei* o NSDAP (perspectiva externa al NSDAP) cuanto de las probabilidades de éxito social y ciudadano de las políticas del NSDAP que se podían anticipar desde dentro del partido.

El libro dedica una parte importante a mostrar el fundamento histórico de la transición desde el 22 de marzo de 1933, cuando se abre el primer campo de concentración —apenas 2 meses después de que el NSDAP acceda al gobierno alemán—, hasta el 14 de julio de 1933, momento en que

se aprueba la ley de eutanasia. Se puede percibir que los tiempos dentro del programa nazi importaban y mucho. En España ha costado aprobar una ley oficial de eutanasia varias décadas. Todavía los documentos oficiales del Estado que son accesible dejan ver que las propuestas de una ley de eutanasia en la década de los 90 no tienen una aceptación social ni cuentan con una mayoría de votos políticos. En 2018 el partido que en 2021 gobierna España hace la primera propuesta de una ley de regulación de eutanasia *motu proprio*. En 2019, cuando vuelve a ser el partido más votado y, habiéndose paralizado la anterior propuesta, este partido, tras sucesivos pequeños cambios, vuelve a proponer en el Congreso de los Diputados una ley de regulación de la eutanasia. Se repite la misma historia y no es hasta 2020 en que, afianzado ya democráticamente en el gobierno, este partido, por tercera vez, realiza una propuesta de ley de eutanasia que, contra todo pronóstico y esta vez sí, acabará siendo aprobada finalmente y es publicada como “Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia” en el BOE.

Como otros libros que, en principio, poco podían importar al contexto histórico real español actual más allá del interés de los especialistas en investigación histórica, en la publicación de *Los orígenes del genocidio nazi* en 2021 se puede registrar una intención similar a *Eutanasia. Lo que el decorado esconde. Reflexiones y experiencias de profesionales de la salud*, bajo la edición y traducción de José María Díez Ayuso, quien en el prólogo a la versión castellana marca la estrategia fundamental e intención de publicar este libro en España en 2020, como un fundamento científico-médico real de lo que está sucediendo con la ley de eutanasia en Bélgica aprobada en 2002. Advierten, sobre todo, los profesionales de la salud belgas que participan en el libro, los ataques contra la dignidad humana que han comenzado a constatar —incluso con datos estadísticos públicos en mano— en su día a día a causa de las sucesivas modificaciones en la ley belga de eutanasia. La justificación de la ley antes de su aprobación en 2022 y que dio origen a su propuesta —exactamente como en España— no contemplaba casos de “enfermos mentales incurables”; por el contrario, la ejecución de enfermos mentales incurables no solo se ha planteado como posibilidad, sino que ya está ocurriendo en Bélgica. Incluso, sin entrar en detalles ahora, en los Países Bajos —aunque finalmente ha sido rechazado por el Tribunal Superior a raíz del “caso Heringa” — ya se ha planteado la posibilidad de una eutanasia por “cansancio vital”

o “percepción de una vida realizada”, sin presencia alguna de enfermedades graves, incurables o terminales.

Consecuencias de los precedentes históricos para el debate sobre la eutanasia por cansancio vital. Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo y España

Lo más destacable respecto a nuestro tema es que se puede considerar a la Alemania nazi un precedente de la eutanasia por motivos psicológicos o psiquiátricos en la medida en que fundamentalmente la eutanasia se aplica no solo a enfermos crónicos y enfermos terminales, sino también a discapacitados, especialmente a personas con patologías neurológicas y psiquiátricas.

El problema, naturalmente, es que estas personas no estaban sufriendo, ni con dolor, ni tampoco estaban en el final de su vida, ni habían recibido un diagnóstico médico de enfermedad terminal. Eran simplemente personas discapacitadas. Tampoco tenían verdadera capacidad de decisión como para optar por sí mismos por la eutanasia. En cualquier caso, no habían tomado ellos la decisión de quitarse la vida, sino que el Estado se lo impuso. Algunos autores lo consideran parte del asesinato masivo que llevó a cabo Alemania con distintos grupos sociales que fueron objeto de la Solución Final.

Así, el precedente fundamental, aunque no como un referente positivo, se sitúa en la eutanasia de discapacitados neurológicos y psiquiátricos en la Alemania nazi. Y esto siempre bajo la advertencia de que no era eutanasia en los términos médicos contemporáneos, donde es obligatoria la voluntad del paciente.

Entender que puede haber justificación de una eutanasia “por cansancio vital” en el sentido en que hemos propuesto esta terminología, puede parecer de suyo problemático, en la medida en que la definición actual de eutanasia que dan organizaciones médicas españolas de prestigio y reputación como la OMC (Organización Médica Colegial) ponen el requisito mínimo de la presencia de una enfermedad diagnosticada. Sin presencia al menos de una enfermedad, ¿por qué el médico debería conceder eutanasia, siempre que se entienda (como lo han hecho hasta ahora las leyes de eutanasia en Países Bajos (2001), Bélgica (2002) y Luxemburgo (2008), y también en la reciente ley de eutanasia en España de 2021) que es exclusivamente un médico el que puede conceder y realizar el procedimiento de eutanasia? ¿Con qué *legitimidad legal* podría una persona médicamente sana reclamar el *derecho* a la eutanasia en

base a una *ley* que establece que solo un médico puede concederle eutanasia y que para que el médico conceda eutanasia tiene que haber presencia de una enfermedad diagnosticada y tratada?

En concreto, la ley española de eutanasia define de la siguiente manera al “médico responsable” de ejecutarla:

“Médico responsable”: facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales. (BOE 72, Sec. I: 34037)

Incluir dentro de los pacientes-diana de la eutanasia a personas cuya vida, aunque tengan ciertas dolencias, no está en riesgo por una enfermedad grave, no ha recibido un diagnóstico de muerte inmediata, o no padece una enfermedad crónica que destruye su calidad de vida, es algo problemático. En cualquier caso, se podría entender que una persona enferma, aunque no de gravedad ni tampoco en fase terminal, pidiera la eutanasia, no supondría un sinsentido, una incompreensión de qué razones habría detrás, mientras que, si no existiera ninguna razón aparente —por muy subjetiva que fuera, pero expuesta de forma racional y comprensible—, habría entonces indicios para pensar que la ideación suicida con la que el paciente se presenta ante un médico proviene de una enfermedad mental como la esquizofrenia, enfermedad que es habitual que invalide la capacidad de decisión del paciente y que por tanto no se podría tener en cuenta como petición válida de la eutanasia en términos legales, en la medida en que la propia ley establece que la petición debe ser *recurrente, voluntaria y libre*. Éste uno de los requisitos que establecen todas las leyes europeas de eutanasia, porque precisamente se ha justificado la existencia de una ley de eutanasia en base a la necesidad de que exista la posibilidad de *ejercer un derecho* a la eutanasia. Pero, como ejemplifica el caso de Heringa (analizado por Florijn, 2021), podría resultar un absurdo que un paciente sin aparentemente ningún tipo de razón para acabar con su vida —incluso, como hemos dicho, si fuera una razón absolutamente subjetiva y considerada médicamente irrelevante— decidiera ponerle fin. Y se concluiría así, como hizo finalmente la Corte Suprema holandesa, que no existe ningun-

na violación del derecho de autodeterminación por establecer que la petición de eutanasia debe atenderla un médico obligatoriamente, y que debe ser en diálogo con el médico, mediante una atención médica de carácter científico y humanitario, donde se ha de consensuar de manera “recíproca” la resolución final de la concesión y rechazo de la petición de eutanasia.

En cualquier caso, es de suyo problemático hablar de una “eutanasia por motivos exclusivamente psicológicos” si no hay realmente una enfermedad detrás, aunque fuera solamente una enfermedad mental. Que la sola presencia de una enfermedad mental (sin ir acompañada de otras enfermedades) pueda justificar la petición de eutanasia sería precisamente el problema del que tratamos aquí: los casos célebres como el de Verhelst o el de Pothoven se diferencian radicalmente del caso Heringa precisamente por la presencia de enfermedades mentales a consecuencia de las cuales se ha hecho una solicitud de eutanasia. Entendemos por tanto que existe una diferencia esencial entre los casos de petición de eutanasia por “cansancio vital” o “percibir que la vida está completa” —donde no hay diagnosticada ningún tipo de enfermedad, tampoco de enfermedades mentales— de los casos como los de Verhelst o Pothoven. El caso de Heringa sería un problema añadido, pero no es el que estamos tratando aquí, dado que, en este trabajo, al hablar de “eutanasia por cansancio vital” sí estamos incluyendo —al menos como posibilidad— una referencia a la existencia de enfermedades mentales diagnosticadas que causa severo sufrimiento a los pacientes.

¿Podría entonces incluirse dentro de una definición clásica de eutanasia a la eutanasia por cansancio vital?

La OMC define *eutanasia* como provocación intencionada de la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa de esta, y en un contexto médico. [...] Cuatro notas caracterizan la eutanasia y el suicidio asistido: petición expresa y reiterada (voluntariedad, consentimiento), aplicación por profesional sanitario, enfermedad irreversible/avanzada, vivencia de sufrimiento experimentada como inaceptable. [...] En busca de la mayor claridad [...], llamaremos *eutanasia*, sin apellidos, no a la ‘buena muerte’ o ‘muerte digna’ (denominación esta última de la que se han apropiado sus defensores y a la que todos aspiramos), más relacionadas con la etimología de la palabra, sino a la acción directa y voluntaria del personal sanitario para poner fin a la

vida de una persona enferma en determinadas circunstancias: próxima a la muerte, con voluntad firme de morir, que manifiesta con la petición expresa a su médico de manera reiterada y en una situación de sufrimiento total que no es paliado con las medidas que se han puesto en marcha para ello. (Bermejo y Belda, 2019, pp. 128-129)

En esta definición se pone de manifiesto un punto crucial del debate actual sobre la eutanasia: hay una parte de las posiciones a favor de la eutanasia que se ha *apropiado* del término “buena muerte”, porque buena muerte es para ellos únicamente, en el contexto de una enfermedad terminal, la que elimina el sufrimiento radicalmente, porque el sufrimiento quita dignidad a la vida, y el recurso a la eutanasia es obligatorio entonces cuando no hay otra forma de paliar eses sufrimiento. Se han apropiado del término porque para ellos quienes no están a favor de la eutanasia entonces están en contra de dar a los pacientes una “buena muerte”, porque “buena muerte” solo puede ser lo que ellos piensan que es buena muerte. Así, han hecho sinónimo de buena muerte no solo a la eutanasia, sino a lo que ellos consideran que es la buena muerte. Hacer esto resulta ser una operación ideológica, y que excluye a quien así piensa de todo debate científico sobre la eutanasia, dado que en el debate científico sobre la eutanasia no tienen parte ningún tipo de ideología.

Es decir, las posiciones pro-eutanasia se han apropiado del término eutanasia para identificarlo con lo que ellos piensan que es el bien morir, la buena muerte. Así, han hecho sinónimo de eutanasia lo que etimológicamente significaba, “buena muerte”. Sin embargo, hay una trampa en hacer esto: lo que ellos identifican con el término “bueno” no significaba lo mismo en su sentido etimológico, de manera que no tiene justificación alguna decir que eutanasia significa “buena muerte” porque es lo que en un sentido etimológico significaba, dado que hay una diferencia radical entre el “bien” en el que piensa la tradición hipocrática y el bien en el que piensan las posiciones actuales a favor de la eutanasia.

Otro punto importante de la definición que acabamos de exponer es que eutanasia no es tanto un acto que proviene del paciente como un acto que proviene del personal sanitario: es el personal sanitario el que expresa su *voluntad* de hacer eutanasia, no el paciente. ¿En qué sentido? En el sentido de que es el médico el que tiene que decir “sí” a la petición del paciente, previamente a la realización de la eutanasia. Si no existe ese “sí” del médico a la

petición del paciente, no se puede llamar eutanasia a ese acto. Por ejemplo, lo que hizo Heringa —proporcionar él directamente un medicamento en dosis letales a un ser querido, sin la intervención de un médico, pero además no de cualquier médico, sino del que la ley ha empoderado para realizar el acto médico de la eutanasia—, no sería considerado eutanasia de acuerdo con esta definición: si no ha intervenido un médico, pero además si no lo ha hecho voluntariamente —y no forzando su voluntad por parte del Estado, de la ley o de un paciente (de ahí la existencia de la objeción de conciencia) —, no se puede llamar eutanasia a ese acto.

Además, dado que estamos tratando de delimitar qué sería una eutanasia por cansancio vital, sería quizá conveniente eliminar toda referencia con esta terminología a una “eutanasia por dolor insoportable”, porque éste es un caso muy distinto al de eutanasia por sufrimiento psicológico insoportable. El libro citado coordinado por Devos (*Eutanasia. Lo que el decorado esconde*, en especial el capítulo de Beuselinck) toca precisamente el tema que tratamos en el trabajo: eutanasia por un diagnóstico proveniente exclusivamente de psiquiatría. Quizá esto —como hablamos— no es exactamente lo mismo que eutanasia por motivos psicológicos, porque si hablamos de psiquiatría sería hablar de enfermedades mentales propiamente dichas (eutanasia por motivos psiquiátricos/enfermedades mentales), mientras que “por motivos psicológicos” no implica el diagnóstico de una enfermedad mental. “Por motivos psicológicos” se parecería más —aunque es algo que no tenemos claro, pero que proponemos discutirlo— precisamente al caso de Heringa tal y como es tratado en el artículo de Florijn (2021), es decir, a una eutanasia a la que se opta por la percepción subjetiva de que “la vida está completa” o por “cansancio vital”. No obstante, habría una diferencia esencial entre los casos análogos al de Heringa y el de “eutanasia por motivos psicológicos” tal y como hemos empleado este último término: mientras que en el caso de Heringa y los casos análogos no es necesaria la presencia de *sufrimiento insoportable* —incluso si el sufrimiento insoportable es solo una percepción absolutamente subjetiva del paciente— dado que Heringa no hablaba de sufrimiento psicológico subjetivo insoportable, cuando en este trabajo hablamos de “eutanasia por motivos psicológicos” sí estamos haciendo referencia a la presencia en el paciente de “sufrimiento psicológicamente insoportable”. Por esta razón precisamente estamos hablando de un caso radicalmente distinto al de “eutanasia por dolor insoportable”, que se plantea más en pacientes con dolor crónico

o bien con enfermedades terminales que causan un dolor que sobrepasa las escalas y mediciones subjetivas del dolor que se emplean también en medicina. De manera que si hablamos de eutanasia por “sufrimiento psicológico insoportable” o “eutanasia por motivos psicológicos” (incluso, si hacemos sinónimos estos términos) estamos excluyendo de ese tipo de eutanasia casos en que está implicado el dolor como causa de dicho sufrimiento. Hay casos en los que el dolor es causa también de desarrollo de enfermedades mentales o trastornos transitorios psicológicos. Pero precisamente nuestro énfasis con el término “eutanasia por motivos psicológicos” —y sobre todo con el de “eutanasia por cansancio vital”— y al hacerlo sinónimo de un “sufrimiento psicológicamente insoportable” estamos limitando y concerniéndonos exclusivamente a casos en que el origen del sufrimiento es también psicológico y no está en una causa externa a la psicología del paciente.

Esto no quiere decir que estemos hablando de casos en que el sufrimiento en forma de ansiedad o depresión proviene directamente de un desorden, alteración o patología fisiológica, química, metabólica... en el sistema nervioso. Por ejemplo, sería el caso de las “depresiones postparto”: la mujer sufre esta depresión por causa exclusivamente de haber perdido después de la gestación distintos balances hormonales que repercuten en la desestabilización de los señalizadores químicos que intervienen directamente en la comunicación entre células nerviosas (como las moléculas llamadas neurotransmisores). Pero sí que deja fuera los casos en que la personalidad del paciente no está capacitada para manejar mentalmente circunstancias y que es precisamente esa incapacidad de manejo psicológico lo que causa la enfermedad mental (antes se hablaba de “predisposición psicológica”, pero se ha abandonado esa terminología) que, a su vez, como parte de la sintomatología, causa el sufrimiento insoportable en el paciente. Este sufrimiento insoportable es subjetivo —“subjetivo” aquí significa que los mismos eventos, idénticos eventos externos, a otras personas no les afectan de la misma manera—, pero eso no quiere decir que no sea real. Precisamente porque es real se ha abierto la puerta a conceder eutanasia en esos casos o, como mínimo, al debate sobre si sería correcto médicamente recibir la eutanasia en esos casos, es decir, si la medicina realmente tiene que estar para expresar esta imposibilidad de que el tratamiento médico tenga efecto o bien en realidad la medicina se tiene que caracterizar por no darse por vencida. Precisamente esto es lo que se plantea en los casos de suicidio por razones exclusivamente psiquiátricas y donde el

trabajo de Devos (2020) es claramente contrario al decir que “psiquiatría y eutanasia son incompatibles” (p. 94).

Un debate importante en paralelo con esto es precisamente el de los “fines de la medicina”: ¿el psiquiatra tiene que ayudar a suicidarse a un paciente que llega a su consulta precisamente por esa razón? ¿No es el psiquiatra un médico especializado en ayudar a que los pacientes que tienen ideación suicida puedan tratar la enfermedad que les está provocando dicha ideación? ¿Seguiría siendo un “acto médico” ayudar a morir a un paciente que tiene ese deseo, pero que el médico sabe —precisamente por su formación en neurociencia— que es solo un pensamiento *impuesto* en la mente del paciente como síntoma de una enfermedad?

Respecto a este último problema, parte del personal sanitario y de los investigadores en el ámbito de las ciencias de la salud en Bélgica que se han preocupado por el problema de la eutanasia a consecuencia del progresivo aumento en la demanda, se ha planteado la relación entre la ideación suicida como síntoma de una enfermedad mental y la imposibilidad de que un acto por el cual se satisface la ideación suicida del paciente se pueda llamar acto médico. En otras palabras: si la ideación suicida es en un alto porcentaje de los casos consecuencia de la enfermedad mental de un paciente —desarrollada o no por causa de otra enfermedad grave—, ¿se puede conceder eutanasia bajo la sola justificación de una enfermedad mental, sin que exista una enfermedad terminal ni un dolor insoportable? El problema principal cuando se dice si se puede conceder o no, no es un problema moral, sino estrictamente médico; en concreto, un problema que tienen que analizar —antes de dar un veredicto moral sobre la idoneidad o legitimidad de tal concesión— los especialistas en las neurociencias clínicas, como la neurología y la psiquiatría. Después de ello, se planteará el tema legal: en caso de que la ley original de eutanasia no haya recogido la posibilidad de conceder eutanasia a pacientes que tengan solamente una enfermedad mental, ¿habría que ampliar la ley, esto es, habría que incluir entre los pacientes que pueden recibir eutanasia a los que únicamente tengan una enfermedad mental? Para la medicina, en especial para gran parte de las corrientes de medicina psiquiátrica, esto es un sin sentido: en un paciente que proviene exclusivamente del ámbito psiquiátrico, la ideación suicida es un problema estrictamente referido al sistema nervioso y la psicología del paciente.

Pongamos por caso que el paciente esquizofrénico quiere suicidarse y así se lo hace saber al médico que le atiende. Si, en lugar de hacer uso de las posibilidades de tratamiento que existen hoy para su enfermedad, dicho médico hace caso a la propia petición del paciente e inicia los trámites para que el paciente esquizofrénico sea remitido a una valoración para la concesión de eutanasia o suicidio médicamente asistido —sin recomendarle de entrada el suicidio médico asistido o la eutanasia—, ¿está actuando correctamente?

Decimos aquí “correctamente” no en el sentido de emitir un juicio moral respecto a la moralidad de su acción y en contra de los principios éticos y deontológicos de la medicina, sino si acaso no está profesionalmente capacitado —a la vista del estado del progreso del conocimiento del cerebro en la actualidad— para atender y orientar a un paciente.

Psiquiatras, especialistas en cuidados paliativos y médicos que tratan con pacientes que se encuentran bajo un tratamiento por una enfermedad de gravedad —por ejemplo, los médicos oncólogos— han puesto el grito en el cielo en la mencionada publicación de Devos que se pronuncia tajantemente en contra de la eutanasia por enfermedad mental.

El libro, originalmente publicado en francés en 2019, no es de ética, sino que recoge las aportaciones de verdaderos profesionales de la salud, como se encargan de subrayar en el subtítulo del libro. No usan una argumentación puramente moral en contra de la eutanasia. No emplean el estilo tan propio de los “eticistas” y en general de quien desde la lejanía tanto personal como profesional respecto a las enfermedades mentales hablan sin saber, emitiendo una opinión sin fundamento, simplemente orientada por sus prejuicios e ideologías. Lejos de hacer un favor a la bioética del final de la vida, los supuestos profesionales que se dedican a opinar en realidad lo que acaban haciendo es contribuir a la falta de credibilidad entre quienes se posicionan de manera prudente en contra de la eutanasia o al menos muestran sus reservas.

Los autores de esta obra muestran sus reservas, sí, pero a partir de conocimientos y fundamento científico, no a partir de una mera ideología cuyo punto de partida es el mismo que el de llegada y lo único que hacen es esbozar argumentos *ad hoc* que defienden lo que ya de entrada dan por hecho que es verdad. Los autores tanto formativa como profesionalmente en su día a día, así como en las investigaciones científicas que han llevado a cabo, han

podido comprobar que existe una mala praxis médica en Bélgica, al haber un descontrol absoluto en el ámbito de la medicina a la hora de diagnosticar y tratar a pacientes con enfermedades mentales. Es la medicina basada en evidencia científica la que ha podido constatar que muchas de las peticiones de eutanasia por enfermedad mental se podrían evitar con un tratamiento médico y humanitario adecuado.

Hacia una determinación de la eutanasia por cansancio vital

Un aspecto esencial de esta problemática de la concesión de eutanasia por cansancio vital —incluyendo la ideación suicida producida por una enfermedad mental grave como la depresión, el trastorno límite de la personalidad, la esquizofrenia paranoide, entre otras— es que excluye radicalmente un componente que hasta ahora ha sido una exigencia básica para la concesión de eutanasia: que la enfermedad sea terminal, es decir, que tenga un pronóstico no solo de imposibilidad de curación (o enfermedad crónica), sino que la enfermedad termine irremediamente en una muerte.

Así, la aceleración del proceso de morir es una característica esencial de las enfermedades que hasta ahora se han considerado susceptibles de recibir eutanasia en las legislaciones citadas, también en la reciente legislación española. Aunque la enfermedad no sea insoportablemente dolorosa, si hay un componente de sufrimiento grave en la persona y la enfermedad es terminal, la práctica médica de acabar con la vida del paciente sí se ha podido considerar eutanasia, esto es, a esa práctica se la ha podido seguir encajando con la definición de eutanasia.

Naturalmente, existen muchas definiciones de eutanasia según el contexto (médico, ético, jurídico, teológico, filosófico...). Ya no vale la simple definición etimológica, que entiende a la eutanasia como “buena muerte”, ni tampoco si quiera vale con la actual identificación pro-eutanasia de esta práctica con la dignificación de la vida a través de la práctica de la eutanasia (muerte digna). Pero para ser justos —y, en caso de que se quiera hacer, para poder presentar una crítica legítima—, sería conveniente tomar la definición legislativa de eutanasia. En nuestro caso, tomamos la definición de eutanasia que da la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia: “acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento” (BOE 72, Sec. I: 34037).

Definiendo el cansancio vital

El término “cansancio vital” varía según las publicaciones y argumentaciones: el más común, es “*tired of life*” (Florijin, 2020a), que traducimos por “cansancio vital” o “cansancio de la vida”. Otros términos posibles son: “hastío vital”, “percepción de autorrealización de la vida”, “percepción de que la vida ha concluido ya”, etc. Por ejemplo, Requena (2021) señala: “En los países donde la eutanasia es posible desde hace ya bastantes años, el ‘cansancio de la vida’ es uno de los supuestos para utilizarla” (p. 14). Asimismo, señala:

Nuestro mundo ha conseguido gracias a condiciones de vida más saludables y al gran avance de la medicina, que la esperanza de vida haya aumentado considerablemente. La medicina retrasa la muerte, a veces mucho, en ocasiones demasiado. Esto ha traído como consecuencia que no pocas personas lleguen al final de sus vidas con enfermedades crónicas muy debilitantes y que causan molestos e intensos dolores. También encontramos personas mayores ‘cansadas’ de vivir. Ante estas situaciones aparece la cuestión sobre si no sería preferible anticipar su muerte, que llegará antes o después, en lugar de esperar que suceda. (Requena, 2021, p. 14)

Y un poco más adelante dice: “En los países donde la eutanasia es posible desde hace ya bastante, el ‘cansancio vital’ es uno de los supuestos para solicitarla” (2021, p. 14). Eso es de lo que alerta también Devos: se están haciendo pasar, en primer lugar, enfermedades mentales reales por “situaciones de vida” o “cansancio vital”. En segundo lugar, también está sucediendo lo contrario: se está haciendo pasar por enfermedad justificatoria de eutanasia —el cansancio vital— lo que en realidad no es una enfermedad. En tercer lugar, se alerta de que incluso si son enfermedades mentales, por sí mismas no puede ser que constituyan un motivo para la eutanasia.

En ocasiones el término “cansancio vital” es empleado recientemente por cierta bibliografía para englobar *situaciones de vida* o *situaciones psicológicas* que no constituyen por sí mismas enfermedades mentales; y todo esto bajo el supuesto de que las enfermedades mentales puedan suponer ya una causa médica suficiente para recibir eutanasia, algo que es en sí mismo problemá-

tico precisamente por el problema de la falta de autonomía². Pero esto es un problema aparte: si una enfermedad mental por sí sola, sin que acompañe una enfermedad terminal o un dolor insoportable, puede ser motivo para recibir eutanasia. Precisamente ahí entra el debate que el CERMI ha propuesto, con la edición del libro de Friedlander, del rechazo absoluto de la eutanasia para discapacitados mentales (uno de los cuatro tipos de discapacidad que el documento actual de valoración de discapacitados contempla como discapacidad según el Real Decreto 1971/1999³: precisamente porque estas personas no tienen verdadera autonomía, no pueden tomar la decisión de recibir eutanasia; el CERMI se queja de que se les está *incitando* a decidir sobre algo que en realidad no están capacitados para decidir: sobre su propia vida, y sobre su propia muerte).

Se puede considerar que ya se está dando eutanasia por cansancio vital en Bélgica. Aunque el término no es el que se utilice habitualmente en concreto para justificar la concesión de la eutanasia, las *situaciones de vida* que se describen como motivo o causa para la concesión se pueden equiparar al *cansancio vital*.

Así contemplado, cansancio vital solo es un término inventado o propuesto para hablar de realidades que pueden recibir fácilmente otro nombre: soledad, abandono, sentimiento de ser una carga familiar. Este sería un significado distinto al que hemos analizado anteriormente, en el cual se incluirían las enfermedades mentales propiamente dichas.

¿Puede ser considerado el cansancio vital como una enfermedad mental —es decir, como una razón propiamente médica— para conceder eutanasia, en caso de que además sea un marco médico el que considere a la eutanasia un acto médico (lo cual no es unánime y es rechazado por muchas sociedades médicas⁴)? En principio no, debido a que lo que se esconde bajo una aparente razón médica es en realidad falta de atención humana, falta de ayuda

² Como señala Haekens (en Devos, 2020, pp. 95-97), los enfermos mentales graves mayoritariamente no tienen autonomía, ni a nivel moral ni a nivel jurídico, por lo que no pueden tomar ese tipo de decisiones. Por lo que un médico no puede tomar objetivamente en serio la petición de suicidio por parte del paciente y no podría legítimamente, en términos científicos, eutanasiar a una persona con una enfermedad mental.

³ Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.

⁴ La propia Sociedad Médica Mundial, pero también el Comité de Bioética de España o el Colegio de Médicos de Madrid.

espiritual, falta de personas a su lado... Todo eso en realidad no constituye un motivo real para recibir eutanasia, y los casos que sí han recibido “eutanasia” (entrecomillado precisamente porque es lo que estamos cuestionando), en realidad no eran eutanasia, sino homicidio o, en todo caso, suicidio a secas: porque eutanasia, según la definición dada que servirá como referencia a lo largo del trabajo, tiene que incluir siempre un diagnóstico médico de una enfermedad real, y no todos esos motivos que hemos englobado bajo el término “cansancio vital”.

Así, no solo se trata de que esto ocurra en un Estado donde exista una ley de eutanasia desde hace bastante tiempo y con largo recorrido, sino que se trata también de que ocurra en una sociedad medicalizada que permita que haya personas que sigan vivas artificialmente, no solo en estado vegetativo, sino porque los tratamientos médicos permiten alargar su vida hasta la vejez. Así, será habitual encontrar el “cansancio de la vida” como motivo para la eutanasia en personas mayores más que en personas jóvenes, cuando se trate de un argumento que no tenga relación alguna con el diagnóstico de una enfermedad mental. Que una persona joven y sin enfermedades físicas esté cansada de vivir, es motivo para la intervención psiquiátrica. Sin embargo, en el caso de personas mayores, que arrastran durante años o décadas enfermedades crónicas y que han visto mermada considerablemente su calidad de vida y que no tengan ya oportunidad de mejora tanto por su situación como porque el tiempo de vida se agota, es más comprensible que aparezca este sentimiento llamado “cansancio vital” sin que por ello constituya un síntoma de una enfermedad mental. Por el contrario, como hemos dicho, si este sentimiento se perpetúa en personas jóvenes, sin aparentes enfermedades físicas, el médico tiene razones para sospechar la presencia de una enfermedad mental que da como síntoma el pensamiento o ideación suicida, la voluntad de no vivir.

En el fondo, hablar de “eutanasia por cansancio vital”, de eutanasia por autopercepción de “vida realizada” o “vida completada”, es entrar en el complejo mundo de la psicología y la neurociencia. Se podría denominar eutanasia por motivos psicológicos, pero la bibliografía mayoritariamente habla de eutanasia por cansancio vital o a lo sumo de eutanasia por sufrimiento psicológico. A veces, incluye la referencia a enfermedades mentales o trastornos de la conducta (como la conducta suicida). En otras ocasiones hace referencia precisamente a problemas que no son psiquiátricos, sino a situaciones complejas de la vida ordinaria.

La *percepción de que la vida propia ya está realizada o completa* es una comprensión de la vida que indica varios pre-supuestos que tendrían que ser justificados: 1) que la vida tiene que ser completada, o que estamos en esta vida para que sea completada; 2) que esa “completud” o “completitud” la tenemos que realizar *nosotros mismos*, porque al parecer 3) la vida *nos pertenece* como una propiedad, como si hubiéramos nacido a una existencia que no hemos *diseñado* ni creado en absoluto, sino a la que hemos sido “arrojados”.

Algunos autores y profesionales de la salud que se han expresado al respecto, consideran que el cansancio vital, como motivo para recibir eutanasia, sí debe entenderse como parte de un cuadro médico psiquiátrico, debido principalmente a que se habría demostrado en esos casos que la ideación suicida del paciente no tiene una base en una enfermedad física, sino que es parte de la sintomatología de una enfermedad mental grave no diagnosticada previamente o no diagnosticada correctamente. Ahora bien, el infradiagnóstico no es un fenómeno nuevo en el campo de la medicina, pero cuando se trata de dar muerte a un paciente debido a su sufrimiento, este fenómeno debe evitarse completamente y, por tanto, deben existir los instrumentos diagnósticos necesarios para que no ocurra.

El cansancio vital entendido como sufrimiento ante la conciencia de la muerte inminente vivida en medio de un sufrimiento insoportable

De entre de todos los tipos de sufrimiento posibles, el sufrimiento ante la muerte es quizá el que más resulta incomprensible e imposible de apaciguar médicamente. Aunque existan calmantes, el sufrimiento anímico, psicológico, mental, espiritual... que supone saber que se va a morir, la conciencia de que la vida que se vivió va a terminar y aparentemente el tiempo vital nunca ha existido, genera en algunas personas un sentimiento de desesperanza que les hace revolverse contra la vida. Quizá porque vivieron bajo el gran engaño de que su vida nunca terminaría, de que ellos tenían el control de su existencia, de que ellos tenían algún tipo de autoridad sobre el tiempo existencial. Cuando ya no tienen posibilidades siquiera de pronunciar palabra para seguir revolviéndose contra una vida, su propia vida, que ahora es totalmente heterónoma —no hay rastro alguno de independencia, libertad y autonomía ante la muerte—, es cuando perciben que siempre han sido mortales, que siempre han estado expuestos a la muerte, solo que temporalmente le han

dato la espalda, creyendo que de esta manera se librarían de ella o que nunca llegaría. Ahora que la realidad mortal ha caído sobre sus hombros, viene el sin sentido, la incomprensión, un sufrimiento psicológico insoportable por la incapacidad de hacer nada ante su muerte. Y todo ello se suma, en función del caso, a un dolor que solo disminuye con medicación continua, a una depresión que requiere un tratamiento psiquiátrico especializado y en general a todo tipo de sufrimientos que sirven de preámbulo al sufrimiento por la conciencia de la muerte próxima.

El sufrimiento ante la muerte cuando ésta es anticipada en la vida en la forma de una enfermedad es distinto a la conciencia enfermiza de la muerte. Enfermiza en este caso porque les llega a todos, incluso a los que, mediante el pensamiento filosófico, creyeron que eran inmortales. Enrique Bonete, en un libro espléndido en términos documentales, narra cómo murieron toda una serie de grandes sabios, pensadores y filósofos. En *El morir de los sabios* destacan especialmente, respecto a nuestro tema, pensadores como Heidegger o Sartre, que creyeron que su discurso existencialista sobre la muerte se superpondría a la muerte misma. En concreto, Heidegger, arrepentido de parte de la filosofía existencialista, recurrió y preparó delicadamente un funeral cristiano, en cuyo panegírico no se pudo evitar la cuestión de si realmente este rito litúrgico no suponía una paradoja con respecto a la vida y pensamiento del hombre alemán (Bonete, 2019, p. 103).

Sea o no terminal, el tipo de enfermedades que se engloban, a las que se suma el “cansancio vital”, son experimentadas en los enfermos como “muerte en vida”, como un sin-vivir, y ese es el motivo principal que suscita su ideación suicida y su disposición a terminar ya con su vida. Piensan —o más que pensar, sienten continuamente— que su vida ya no vale la pena ser vivida. No es que piensen que han perdido la dignidad o el valor de la vida, sino que el sufrimiento es tan grande que no merece la pena seguir viviendo de esa manera. Como señala el psiquiatra y bioeticista Diego Gracia, habitualmente en estos casos la persona no quiere morir verdaderamente, sino “vivir de otra manera” (Gracia, 2007, p. 58). De manera que su voluntad de morir, su férrea disposición a terminar con su vida, procede principalmente de su imposibilidad de aguantar seguir viviendo así. Aunque incluso la enfermedad que tengan no sea terminal en un plazo breve de tiempo, viven cansados de estar así, y relatan al médico que “están cansados de vivir” (*being tired of living*).

Tanto en los informes médico-periciales como en la literatura científica, se emplea el término inglés *tired of living* (cansancio de la vida o cansancio vital) ya en un sentido técnico médico desde al menos 2004 (Rurup *et al.*, 2005, p. 157) tanto para hablar de lo que algunos médicos consideran una enfermedad propiamente dicha catalogada dentro de la psiquiatría, como para hablar de síntomas concomitantes a una enfermedad física. Son distintas las posiciones científicas (especialmente, neurocientíficas clínicas) respecto a qué es el cansancio vital y si verdaderamente puede suponer —cuando ya existe una ley de eutanasia que contempla determinados casos— un motivo suficiente para recibir eutanasia o si, por el contrario, se trata de una situación que tanto la medicina como otros recursos deben ayudar a que desaparezca o se apacigüe.

Un tratamiento médico integral que no solo medique al enfermo sino le atienda psicológica y espiritualmente para prepararle ante la muerte (dado que muchas peticiones no vienen del hecho de tener conciencia de que se va a vivir una experiencia infernal progresiva hasta morir por mor de la enfermedad, sino porque no pueden soportar el dato de que van a morir: quieren borrar la conciencia de esa existencia perenne), puede servir especialmente en las Unidades de Cuidados Paliativos y en general en toda unidad médica en que haya personas que estén al borde de la muerte o experimentando un sufrimiento sin sentido e irremediablemente —sin posibilidad de curación médica— abocados a seguir sufriendolo. Este enfoque paliativista integral podría ayudar a las personas a entrar en paz hacia la muerte, a estar en paz en sus últimas horas y días de vida, transmitiéndole una calma respecto a su final en la vida y a que van a dejar de sufrir pronto, con el fin de que no vean la eutanasia como un recurso para quitar tiempo de conciencia sobre su propia muerte añadida al sufrimiento de la enfermedad. Porque el cansancio vital a menudo hay que comprenderlo —siempre dependiendo del caso— como esa imposibilidad de soportar psíquicamente que la vida de la persona va a ser consumida por una enfermedad, y no solo consumida, sino aniquilada para siempre. Tener conciencia de que este final biológico llegará y que no solo llegará sin más, sino que llegará debido a una enfermedad dolorosa e indigna de un ser humano, supone siempre un sufrimiento psíquico.

Aquí podríamos preguntarnos con primo Levi, si acaso ese ser humano que camina hacia la muerte desintegrándose para siempre, pero a la vez por medio de tal desintegración que hace todavía más horroroso el final que ya se

vislumbra —porque se llegará a él habiendo recorrido un camino penoso—, si realmente, en el fondo, eso que llega hasta el final de la vida es un ser humano verdadero (*Se questo è un uomo*).

El sufrimiento físico insoportable de los enfermos de unidades de cuidados paliativos que afirman estar ya *cansados de vivir* y que quieren morir cuanto antes y de una vez por todas, se apacigua médicamente mediante calmantes, analgésicos y un arsenal de farmacología y anestesiología que quita en principio toda o gran parte de la sintomatología dolorosa. Pero este tratamiento de los síntomas refractarios de la enfermedad —crónica y/o terminal— no siempre tiene un efecto positivo psicológico, o al menos suficiente sobre el sufrimiento psicológico de la persona, que puede provenir también de los desórdenes neurológicos y/o psiquiátricos y alteraciones mentales producto del daño que está realizando sobre el organismo biológico la propia enfermedad.

Así, en enfermedades terminales que dañan el sistema inmune o el sistema digestivo, se constata un aumento del sufrimiento psicológico (hasta el día de la muerte) como parte de un trastorno psiquiátrico denominado clínicamente “depresión mayor”, el cual no hay manera de solucionar en la medida en que la fisiología y química del sistema nervioso se ha visto alterada de manera irremediable e intratable, provocando al paciente deseos continuos de morir no por el hecho mismo de la enfermedad física —no se deriva directamente del padecimiento de la enfermedad— ni tampoco por la percepción psicológica de su desintegración corporal, sino debido al proceso depresivo neurológico subyacente a la enfermedad física (Chirita *et al*, 2015, p. 651).

Por ello, en este tipo de personas, por lo general tratadas en unidades de cuidados paliativos o como pacientes externos de estas unidades, no solo existe un sin sentido psicológico que les genera la enfermedad y que les hace querer morir cuanto antes —o al menos querer no ser conscientes de lo que les está sucediendo—, sino que también desarrollan una enfermedad mental propiamente dicha con una base demostrable en patologías del sistema nervioso central. Otra cuestión es la concreción de su procedencia, pero la afectación sobre el sistema nervioso central está absolutamente demostrada.

Ante estas situaciones de suyo insoportables en cuanto dato de la conciencia —la autoconciencia del morir próximo entre terribles sufrimientos, que acrecienta sustancialmente la percepción subjetiva del dolor, como pasaba con los que iban a crucificar en la antigua Roma (Garrido, 2005, p. 48)—

queda claro, por tanto, que es posible argüir el cansancio vital como co-factor o factor añadido a todos los demás propiamente médicos (en caso de que no se considere al cansancio vital como una patología médica, algo que, como hemos visto, dependerá de los criterios médicos empleados y de la propia ley de regulación de la eutanasia).

A ello se suma el miedo a la muerte. Y es que en la conciencia de muchas personas que esperan su final en una cama hospitalaria de cuidados paliativos, esta espera sufriente ante la muerte que no es tan inminente como para recibir una sedación final que elimine el estado de vigilia y por tanto el conocimiento sobre la situación atroz que están sufriendo (Sancho Zamora, 2012, p. 73), se acaba traduciendo en el sufrimiento que supone vivir de una manera que no se admite como buena (Requena, 2021, p. 14) ni feliz (Küng, 2018, p. 38). En este sentido, el cansancio vital está al final de la enfermedad, y no es la enfermedad en sí misma: es el síntoma de que se está percibiendo la propia vida como una vida destruida, sin sentido, razón por la cual no se quiere vivir más, no se quiere seguir viviendo así, no se quiere seguir siendo consciente.

Determinación final del cansancio vital

Lo que hemos llamado “eutanasia por cansancio vital” es, como anunciamos, el tema que nos ha competido en este artículo. Hemos preferido esta terminología —en lugar de llamarla “eutanasia por motivos psicológicos”— por las razones que hemos visto.

Con la propuesta de esta nomenclatura nos referimos a la eutanasia que tendría por causa y justificante no solamente el alivio de un *sufrimiento insoportable*, sino al juicio mismo *subjetivo* de la insoportabilidad por parte del paciente y no tanto por parte del médico.

Es el paciente el que exige, ejerciendo un derecho a una muerte digna, recibir eutanasia por parte del Estado. De esta manera, ante la exigencia del paciente —lo que en la ley de eutanasia española se llama “por exigencias sociales” al principio del documento para justificar la proposición y finalmente la aprobación de la ley—, el Estado se encarga de elaborar una ley de eutanasia en la que convoca a los profesionales de la salud, tanto de la sanidad pública como de la sanidad privada —que en lo concerniente a la eutanasia van a estar sujetos a la misma ley—, a que den la adecuada provisión del derecho a

una muerte digna a quien cumpla con los requisitos formales administrativos previstos en la ley.

Lo específico del cansancio vital no es que esté o no acompañado de una enfermedad o se considere en sí mismo una enfermedad —consideración que, como hemos visto, dependerá del enfoque médico y específicamente psiquiátrico sobre qué es el cansancio vital. Lo específico del cansancio vital es el componente psicológico subjetivo, de ahí que también pudiera llamarse “eutanasia por motivos psicológicos”. Pero parte de la literatura científica prefiere la denominación —inicialmente poco técnica— “cansancio vital”, precisamente para distinguirlo de trastornos mentales psiquiátricos que sí pueden ser considerados en sí mismos enfermedades y razones suficientes para recibir eutanasia, mientras que el cansancio vital no sería motivo suficiente —ese ese el tema de debate— para recibir eutanasia según algunos autores.

Para los autores que defienden que no es una enfermedad en sí misma, el cansancio vital es la afectación, gestión o manejo psicológico de la propia enfermedad que se padece, incluyendo una enfermedad psiquiátrica. Es tan subjetivo porque depende de muchos factores, como la personalidad o las circunstancias existenciales específicas del paciente. No es lo mismo recibir la noticia de una enfermedad grave con el apoyo de una familia, con el sustento espiritual de una religión, con la certeza de que se recibirá un tratamiento adecuado o con la seguridad económica de quien tiene una posición social alta, que recibir la noticia estando en la pobreza económica, sin amparo espiritual alguno, estando ya enfermo de otras patologías o habiendo sido abandonado por la familia.

Así, cuando se evalúa el cansancio vital en una petición de eutanasia, se está evaluando no solo la enfermedad en sí misma —en que caso de existir— a consecuencia de la cual se ha desarrollado dicho cansancio, sino que también se está teniendo en cuenta una *consecuencia* de una situación previa vital —de enfermedad o de cualquier tipo—; a saber, la consecuencia de que, por el tipo de persona que es, *a priori* será poco proclive a no sufrir ni a que tenga deseos de suicidio cuando sea afectado por una situación negativa. El efecto psicológico dictaminado subjetivamente como insoportable en la vida variará de persona a persona. Ante una misma enfermedad física, las respuestas psicológicas son distintas y no todos prefieren terminar con su vida.

El cansancio vital es, así entendido, subjetivo y variable en función de la persona, ya que no se trata de una causa médica objetiva, sino de la recepción

psicológica y el manejo mental de esta causa. Se trata más, por tanto, de cómo impacta psicológicamente una enfermedad en la vida de la persona y si, además de la enfermedad en cuestión, se desarrollan otros problemas que no llegan a constituir, bajo un diagnóstico médico psiquiátrico, una enfermedad o trastorno mental.

La “eutanasia por cansancio vital” no ocurre necesariamente en caso de que el motivo mismo de la solicitud sea que la persona tenga una enfermedad en fase terminal y que le está provocando dolor y al mismo tiempo sufrimiento por la percepción psicológica del padecimiento de la enfermedad, sino que la persona no soporta más vivir de la manera en que vive y, por lo tanto, percibe subjetivamente que la enfermedad que padece a su vez tiene una afectación sobre toda su vida, sobre toda su existencia. Hay en consecuencia una cierta deducción, implícita o explícita, que puede estar provocada por el propio padecimiento ya de una enfermedad mental.

Conclusión: ¿Será posible incluir el cansancio vital dentro de la ley de eutanasia en España? Deshumanizando la autonomía

Recientemente el autor del presente trabajo de investigación ha publicado, junto a otro colega, un artículo en el que discutían, sin llegar a conclusiones definitivas, la legitimidad de que las leyes de regulación de la eutanasia en los Estados en que existen y se están aplicando, y especialmente en el caso de España (de reciente aprobación, vigencia y aplicación, a partir de marzo de 2021, momento en que se publica en BOE la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia) permitan también incluir como condiciones suficientes médicas a personas con enfermedades mentales.

Así, en una terminología provisional que pretende abrir camino a nuevas discusiones científicas sobre el problema, nos preguntábamos si es plausible la eutanasia por motivos exclusivamente “psicológicos”.

También la reciente literatura científica sobre la eutanasia ha empleado los términos “cansancio existencial”, “cansancio vital” o “autopercepción de vida completada” para referirse a la combinación de una enfermedad mental junto con la falta de ayuda por parte del Estado, pero también de familiares y amigos, la soledad, sentirse una carga, sentirse un estorbo y otras condiciones aparentemente sin importancia y banales pero que acaban teniendo mucho peso e inclinan la balanza en la persona a la hora de arrojarse a la eutanasia

como un último recurso para salir o evitar el sufrimiento en el que vive de manera crónica (Devos, 2020, pp. 96 y ss.)

En la estela de dicho trabajo, y siguiendo la misma línea de investigación y planteamiento, aunque ahora específicamente hablando de personas que tienen reconocida patología de índole mental, nos hemos preguntado en este trabajo (sin afán de asentar cátedra ni establecer ningún credo dogmático sin fundamento científico ni racional, así como tampoco de llegar a conclusiones que quieran ser absolutamente definitivas, como corresponde a un ensayo filosófico), por la situación de las personas con una enfermedad mental diagnosticada y que están siendo tratadas específicamente para evitar la ideación suicida.

Nos hemos preguntado esto en relación al problema de la autonomía y la libertad real de elección del ejercicio del derecho a la muerte digna o eutanasia —como lo llama la Ley—, ya que, aunque todavía no se prevé en la ley que personas exclusivamente con enfermedades mentales puedan recibir eutanasia de manera legal, esta pregunta es legítima puesto que tenemos el precedente de Bélgica (que tiene una ley de eutanasia desde 2001), donde ya han ocurrido modificaciones de la ley y están siendo eutanasiadas personas que no tienen una patología terminal ni un dolor insoportable incompatible con la vida digna —por decirlo en los términos de la Ley.

En el citado libro de Devos (2020), participan profesionales de la salud y especialmente psiquiatras que hablan a partir de datos sanitarios estadísticos en que se demuestra, mediante los informes y tribunales médicos periciales que tienen que pasar los solicitantes de la eutanasia, que hay personas que están recibiendo eutanasia por “cansancio vital” en el Estado de Bélgica, un término que, además, aparece en los propios informes médicos (Devos, 2020, p. 97) y que ha pasado así de ser una expresión vulgar e informal, que el propio paciente comunica al supuesto experto en salud mental, a ser un término técnico de diagnóstico psiquiátrico (Requena, 2021, p. 14). Ya hay bastante bibliografía, aunque muy reciente, que habla de casos reales de eutanasia por cansancio vital (Florijn, 2022).

No solo en Bélgica la situación resulta alarmante desde el punto de vista puramente ético-médico —sin todavía entrar en disquisiciones religiosas y teológicas. También en Países Bajos se ha planteado la posibilidad de reformar la ley de eutanasia para dar directamente en farmacias un medicamento en dosis letal a personas sin enfermedad terminal ni dolor insoportable, sin

una causa médica objetiva real más que la del juicio subjetivo del propio paciente de que su vida ha sido ya “completada”, de que su vida está “realizada”, de que se siente “cansado vitalmente”. Aunque no ha sido aceptado todavía, ha habido casos que han ido a los tribunales para reclamar este derecho a una eutanasia por cansancio vital (Florijn, 2019). De esta manera, en caso de aprobarse, se estaría generalizando así el suicidio médicamente asistido.

También en Canadá —otro de los pocos países que componen la lista donde existe una ley que regula la eutanasia como un procedimiento médico legal— se ha planteado recientemente la posibilidad de reformar la ley de eutanasia para incluir como pacientes-diana a enfermos mentales.

Cuando decimos “enfermos mentales” no nos referimos solamente casos graves psiquiátricos, sino también personas con trastornos habitualmente tratados —personas que se han quitado el estigma del tratamiento psiquiátrico o creen que solo la medicina científica tiene verdaderas respuestas a sus problemas, dejando de lado cualquier otra opción— como la depresión mayor, la ansiedad crónica, trastornos de la personalidad y un largo listado de trastornos mentales que hasta el momento han sido considerados por la medicina psiquiátrica como patologías mentales tratables —aunque no siempre curables.

Así, se dividen en dos voces los médicos psiquiatras en relación con la consideración de la eutanasia como “acto médico” (o más bien acto sanitario; Navarro-Valls *et al.*, 2022, p. 53): 1) los que creen que es un despropósito desde el punto de vista de la neurociencia clínica y de la ética médica dar a un paciente con pensamientos suicidas una salida como la eutanasia, en lugar de ayudarle, como profesionales de la salud mental, a tratar esos pensamientos como lo que son (síntomas de una enfermedad mental); 2) los que piensan que en la mayoría de los casos —no todos, eso sí— no hay una solución real sino un tratamiento de contención y de que la persona sigue sufriendo y por ello sería aceptable que se satisficiera el deseo de la persona de quitarse la vida. Lo segundo es, como mínimo, cuestionable que sea un juicio médico, sino más bien ideológico. Este componente ideológico de la ley de regulación de la eutanasia es el que hemos querido analizar y observar si, dados sus fundamentos ideológicos, será posible que, en los términos en que está hecho el documento publicado en el BOE, sea posible ya, sin reforma alguna, que personas procedentes exclusivamente de un tratamiento psiquiátrico reciban eutanasia de manera legal.

En Suiza, de hecho, donde no existe una ley de eutanasia, pero sí del suicidio médicamente asistido, sí está permitido y hay muchas clínicas especializadas en esto, llamadas por ello “clínicas de la muerte” (Botica, 2016).

La ocurrencia de un *infradiagnóstico* de enfermedad mental es lo que argumentamos que puede dar lugar a que, sin necesidad de reforma de la ley, un paciente procedente exclusivamente de unidades de salud mental, solicite y reciba eutanasia, sin ninguna supervisión médica pero sí de manera legal y bajo el procedimiento establecido. Estaría ocurriendo una falsa autonomía, porque la persona no es verdaderamente autónoma al recurrir —sin evaluación ni ayuda médica alguna— al suicidio que, además, se estaría ofreciendo como recurso “médico” en términos legales. No parece, en principio, un acto *médico ofrecer morir* de esa manera a una persona que está bajo tales condiciones.

Que una *ley ideologizada* lo permita puede ser incluso comprensible, pero que a esto se lo califique como acto médico es una contradicción absoluta en los términos de la ética médica. Que finalmente pueda serle concedida en los términos en que ahora mismo está redactada la ley sería un fracaso desde el punto de vista ético-médico y conllevaría, como decimos en el título del trabajo, una *deshumanización de la autonomía*.

Por lo tanto, este artículo se ha centrado exclusivamente en dar respuesta a una pregunta: ¿Podrá en un futuro inmediato la ley de regulación de eutanasia, sin modificación alguna, ser un recurso del que, en contra de los principios de la ética médica (Gracia 2008), hagan uso personas sin verdadera autonomía y que sufren los síntomas de una enfermedad mental que les quita las ganas de vivir, pero también toda verdadera capacidad de decisión?

En este sentido, clásicamente en los comités de ética asistencial se han empleado documentos de evaluación de las capacidades, pero que en este tipo de casos no estarían implantándose.

En relación a la *pregunta de si es posible que la ley de eutanasia incluya a pacientes exclusivamente con enfermedad mental en España*, tanto en la actualidad —conforme está la ley ahora— como en un futuro inmediato —dadas las modificaciones que en otras leyes de regulación de la eutanasia ha habido—, es previsible también, con fundamento probabilístico, que esas modificaciones sucedan también para con la ley de regulación de la eutanasia en España si nos basamos en lo que ha ocurrido en otros Estados.

El problema en este punto residirá no solo en lo médicamente —psiquiátricamente, en concreto— cuestionable que resulte dar eutanasia a un enfer-

mo mental, y tampoco solamente en general en el rechazo de gran parte del personal sanitario hacia la consideración de la eutanasia como acto médico, sino en estar haciendo pasar por una enfermedad —admitiendo incluso que se pudiera argüir que una enfermedad mental por sí sola es suficiente como motivo médico para recibir eutanasia, algo que en este trabajo se ha cuestionado siguiendo la posición de distintos autores— lo que en realidad no es enfermedad en absoluto, sino problemas de otro tipo que se esconden debajo o se niega su naturaleza —es decir, que no son tratables por la medicina, sino por otros ámbitos de conocimiento—, o también sus manifestaciones son reducidas a manifestaciones médicas de una manera cientificista —recortando su realidad a partir de ese punto de vista completamente parcial—, convirtiendo así en un término ideológico (sin fundamento médico-científico) al “cansancio vital”.

En base a los casos de eutanasia ya realizados, constatados y recogidos por las estadísticas sanitarias en los últimos años —por tanto, no hablamos de nada quimérico— como en el de la ley de eutanasia en Bélgica —en el que ya se está aplicando a enfermos exclusivamente provenientes de un diagnóstico psiquiátrico médico o incluso exclusivamente psicológico sin naturaleza médica (Devos, 2020, p. 96)— y en el caso de Canadá (donde la apertura y modificación de la ley para incluir a enfermos mentales no solo se ha planteado sino que se iba a llevar a cabo la reforma, aunque se ha dado un año más de tiempo para que el personal científico y sanitario de la comisión encargada de la evaluación saque un documento oficial en el que exponga las conclusiones tras una investigación exhaustiva del problema), podemos decir que es posible que en un plazo breve de tiempo en España también empiece a haber solicitudes de eutanasia por cansancio vital e incluso, tras el procedimiento establecido, comience a haber concesiones por esta razón.

Referencias

- Ayuso Díez, J. M. (2020). Prólogo. En T. Devos (Coord.), *Eutanasia. Lo que el decorado esconde*. Sígueme.
- 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. *BMC Family Practice*, 21(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1063-z>

- Bolt, E. E., Snijdewind, M. C., Willems, D. L., van der Heide, A., & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2015). Can physicians conceive of performing euthanasia in case of psychiatric disease, dementia or being tired of living? *Journal of Medical Ethics*, 41(8), 592-598. <https://doi.org/10.1136/medethics-2014-102150>
- Botica, M. (2016). *Suicidio asistido en el centro Dignitas en Suiza*. Facultad de Teología San Vicente Ferrer.
- Chiriță, A. L., Gheorman, V., Bondari, D., & Rogoveanu, I. (2015). Current understanding of the neurobiology of major depressive disorder. *Romanian journal of morphology and embryology*, 56(2 Suppl), 651-658. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26429155/>
- Comité de Bioética de España. (2020). *Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia. Propuestas para la reflexión y la deliberación*. <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE%20final%20vida%20y%20la%20atencion%20en%20el%20proceso%20de%20morir.pdf>. Recuperado el 21 de enero de 2022.
- Critchley, S. (2015). *Notes on Suicide*. Publishers Group UK.
- Cunha, J. T. da. (2017). Entrevista sobre eutanásia com o Prof. Doutor Diego Gracia. *Humanística E Teologia*, 38(1), 12-22. <https://doi.org/10.34632/humanisticaeteologia.2017.9371>
- De la Torre, J. (2019). *La eutanasia y el final de la vida*. Sal Terrae.
- Devos, T. (Coord.). (2020). *Eutanasia. Lo que el decorado esconde*. Sígueme.
- Florijn, B. W. (2018). Extending euthanasia to those 'tired of living' in the Netherlands could jeopardize a well-functioning practice of physicians' assessment of a patient's request for death, *Health Policy*, 122(3), 315-319. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.01.007>
- Florijn, B. W. (2022). From Reciprocity to Autonomy in Physician-Assisted Death: An Ethical Analysis of the Dutch Supreme Court Ruling in the Albert Heringa Case. *The American Journal of Bioethics*, 22(2), 51-58. <https://doi.org/10.1080/15265161.2020.1863510>
- Friedlander, H. (2021). *Los orígenes del genocidio nazi. De la eutanasia a la Solución Final*. Ediciones Cinca.
- García Ramos, J. A. (2009). *La eutanasia en la Alemania nazi y su debate en la actualidad*. Centro Tomás y Valiente.

- Garrido, J. (2005). La pena de muerte en la antigua Roma. *Kalakorikos*, (5), 47-61.
- Haekens, A. (2020). Eutanasia por sufrimiento psíquico sin salida. En T. Devos (Coord.), *Eutanasia. Lo que el decorado esconde* (pp. 95-110). Sígueme.
- Ibáñez, J. (2020). *Morir o no morir. Un dilema moderno*. Anagrama.
- Karplus, R. (2020). La persona ante las cuestiones que plantea la eutanasia (enfermos, allegados, personal sanitario). En T. Devos, (Coord.), *Eutanasia. Lo que el decorado esconde* (pp. 111-128). Sígueme.
- Kious, B. M. & Battin, M. P. (2022). Suffering and the Completed Life, *The American journal of bioethics*, 22(2), 62-64. <https://doi.org/10.1080/15265161.2022.2013698>
- Küng, H. (2018). *Una muerte feliz*. Trotta.
- Küng, H. y Jens, W. (2010). *Morir con dignidad*. Trotta.
- Martínez-Sellés, M. (2019). *Eutanasia. Un análisis a la luz de la ciencia y la antropología*. Rialp.
- Monleón Ruiz, Á. y Monleón Camacho, M. (2021). *Suicidio. Una cuestión multidisciplinar*. Editorial Panamericana.
- Pereira, J. (2011). Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls, *Current Oncology*, 18(2), 38-45. <https://doi.org/10.3747/co.v18i2.883>
- Rajmakers, N. J., van der Heide, A., Kouwenhoven, P. S., van Thiel, G. J., van Delden, J. J., Rietjens, J. A. (2015). Assistance in dying for older people without a serious medical condition who have a wish to die: a national cross-sectional survey, *Journal of Medical Ethics*, 41(2), 145-150. <https://doi.org/10.1136/medethics-2012-101304>
- Requena, P. (2021). *La buena muerte. Dignidad humana, cuidados paliativos y eutanasia*. Sígueme.
- Rurup, M. L., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Jansen-van der Weide, M. C., van der Wal, G. (2005). When being 'tired of living' plays an important role in a request for euthanasia or physician-assisted suicide: patient characteristics and the physician's decision, *Health Policy*, 74(2), 157-166. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2005.01.002>
- Sancho Zamora, M. Á. (2012). Sedación paliativa. *Medicina paliativa*, 20(2), 73-74.
- Tomás-Valiente Lanuza, C. (Ed.). (2021). *La eutanasia a debate. Primeras reflexiones sobre la ley orgánica*. Marcial Pons.

Widdershoven, G., Beekman, A., Evans, N., & van Veen, S. (2022). The Role of Suffering in the “Tired of Life” Debate. *The American Journal of Bioethics*, 22(2), 68–70. <https://doi.org/10.1080/15265161.2021.2013981>.



Publicado bajo una Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial 4.0 Internacional