



**INTERPSIQUIS**

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología  
y Enfermería en Salud Mental

## **EL PROBLEMA DEL SUICIDIO RACIONAL**

Manuel Sánchez Pérez

[manelsanchezperez@gmail.com](mailto:manelsanchezperez@gmail.com)

Suicidio, suicidio racional, enfermedad terminal

Suicide, rational suicide, terminal illness

### **RESUMEN**

El denominado suicidio racional se centra en la posibilidad de que un sujeto sano pueda tomar la determinación de acabar con su vida en ausencia de condicionantes sobre su libertad de decisión, como sucede en el contexto de una enfermedad mental. La calificación de racional aplicada al acto suicida señala una conducta que puede entrar en el ámbito de decisión libre de la persona, al margen de consideraciones de orden ético, moral, o legal que pueden afectar al ejercicio de esa decisión. La cuestión del suicidio racional, (suicidio filosófico, suicidio existencial o suicidio soberano) ha sido motivo de reflexión desde hace siglos desde la filosofía, la medicina o el derecho. Desde el punto de vista de la psiquiatría ortodoxa, se supone una relación establecida entre el deseo de muerte y la presencia de enfermedad mental, lo que hace que la decisión de morir proceda de un estado mental patológico, esto es, una decisión irracional. Las dificultades en la valoración de la racionalidad de la ideación suicida incluyen su carácter dimensional y la evidencia de que la racionalidad no está siempre ausente en la depresión y la ausencia de depresión no implica siempre racionalidad. La situación actual presenta cambios significativos que afectan a este punto de vista, entre los que destaca la mayor cronificación de patologías graves que produce estados más prolongados en las enfermedades terminales, donde cada vez más enfermos quedan expuestos a supervivencias muy dilatadas con limitaciones severas y donde pueden emerger deseos de muerte como solución.

## **EL PROBLEMA DEL SUICIDIO RACIONAL**

### **ABSTRACT**

The so-called rational suicide focuses on the possibility that a healthy subject can make the determination to end his life in the absence of conditions on his freedom of decision, as in the context of a mental illness. The qualification of rational applied to the suicidal act indicates a conduct that may fall within the scope of the person's free decision, regardless of ethical, moral, or legal considerations that may affect the exercise of that decision. The question of rational suicide, (philosophical suicide, existential suicide or sovereign suicide) has been the subject of reflection for centuries from philosophy, medicine or law. From the point of view of orthodox psychiatry, an established relationship between the desire for death and the presence of mental illness is assumed, which makes the decision to die come from a pathological mental state, that is, an irrational decision. Difficulties in assessing the rationality of suicidal ideation include its dimensional character and the evidence that rationality is not always absent in depression and the absence of depression does not always imply rationality.

The current situation presents significant changes that affect this point of view, among which the greater chronification of serious pathologies that produces more prolonged states in terminal diseases, where more and more patients are exposed to very long survival with severe limitations and where death wishes may emerge as a solution.

### **INTRODUCCIÓN**

El punto cardinal cuando se aborda el problema del suicidio asistido se centra en la posibilidad de que un sujeto mentalmente sano pueda tomar la determinación de acabar con su vida en ausencia de condicionantes sobre su libertad de decisión, como puede suceder en el contexto de una enfermedad mental o de una coacción externa (Battin, 1991). En este sentido, la calificación de *racional* aplicada al acto suicida adquiere la importancia de identificar con ella una conducta que puede entrar en el ámbito de decisión libre de la persona, al margen de consideraciones de orden ético, moral, o legal que pueden afectar al ejercicio de esa decisión. La cuestión del suicidio racional, (también llamado suicidio filosófico, suicidio existencial o suicidio soberano) no es nueva y ha sido motivo de reflexión desde hace siglos por parte de la filosofía, la medicina y el derecho. Aunque las ciencias sociales, la psicología y la psiquiatría se han ocupado ampliamente de este dilema, especialmente a partir del siglo XIX, el mayor volumen de escritos acerca de este problema proviene del campo de la filosofía, donde son ya clásicas las descripciones de los suicidios de Sócrates o Séneca

## EL PROBLEMA DEL SUICIDIO RACIONAL

hasta los de la historia más reciente de personajes relevantes como Sigmund Freud, Erwin Rommel, Simone Weil o Walter Benjamin. En estos ejemplos, no obstante, subyace más bien el concepto de *suicidio forzado* que, aunque puede desencadenarse en individuos mentalmente competentes, se presupone que en ellos esta situación no es cualitativamente distinta de la de una persona que declara verse "forzada" a suicidarse por una enfermedad; ninguno de los dos lo está, realmente, pues en realidad eligen adelantar la muerte para evitar inevitables sufrimientos mayores, producto de la enfermedad o de una coacción externa insalvable (Neira, 2017).

## SUICIDIO RACIONAL Y FILOSOFÍA

Desde la perspectiva filosófica, la conceptualización del suicidio racional ha contado con posicionamientos claramente contrarios a su normalización, como en Spinoza, con su afirmación de que nadie piensa en suicidarse "como no sea vencido por causas exteriores y contrarias a su naturaleza", pasando por la perspectiva de los existencialistas sartrianos: "mi muerte estaría más allá de toda lógica y pensar sobre ella puede ser insoportable, aunque pueda ser mejor anticiparse a la cuchilla que cortará el cuello a todos", (Sartre, 1983) y que llegan a considerar la muerte voluntaria como un privilegio del ser humano (Améry J, 2005), y hasta la convicción de que la enfermedad puede imponer conductas contrarias a los valores y voluntad del sujeto, donde el suicidio puede considerarse también como una acción ante una patología (física o mental) en cuyo caso, la asociación entre suicidio y enfermedad no sería en sí patológica, sino un *apogeo catastrófico* como resultado de un conflicto entre normas dispares: "*Las crisis surgen cuando la estructura de un sistema de sociedad admite menos posibilidades de resolver problemas que las requeridas para su conservación*", (Habermas J, 1989). Finalmente, en este *apogeo catastrófico*, el individuo prefiere morir antes que ver destruida su identidad. Finalmente, algunas posiciones que podrían denominarse neoantipsiquiátricas, suponen que el presupuesto teórico de que el suicidio está siempre relacionado con una enfermedad mental puede influenciar y condicionar la postura del médico ante el suicidio imponiendo actitudes pretendidamente inadecuadas, como retirar la autonomía del paciente mediante el uso de fármacos antidepresivos (Mello, 2000). Subyacen en el trasfondo de la defensa racional del suicidio algunos presupuestos filosóficos que se corresponden con la denominada *teoría de la acción humana*. Esta asume que una acción o una conducta solo son atribuibles a alguien que es dueño de sí mismo, por lo que la acción supone la soberanía y da por sentado un sujeto y que este es autónomo en sus decisiones. Si el suicidio es una acción, lo es de un sujeto; si es sujeto, es que tiene dominio de sí o soberanía (Neira, 2017)

## EL PROBLEMA DEL SUICIDIO RACIONAL

### SUICIDIO RACIONAL Y PSIQUIATRÍA

Desde la óptica de la salud mental, el punto de partida, que podría corresponder al punto de vista de la psiquiatría ortodoxa, supone una relación establecida entre el deseo de muerte y la presencia de enfermedad mental, lo que hace que la decisión de morir sea producto de un estado mental patológico, esto es, una decisión irracional. En general, los profesionales de la salud mental tienden a rechazar la racionalidad de la decisión suicida. Por otro lado, los sistemas de clasificación de las enfermedades mentales (DSM, CIE) incluyen la ideación suicida como uno de los criterios diagnósticos de varias de estas enfermedades: trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno de pánico, dependencia de alcohol, personalidad antisocial, trastorno límite de la personalidad, trastornos de la conducta alimentaria, depresión mayor o trastorno adaptativo.

La situación actual viene presentando cambios significativos que afectan a este punto de vista. Entre estos cambios destaca la mayor cronificación de patologías graves que produce estados más prolongados en las enfermedades calificadas como terminales. Esta condición, hasta hace pocas décadas, estaba vinculada a una muerte próxima en el tiempo, mientras que, en la actualidad, cada vez más personas enfermas quedan expuestas a supervivencias muy dilatadas con limitaciones severas sin estar realmente en condiciones de *final de vida*. Personas a las que sus médicos tratantes podrían responder afirmativamente a la pregunta sobre si les sorprendería que el paciente falleciese antes de un año (Jennings, Marks and Lum, 2018). Estas condiciones se ven especialmente, aunque no únicamente, representadas en la población anciana con varias enfermedades crónicas incapacitantes (Balasubramaniam, 2018). Las causas más frecuentemente aducidas por las personas que solicitan suicidio asistido (tabla 1) incluyen con frecuencia la presencia de enfermedades graves discapacitantes o terminales, pero también otras condiciones menos esperables, como la condición de *cansancio de vivir* no asociada a una enfermedad física o mental, reconocida en la legislación holandesa en 2011 para los mayores de 70 años (Gramaglia, Calati and Zeppegno, 2019).

## EL PROBLEMA DEL SUICIDIO RACIONAL

---

**Tabla 1.** Razones para solicitar el suicidio asistido (Are *et al.*, 2002)

Ser una carga

Ser dependiente para el autocuidado

Pérdida de autonomía

Pérdida de control sobre funciones corporales

Pérdida de la dignidad

Pérdida de la independencia

Mala calidad de vida

Pérdida del sentido de la vida

Preparado para morir

Cansado de vivir

Incapacidad para disfrutar de las actividades placenteras

Deseo de tener control sobre la propia muerte

Expectativa de una muerte indigna

---

En estas condiciones está aumentando la tendencia a considerar el deseo de suicidio en estos casos de manera diferente a como se viene haciendo hasta ahora, con la posible formulación de futuros criterios DSM o CIE. Ante estas situaciones, los profesionales de la salud en general -no tanto los de la salud mental- tienden a aceptar mejor la racionalidad de la decisión suicida ante la enfermedad terminal.

Por otro lado, se está dando un creciente cuestionamiento del criterio de afectación cognitiva en la depresión como condicionante de racionalidad en la toma de decisiones. Empieza a ganar terreno la consideración de que el sufrimiento inherente a padecer una enfermedad depresiva con episodios recurrentes a lo largo de la vida, puede hacer emerger pensamientos de muerte similares a los detectados en otras enfermedades crónicas graves, al margen de las ideas de suicidio inherentes a un episodio depresivo (Steinbock, 2017)(Miller, 2015). Esta condición también se ha descrito en otros trastornos mentales diferentes de la depresión, como la esquizofrenia (Hewitt, 2010).

## EL PROBLEMA DEL SUICIDIO RACIONAL

Aun así, son más abundantes todavía los posicionamientos contrarios a considerar los deseos de muerte en pacientes depresivos como independientes de su enfermedad para una toma en consideración del derecho al suicidio en estos pacientes (Blikshavn, Husum and Magelssen, 2017).

Los criterios diagnósticos para la conducta suicida no incluyen habitualmente la valoración de su grado de racionalidad. En sentido restrictivo, "racional" significa racionalidad instrumental: un agente es racional si elige la mejor opción disponible para lograr sus objetivos, cualesquiera que sean. La reflexión *instrumentalmente racional* ante el suicidio considera que la vida tiene, de ahora en adelante, más frustración que satisfacciones, a diferencia de la muerte, que tiene un carácter neutral, sin posibilidad de satisfacción, pero tampoco de frustración o decepción (Hewitt, 2013).

## LA CUESTIÓN DE LA RACIONALIDAD

Las dificultades en la valoración de la racionalidad de la ideación suicida incluyen su carácter dimensional y la evidencia de que la racionalidad no está siempre ausente en la depresión y la ausencia de depresión no implica siempre racionalidad. La valoración del grado de racionalidad para la decisión del suicidio, presenta muchas similitudes con la valoración de la capacidad mental para la toma de otras decisiones, aunque la naturaleza de esta presenta, lógicamente, implicaciones especiales por su trascendencia (Zhong, Sisti and Karlawish, 2019). La frontera en torno a la definición de capacidad mental en los casos de solicitud de suicidio asistido está en un continuum entre una definición legal de capacidad cognitiva (donde la mayoría de los solicitantes tendrían capacidad a menos que tuviesen deterioro cognitivo) y una definición más inclusiva que tendría en cuenta conceptos más amplios tales como autonomía, racionalidad, voluntariedad o la motivación para la toma de decisiones. Se han propuesto criterios específicos para la determinación del grado de racionalidad del suicidio (tabla 2) y algunos test para medirlo (Price *et al.*, 2014).

---

### **Tabla 2. Criterios para el suicidio racional** (Zhong, Sisti and Karlawish, 2019)

Criterio 1: Demostración de racionalidad: capacidad de entender un razonamiento lógico y las consecuencias de realizar (o no) un acto.

Criterio 2: juicio realista sobre el mundo y la vida: debe tener información adecuada sobre su situación presente y sobre su futuro.

Criterio 3: lucidez mental, emoción inteligible y voluntad genuina.

## **EL PROBLEMA DEL SUICIDIO RACIONAL**

Criterio 4: congruencia con los valores fundamentales y los intereses clave.

---

Un porcentaje de suicidios, alrededor de un 3 %, se dan en ausencia de un trastorno mental identificable. Algunos de estos suicidios podrían considerarse como *racionales*. Cabe preguntarse, no obstante, si el deseo de morir puede ser puramente racional. Algunos autores sostienen que la intención suicida proviene esencialmente de las emociones, por lo tanto, es imposible que el pensamiento suicida sea resultado de la lógica pura o que es difícil ser racional cuando se sufre dolor, ya sea físico o psicológico (Siegel, 1982). Otros han llamado la atención sobre la observación de que cuando una solicitud de eutanasia o suicidio asistido ha sido denegada, la mayoría de las personas cambian posteriormente de intención y no vuelven a solicitarla (Legemaate and Gevers, 1997).

## **EL DESEO DE MUERTE EN EL ANCIANO**

En los ancianos, los deseos de muerte no son infrecuentes, pueden estar presentes en el 2-20% de ellos en las últimas 2 semanas y no siempre se relacionan con ideación suicida activa, más bien pueden darse dentro de una perspectiva existencial del final próximo o deseable de la propia existencia. Algunos factores asociados al deseo de muerte son la depresión, el aislamiento social, la ansiedad, la presencia de dolor físico o discapacidad, la institucionalización o algunos trastornos de la personalidad (especialmente el narcisista). En el caso de los ancianos muy ancianos (*very old*), curiosamente son otros los factores asociados a este tipo de pensamiento: el aburrimiento crónico, la ausencia de experiencias placenteras, la restricción de actividades o la que se ha dado en llamar, actitud de estar esperando la muerte (Wand *et al.*, 2016).

Estos deseos de muerte en ancianos pueden aparecer de forma aguda tras un evento especialmente traumático, aunque la atribución del valor traumático puede pasar desapercibida para un observador más joven (acontecimientos aparentemente menos graves, como la aparición de incontinencia, el temor al abandono, el cambio de domicilio u otros, pueden activar los pensamientos de muerte). Lo más frecuente, no obstante, es que estos pensamientos aparezcan como un deseo de morir de forma gradual en el que un progresivo acúmulo de situaciones adversas acaba juzgándose como inaceptable por parte del sujeto: quedarse viudo, sentirse solo o inútil, verse como víctima o volverse dependiente, pueden generar la sensación en el anciano de que carece de control ante todas estas situaciones y que, en cambio, es sobre su

## EL PROBLEMA DEL SUICIDIO RACIONAL

propia muerte sobre la única decisión en la que percibe capacidad de control, aunque habitualmente a nivel de pensamiento o deseo, no siempre seguido de intencionalidad suicida. Este desarrollo cognitivo puede ser capturado en una eventual exploración sobre la situación emocional del sujeto y ser interpretado, a veces de forma precipitada, como un deseo activo de suicidio, en lugar de la expresión de una dimensión existencial de cansancio o de agotamiento vital.

El papel que las edades avanzadas juegan los cambios asociados al envejecimiento corporal puede obedecer, entre otros condicionantes, al hecho de que las enfermedades producen estrés emocional y psicosocial que puede conducir a una percepción de división interna entre el yo enfermo y el sano en la que el yo "enfermo" puede percibirse intrapsíquicamente como extraño, con el deseo de ser destruido por parte del yo "sano". Esta percepción dividida del cuerpo se observa especialmente en patologías agudas (Balasubramaniam, 2018).

También los cambios relacionales que afectan al envejecimiento pueden condicionar el desarrollo de pensamientos de muerte. El "drama suicida" en la mente del anciano, siempre implica la interacción con otro individuo (Shneidman, 1993) como, por ejemplo, el hecho de que muchos ancianos viven sobreviviendo a cónyuges, familiares, amigos y compañeros de trabajo (nidos vacíos), a veces acompañados de sentimientos de culpa respecto de los fallecidos o de celos o envidia de los más jóvenes y sanos. En muchos casos se trata de verbalizaciones de muerte que buscan respuestas médicas sobre razones para vivir o con la intención de provocar incomodidad en los cuidadores, (actitud más frecuentemente observada en ancianos hospitalizados).

En el envejecimiento, la situación de balance vital puede acentuar la necesidad de sentido de control. Según la teoría del desarrollo psicosocial (Erikson, 1985), los mayores se enfrentan a la octava etapa a la "integridad del ego frente a la *desesperación*". En esta etapa adquiere especial importancia la exploración de las contribuciones a la identidad de toda la vida relativas a la salud, éxitos profesionales y relaciones. Siendo que muchos ancianos se encuentran sin apoyos externos (familia, amigos, clínicos) en la etapa final de sus vidas, las fantasías suicidas pueden crear la imagen mental de "una salida", proporcionando un sentido de control y cierto grado de confort ante esta idea.

## EL PROBLEMA DEL SUICIDIO RACIONAL

### PERSPECTIVA DEL SUICIDIO RACIONAL DESDE LA BIOÉTICA

Al margen de las consideraciones acerca de la consistencia conceptual del suicidio racional, este viene ligado indefectiblemente a los dilemas bioéticos que subyacen a la pregunta de cuándo la vida no merece ser vivida o, en otros términos, cuál es el límite mínimo de la calidad de vida de un ser humano para considerarlo admisible. Ante este interrogante, lo cierto es que, por un lado, no hay medidas fiables de calidad de vida para los pacientes que sienten que la vida no vale la pena. Por otro lado, la naturaleza fluctuante de las valoraciones de la vida de los pacientes y su deseo de morir hacen arriesgada la toma de decisiones basadas en estas medidas. Se ha observado también que algunos pacientes en fase de final de vida pueden encontrar algo de calidad en la vida aun en esa situación. Finalmente, es un lugar común reconocer que el uso de *proxies* para determinar si una vida vale la pena es problemático debido a la posible disparidad entre la evaluación de un observador y la del paciente (Farsides B, 2001).

Desde los problemas conceptuales para calibrar la entidad del pensamiento suicida de orden racional, hasta las dificultades para verificar el grado de racionalidad o el *punto de corte* que esta debería alcanzar para validar los deseos de muerte de un sujeto, el dilema del suicidio racional adquiere su máxima intensidad en un entorno donde se haya legislado sobre ello, aceptándolo o no como un derecho civil y, eventualmente, regulando en un marco legal su aplicabilidad, la *cartera de servicios* que lo contemple y sus mecanismos de control.

Los posicionamientos filosóficos, sociales, políticos y científicos al respecto son muy variados y todavía son minoría los países que admiten el suicidio asistido de forma regulada. Las consideraciones de orden ético respecto del suicidio asistido suelen ir de la mano de los dilemas sobre la eutanasia, aunque las regulaciones normativas frecuentemente van por separado y en algunos países se acepta una y no la otra, siendo a día de hoy, más restrictivas las legalizaciones sobre el suicidio asistido que sobre la eutanasia. Los posicionamientos de diferentes asociaciones profesionales o científicas pueden diferir, en ocasiones sustancialmente, de las normas legales aprobadas en un país o estado concreto (Medical Association, 2016)(Radbruch *et al.*, 2016).

La posibilidad de legislar sobre el derecho al suicidio asistido puede reconocer el derecho de las personas a solicitar esta prestación allí donde esté legalizado.

## **EL PROBLEMA DEL SUICIDIO RACIONAL**

Aunque el suicidio asistido trasciende al ámbito sanitario, los profesionales de la salud y, especialmente, los de la salud mental se ven necesariamente implicados en su problemática, interpelados por las regulaciones donde ya existen, o en futuros debates y posibles regulaciones posteriores, donde todavía no lo están.

### **CONCLUSIONES**

No es sencillo demostrar siempre la irracionalidad de la idea de suicidio, aunque lo habitual sea considerarla inherente a una patología mental. Probablemente sea en los ancianos, más vulnerables al efecto sumatorio de las adversidades, donde es más probable detectar ideación suicida en ausencia clara de enfermedad mental.

El núcleo duro del debate sobre el suicidio racional no radica tanto en cuestionar o no su existencia desde el punto de vista científico, que, aunque con matices no del todo resueltos, no parece discutible si no en qué se hace con ello. Es aquí donde los posicionamientos de orden bioético dominan el discurso sobre lo que es aceptable admitir ante esta realidad. Los presupuestos éticos, filosóficos, religiosos o políticos marcarán en cada realidad social, el margen de regulación legal aplicable para la gestión de un problema íntimamente unido al de la eutanasia, en un contexto en el que la realidad social, especialmente en el mundo occidental, se orienta en una dirección en la que las legislaciones favorecedoras del suicidio asistido y la eutanasia van a ir ganando terreno y se extenderán en los próximos años.

Desde la óptica de la salud mental se abren numerosas incógnitas ante la hipotética extensión de una realidad en la que puedan prevalecer los derechos refrendados por las nuevas normativas reguladoras del suicidio asistido, antes que los esfuerzos por dirimir el trasfondo emocional que los genera. El hecho de que detrás de algunas peticiones aparentemente racionales de suicidio asistido no se pueda documentar una patología mental franca, no impide entrever la posibilidad de numerosas circunstancias personales, emocionales o existenciales (donde la soledad o los sentimientos de abandono suelen estar frecuentemente representados) susceptibles de recibir algún tipo de atención potencialmente modificadora de la voluntad de morir como única alternativa. Como en otros dilemas morales en los que las profesiones sanitarias se ven directamente implicadas, la posibilidad de recurrir a la objeción de conciencia puede salvar los conflictos morales del sanitario ante determinadas prácticas a las que no puede verse obligado, pero puede plantearse el reparo de que puedan acelerar los procesos para satisfacer la voluntad racional de morir de las personas sin la reflexión en profundidad que merece una decisión de este calibre.

## EL PROBLEMA DEL SUICIDIO RACIONAL

La experiencia acumulada en los países donde la eutanasia está legalizada desde hace más tiempo demuestra que las ni las regulaciones legales pueden abarcar por completo la enorme disparidad de situaciones personales que se presentan (lo que ha llevado a algunos a afirmar que la regulación mediante leyes de todos los supuestos posibles de la eutanasia es imposible) ni los protocolos de actuación son absolutamente inviolables, en un ámbito donde debería ser exigible que lo fueran, teniendo en cuenta la alternativa a sus hipotéticos errores.

En la práctica, las regulaciones existentes se centran de forma casi exclusiva en el intento de garantizar derechos individuales por lo que, generalmente, la decisión toma en cuenta solo la voluntad del individuo, no el impacto que esta decisión determina en el entorno familiar o social. Las consecuencias morales o psicológicas en los familiares o allegados a una persona fallecida por suicidio, racional o no, suponen a menudo impactos generadores de secuelas graves, por lo que, en muchos casos de peticiones racionales de suicidio, se plantearía como mínimo un conflicto de intereses entre la voluntad manifestada por el sujeto y las consecuencias que quedarían para terceras personas en un escenario que, claramente, dista mucho del consentimiento informado para someterse a una intervención quirúrgica o una prueba médica de cierto nivel de riesgo.

Finalmente, aunque la gestión del *derecho al suicidio racional* no es exclusivamente sanitaria, su debate compromete necesariamente al profesional de la salud, al menos en la fundamentación ética de sus decisiones ante un reto de esta envergadura

## BIBLIOGRAFÍA

1. Améry, J. Discurso sobre la muerte voluntaria. Valencia: Pre-Textos, 2005.
2. Are, T. *et al.* (2002) 'AT THE CLOSE OF LIFE CLINICIAN ' S CORNER Responding to Requests for Physician-Assisted Suicide', *Suicide*, 288(1).
3. Balasubramaniam, M. (2018) 'Rational Suicide in Elderly Adults: A Clinician's Perspective', *Journal of the American Geriatrics Society*. Blackwell Publishing Inc., 66(5), pp. 998–1001. doi: 10.1111/jgs.15263.
4. Battin, M.P. (1991) Rational suicide: How can we respond to a request for help? *Crisis*, 12, 73–80.
5. Blikshavn, T., Husum, T. L. and Magelssen, M. (2017) 'Four Reasons Why Assisted Dying Should Not Be Offered for Depression', *Journal of Bioethical Inquiry*. doi: 10.1007/s11673-016-9759-4.

## EL PROBLEMA DEL SUICIDIO RACIONAL

6. Erikson, EH. El ciclo vital completado. Paidós. Buenos Aires, 1985.
7. Farsides, B. Is there such a thing as a life not worth living? *BMJ* 2001; 322:1482 doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.322.7300.1481>
8. Gramaglia, C., Calati, R. and Zeppegno, P. (2019) 'Rational suicide in late life: A systematic review of the literature', *Medicina (Lithuania)*, 55(10), pp. 1–23. doi: 10.3390/medicina55100656.
9. Habermas, J. Problemas de legitimación en el capitalismo tardío. Trad. José Luis Etcheverry. Buenos Aires: Amorrortu, 1989.
10. Hewitt, J. (2013) 'Why are people with mental illness excluded from the rational suicide debate?', *International Journal of Law and Psychiatry*. doi: 10.1016/j.ijlp.2013.06.006.
11. Hewitt, J. (2010) Rational suicide: philosophical perspectives on schizophrenia. *Med Health Care and Philos* 13, 25–31, doi.org/10.1007/s11019-009-9183-1
12. Jennings, K. S., Marks, S. and Lum, H. D. (2018) 'The Surprise Question as a Prognostic Tool #360', *Journal of Palliative Medicine*, 21(10), pp. 1529–1530. doi: 10.1089/jpm.2018.0348.
13. Legemaate, J. and Gevers, J. K. M. (1997) 'Physician-Assisted Suicide in Psychiatry: Developments in the Netherlands', *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 6(2), pp. 175–188. doi: 10.1017/s0963180100007799.
14. Medical Association, A. (2016) *Why Physicians Should Oppose Assisted Suicide*. Available at: <http://www.cnn>.
15. Mello, M. F. (2000) 'Suicide and its psychopathological relations: a qualitative analysis of 6 cases of rational suicide', *Cadernos de saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública*, 16(1), pp. 163–170. doi: 10.1590/S0102-311X2000000100017.
16. Miller, F. G. (2015) 'Treatment-resistant depression and physician-assisted death', *Journal of Medical Ethics*. BMJ Publishing Group, 41(11), pp. 885–886. doi: 10.1136/medethics-2015-103060.
17. Neira, H. (2017) 'Suicidio soberano y suicidio patológico', *Ideas y Valores*, 66(164), pp. 151–179. doi: 10.15446/ideasyvalores.v66n164.45177.
18. Price, A. *et al.* (2014) 'Concepts of mental capacity for patients requesting assisted suicide: A qualitative analysis of expert evidence presented to the Commission on Assisted Dying', *BMC Medical Ethics*. doi: 10.1186/1472-6939-15-32.

## EL PROBLEMA DEL SUICIDIO RACIONAL

19. Radbruch, L. *et al.* (2016) 'Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care', *Palliative Medicine*, 30(2). doi: 10.1177/0269216315616524.
20. Sartre, J. P. *Cahiers pour une morale*. Paris: Gallimard, 1983
21. Shneidman, E. S. (1993) 'Some Controversies in Suicidology: Toward a Mentalistic Discipline', *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(4), pp. 292–298. doi: 10.1111/j.1943-278X.1993.tb00199.x.
22. Siegel, K. (1982) 'Rational suicide: Considerations for the clinician', *Psychiatric Quarterly*, 54(2), pp. 77–84. doi: 10.1007/BF01064749.
23. Steinbock, B. (2017) 'Physician-Assisted Death and Severe, Treatment-Resistant Depression', *Hastings Center Report*. John Wiley and Sons Inc., 47(5), pp. 30–42. doi: 10.1002/hast.768.
24. Wand, A. P. F. *et al.* (2016) 'Rational Suicide, Euthanasia, and the Very Old: Two Case Reports', *Case Reports in Psychiatry*. Hindawi Limited, 2016, pp. 1–5. doi: 10.1155/2016/4242064.
25. Zhong, R., Sisti, D. A. and Karlawish, J. H. (2019) 'A pragmatist's guide to the assessment of decision-making capacity', *British Journal of Psychiatry*. Cambridge University Press, pp. 183–185. doi: 10.1192/bjp.2019.17.