

**EUTANÀSIA I MALALTIA MENTAL
EXPERIÈNCIA I POSICIONAMENT DE
DMD-CATALUNYA**

ÍNDEX

1. Introducció a l'Associació Dret a Morir Dignament
2. Eutanàsia i malaltia mental: Document de treball
3. Bibliografia
4. Agraïments

ASSOCIACIÓ DRET A MORIR DIGNAMENT DE CATALUNYA (DMD-Cat)

L'Associació Dret a Morir Dignament- Catalunya DMD és una associació sense ànim de lucre, laica i transversal, fundada l'any 1984 i dotada d'una estructura federal amb la resta de l'Estat. Mantinguda fonamentalment per les quotes i donacions de les persones associades.

Com a filosofia general DMD-Cat defensa la llibertat de tota persona a decidir el moment i la manera de finalitzar la seva vida, especialment quan pateix un deteriorament irreversible i un sofriment per a ella insuportable.

A [DMD-Cat](#) basem la nostra actuació en la tasca que duen a terme els [grups de treball de persones voluntàries](#) a tot el territori català, a finals del 2025, conformaven el voluntariat 146 persones. Els grups de treball són: *Atenció a la Ciutadania, Incidència política, Educació, Juristes, Comunicació, Salut* i dins de salut, *Vida completa i Equip d'atenció personalitzada EAP*.

Serveis que ofereix DMD-Cat a la ciutadania des de Salut:

1. El grup **d'Atenció a la ciutadania**, assessora en el coneixement i la defensa dels drets al final de la vida a **persones que contacten directament** en els diferents [punts d'informació](#) a tot el territori català.

L'any 2025 s'han realitzat 1.860 actes d'atenció, dels quals el 35 % han estat presencials, en la resta de casos són via correu electrònic o telefònica. El 77 % de les persones ateses no són sòcies de DMD-Cat; 69 % són dones d'una edat mitjana de 66 anys, ambdós paràmetres estables en els últims anys.

2. **L'Equip d'atenció personalitzada (EAP)** pels casos més complexos que requereixen un seguiment més proper:

L'EAP proporciona **informació legal dels drets i opcions en funció de la situació personal de salut** per tal que cada persona pugui prendre de forma lliure, informada i conscient, les seves pròpies decisions sobre el seu final de vida i dels passos a seguir en el procés clínic i burocràtic de la LORE ajudant a solucionar els entrebancs que es poden presentar durant aquest procés.

El 2025 vam atendre 91 persones, un 24% més que l'any anterior. Van ser 42 homes (46,1%) amb una mitja d'edat de 70,74, i 49 dones (53,8%) amb una mitja d'edat de 74,66.

L'EAP fa un seguiment de l'aplicació de la LORE en els aspectes pràctics. Identificant els punts on hi ha hagut obstacles, que principalment segueix sent la negativa a recollir i gestionar la primera sol·licitud per part del personal mèdic. Aquest darrer any 2025 hem observat que ha disminuït el nombre de visites per aquest motiu, el que tradueix una millora de l'aplicació del PRAM (Programa d'ajuda per morir) a Catalunya.

Seguiment dels casos de persones amb malaltia mental que comparativament amb la resta de població tenen encara més dificultats perquè la seva petició d'eutanàsia sigui avaluada en el procés de la PRAM. Aquest darrer punt està en la gènesi del document de treball titulat "Eutanàsia i malaltia mental. Experiència i posicionament de DMD-Cat" que es presenta a continuació.

EUTANÀSIA I MALALTIA MENTAL

EXPERIÈNCIA I POSICIONAMENT DE DMD-Cat

Aquest document recull l'experiència de DMD-Cat en l'atenció a persones amb malaltia mental greu que han sol·licitat informació, acompanyament o suport en el procediment d'ajuda a morir. Pretén ser un punt de partida per a una reflexió més àmplia dirigida especialment als professionals sanitaris implicats en la salut mental.

També formula un posicionament sobre les dificultats ètiques, clíniques i administratives que apareixen quan la sol·licitud d'eutanàsia es planteja en l'àmbit de la salut mental. L'objectiu que ens guia és molt bàsic: que cap persona sigui exclosa de l'avaluació pel mer fet de tenir com a diagnòstic una malaltia psiquiàtrica.

1. Marc legal: el context eutanàsic en la LORE

La Llei Orgànica de Regulació de l'Eutanàsia 03/2021 (LORE) atorga un nou dret sanitari que protegeix la lliure elecció del moment de la mort a les persones majors d'edat, espanyoles o residents, que estiguin en "context eutanàsic" i mantinguin capacitat de fet. Les malalties mentals s'inclouren en el primer supòsit del "context eutanàsic" de la LORE:

"Sofriment greu, crònic i impossibilitant": "situació que fa referència a limitacions que incideixen directament sobre l'autonomia física i activitats de la vida diària, de manera que no permet valer-se per si mateix, així com sobre la capacitat d'expressió i relació, i que porten associat un sofriment físic o psíquic constant i intolerable per a qui el sofreix, amb la seguretat o una gran probabilitat que aquestes limitacions persisteixen en el temps sense una possibilitat de cura o millora apreciable" ⁽¹⁾.

La llei no exigeix que totes les limitacions siguin físiques ni que la persona hagi perdut per complet la seva capacitat de comunicació o relació. La fórmula legal és oberta i permet atendre tant l'autonomia física com a la capacitat d'expressió, vincle, relació i desenvolupament d'una vida que la persona afectada pugui reconèixer com a digna.

Aquesta interpretació és rellevant perquè en alguns casos les resolucions desfavorables dels avaluadors semblen basar-se en una lectura massa restrictiva de les "capacitats relacionals". La qüestió no hauria de reduir-se a si la persona conserva només algun vincle o alguna capacitat comunicativa, sinó a si les limitacions derivades del trastorn fan inviable, de manera persistent, una vida que sigui tolerable i significativa.

2. Quins són els problemes per a una correcta valoració del "context eutanàsic" en la malaltia mental?

2.1 Capacitat de fet i autonomia

La Societat Espanyola de Psiquiatria i Salut Mental (SEPSM) ^(2,3) defineix la voluntat i la llibertat com a eixos fonamentals per a prendre la decisió personalíssima d'acabar amb la pròpia vida i tots dos elements han d'estar lliurement determinats sense pressió externa o mediatitzats per la psicopatologia: idees delirants, alteracions greus

de judici o de la percepció de la realitat. En les persones amb trastorns mentals, determinats símptomes psicopatològics poden interferir en alguna d'aquestes habilitats, de manera transitòria o persistent.

La capacitat de fet i el consentiment informat són dos element imprescindibles i essencials, el primer previ a la valoració del context eutanàsic i el segon en el curs del procés administratiu de la petició.

La capacitat de fet d'una persona és la seva aptitud per comprendre i apreciar la informació rellevant per a prendre una decisió, raonar sobre les diferents alternatives i les seves conseqüències, i expressar una elecció de manera clara i consistent en un moment determinat ⁽⁴⁾. La majoria de malalties mentals no afecten la capacitat de fet.

El consentiment informat ⁽⁵⁾ és la conformitat lliure, voluntària i conscient del pacient, manifestada en ple ús de les seves facultats després de rebre la informació adequada, perquè, a petició seva, tingui lloc la prestació d'ajuda a morir. Article 3 de la LORE ⁽¹⁾.

La valoració de la petició d'eutanàsia en les persones amb trastorns de salut mental no ha de basar-se en el seu diagnòstic psiquiàtric sinó en tota la seva història prèvia, i en l'impacte concret que aquesta alteració psicopatològica, si existeix, pugui tenir de manera rellevant sobre la capacitat que tingui de prendre la decisió en el moment en que la pren.

2.2 Desig de morir com a símptoma de malaltia

Una de les qüestions més delicades en aquest procés és distingir entre un desig de morir que formi part d'una crisi potencialment reversible i una petició persistent, reflexiva i coherent amb la biografia de la persona després d'anys de sofriment i tractaments fallits. Aquesta distinció exigeix temps per la escolta clínica, la història assistencial i el coneixement del recorregut vital.

La malaltia mental per si mateixa pot generar idees de suïcidi; de fet són freqüents tant en el Trastorn Límit de Personalitat (TLP), trastorn que afecta la majoria de persones que sol·liciten l'eutanàsia per problemes de salut mental ⁽⁶⁾, com en la Depressió, on les actituds negatives típiques de la malaltia poden produir distorsions cognitives, idees de culpa, sentiments d'inutilitat, desesperança i impotència que poden alimentar el desig de morir ⁽²⁾.

Poden existir zones de solapament i el desig de morir no és en sí mateix una petició eutanàsica autònoma. És molt freqüent que les persones amb trastorns mentals que sol·liciten l'eutanàsia també tinguin idees de suïcidi. Cal valorar la capacitat de decisió, la voluntarietat, l'estabilitat de la petició, el seu significat per a la persona i, separatament, si concorren els requisits del context eutanàsic establerts per la LORE.

2.3 Incurabilitat, millora apreciable i límits terapèutics

Les malalties mentals s'inclouen en el supòsit de la LORE de «patiment greu, crònic i impossibilitant», encara que algunes d'elles podrien entrar en el de "malaltia greu i incurable". El "context eutanàsic" necessari per l'aprovació de l'eutanàsia es defineix en el marc legal com "la presència de limitacions que incideixen directament sobre

l'autonomia física i activitats de la vida diària que no permeten valdre's per un mateix, existint seguretat o gran probabilitat de que aquestes limitacions persistiran en el temps sense possibilitat de curació o milloria acceptables”.

La incurabilitat és un dels conceptes més incòmodes en l'àmbit de la salut mental. Un aspecte especialment rellevant en psiquiatria és la dificultat pronòstica, per tant en valorar una persona per l'eutanàsia és important conèixer la seva història longitudinal extensa i si els tractaments bio-psico-socials que ha rebut han estat adequadament indicats i durant períodes suficients. Sovint els psiquiatres no poden predir amb certesa si una nova intervenció terapèutica produirà una millora apreciable en la salut o en la “percepció de salut” del pacient.

Hem de recordar que tothom pot rebutjar un tractament. Les lleis 21/2000 de Catalunya ⁽⁷⁾ i 41/2002 ⁽⁸⁾ d'Espanya ens protegeixen en aquestes circumstàncies. Per la persona malalta acceptar una nova teràpia implica valorar l'abast i el termini de la millora esperada, la probabilitat i gravetat dels efectes secundaris i la càrrega que implica tant per ella mateixa com pel seu entorn. En la relació metge-malalt es podria arribar a l'acord de la futilitat de mantenir més tractaments, moment en el que la persona pot entrar ja a ser valorada per rebre l'eutanàsia dins el programa PRAM (Programa d'ajuda per morir) ^(9,10).

Rebutjar una teràpia concreta no ha d'impedir presentar una sol·licitud de PRAM i començar a ser valorat amb els requisits de “context eutanàsic que reclama la LORE.

3. Dades disponibles: una pràctica excepcional

Les malalties mentals afecten el 4% de la població, poden deteriorar molt la qualitat de vida i no poques vegades són resistents al tractament. Tots els països europeus on l'eutanàsia està despenalitzada, Bèlgica, Països Baixos, Luxemburg i Espanya, l'accepten per a una malaltia psiquiàtrica com a causa primària i tenen protocols amb moltes garanties que van més enllà del formalment estipulat en la legislació quan l'eutanàsia s'aplica a persones amb trastorns mentals ⁽¹¹⁾.

Als Països Baixos les eutanàsies practicades per malaltia mental són poques, oscil·len entre el 2,1% en trastorn mental pur i el 3,10 % si es barreja malaltia mental amb altres patologies (dades 2024), al 1,70% (dades 2025) ^(12,13). A Catalunya el percentatge és del 1,66% ⁽¹⁴⁾. Des de març del 2021 fins a desembre del 2024, (encara no hi ha dades de 2025-2026), a Catalunya es van valorar 824 peticions d'eutanàsia i es van dur a terme 361. Només 32 peticions (3,88% del total) corresponien a persones amb malaltia mental com a causa primària i només se'n van practicar 6 (1,66% del total realitzades la majoria per depressió major refractària (Dades dels informes anuals de la Comissió de Garantia i Avaluació de Catalunya).

4. Debat professional i necessitat de formació

La Societat Espanyola de Psiquiatria és favorable a l'eutanàsia després d'una anàlisi exhaustiva de la capacitat de consentir i de l'esgotament de recursos terapèutics de tipus biològic, psicològic i social ⁽²⁾.

La Comissió de Garantia i Avaluació de Catalunya (CGAC) va elaborar al novembre del 2022 un manual de bones pràctiques amb el títol “Peticions de PRAM per persones amb problemes de salut mental” en el qual es defineix el dret d'aquests malalts a

sol·licitar l'eutanàsia en igualtat de condicions que els altres; se suggereix tenir un historial d'almenys dos anys d'evolució per a descartar un procés amb recorregut terapèutic i s'exigeix una valoració exhaustiva dels criteris de "context eutanàsic" ⁽¹⁵⁾.

En la "Jornada de Cloenda del curs 2025-2026 de la Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental" ⁽¹⁶⁾ es va organitzar una taula titulada "Eutanàsia i Salut Mental" on es va debatre des dels àmbits de la psiquiatria, la jurisprudència i la bioètica. Es va constatar la necessitat d'obrir espais de reflexió per l'augment del nombre de peticions, l'escassa formació específica dels psiquiatres i l'existència de prejudicis inconscients per a assumir els rols de Metge Responsable (MR) o fins i tot Metge Consultor (MC) en el procés de l'ajuda per a morir.

D'aquell debat poden extreure's cinc idees rellevants:

1. L'eutanàsia és un acte mèdic fonamentat en l'autonomia de la persona. Qualsevol actitud diferent deriva en una forma de paternalisme, incompatible amb l'esperit de la llei.
2. Existeix una "penalització inconscient" sobre els malalts que no volen seguir més tractaments atès que molts professionals interpreten que estan rebutjant la seva pròpia curació, en conseqüència la petició d'eutanàsia pot considerar-se inacceptable. Cal crear entre metge i malalt un espai interpersonal d'escolta i comprensió que permetin explorar les causes i les condicions que han portat a la persona a fer aquesta sol·licitud: la història clínica, la biografia, els intents reiterats de recuperació, les autolesions i intents de suïcidi previs, en definitiva, el recorregut vital i assistencial.
3. El concepte de "incurabilitat" preocupa els psiquiatres. Com ja hem dit, la LORE no exigeix una dependència per a totes les activitats bàsiques de la vida diària i tampoc estableix el requisit de ser totalment incapaç de comunicar-se o relacionar-se. La LORE s'expressa amb una fórmula oberta i flexible que abasta totes dues dimensions del sofriment humà, però sense exigir que ambdues es compleixin simultàniament. En molts casos les resolucions desfavorables a la petició es desprenen de no definir correctament la incapacitat per a portar una vida digna en relació al treball, relacions personals, possibilitat de desenvolupar activitats significatives o altres dimensions essencials de l'existència.
4. Els psiquiatres han de valorar la incapacitat ja que la "capacitat de fet" se'ns pressuposa a tots. A més, aquesta capacitat ha d'estar relacionada exclusivament amb la petició d'ajuda a morir en el moment en el que es sol·licita.
5. Des d'una perspectiva ètica no es pot ignorar la impotència de moltes persones malaltes que fa més de 10 o 20 anys arrossegueu un sofriment insuportable que no s'ha alleujat amb les teràpies farmacològiques ni psicològiques. Un sofriment que es viu com a indigne davant el qual l'eutanàsia, pot aparèixer com l'única forma possible d'alliberament.

5. Experiència a la nostra Associació DMD-Cat

Som conscients de les dificultats anteriorment esmentades per a definir el "context eutanàsic" en els casos de malaltia mental, però ens adonem que les persones que la sofreixen tenen sovint més obstacles que la població general perquè la seva petició d'eutanàsia sigui acceptada i avaluada dins del programa d'ajuda per a morir (PRAM) tant pel metge de família com pel psiquiatre.

Des d'agost del 2021 fins a juliol del 2026, trenta-dues persones amb diferents malalties mentals greus i de llarga durada han acudit a DMD-Cat per informació o referint diversos problemes en la gestió clínica o administrativa del seu procés d'eutanàsia. Catorze persones (43,7%) van ser valorades en el PRAM després d'importants dificultats, en algun cas fins més de dos anys d'argumentació o canvi de psiquiatre.

De les catorze persones citades, s'han autoritzat sis eutanàsies, totes per síndrome depressiva refractària, una d'elles amb a una malaltia neuro-degenerativa associada. Deu persones van tenir durant el procés un informe desfavorable o bé del MR o del MC. Es van presentar recursos a la CGA en nou casos; dos van ser rescatats i formen part del grup d'eutanàsies aprovades, mentre que set van ser finalment eutanàsies denegades.

DMD ha tingut accés a la Resolució del Ple de la CGA en quatre d'aquests casos de denegació. En tots ells malgrat que els avaluadors constaten l'existència d'una malaltia de llarga evolució i un patiment psíquic greu i persistent, desestimen l'eutanàsia per considerar que la malaltia dels pacients en el moment de l'avaluació estava en fase d'estabilitat clínica, hi havia possibilitat de millora o no tenia un caràcter impossibilitant, i que les persones mantenien capacitats relacionals i autonomia suficient per les activitats de la vida diària.

De les 18 persones restants, set van acudir només per a informació. Els altres onze formen un grup heterogeni de malalts que mai van ser avaluats en el PRAM per diverses raons: "l'eutanàsia no és per a malalts mentals...", "si vols morir fes-ho la tu mateixa...", "l'eutanàsia va contra el jurament hipocràtic...", "no has fet suficient tractament..."; peticions orals poc convinctes o no escoltades, alentiment del procés per part dels facultatius, negació a la sollicitud d'eutanàsia per estar assistida per tutors d'un hospital psiquiàtric, etc.

En aquest període hem tingut coneixement de cinc suïcidis: tres persones diagnosticades de TLP associat a altres comorbiditats psiquiàtriques, una d'autisme i una de síndrome depressiva refractària. Totes havien intentat entrar en el PRAM; una de les persones amb TLP mai va aconseguir passar el primer filtre, tres (dos TLP i un autisme) van tenir informes desfavorables del MR i la persona amb síndrome depressiva va obtenir un informe desfavorable de la CGA.

Som conscients que l'eutanàsia no és una alternativa al suïcidi, però creiem que el suïcidi en el curs d'un PRAM fallit és un aspecte important que ha de ser valorat.

6. Experiència a la literatura:

Hi ha poques dades a la literatura que recullin el que succeeix a les persones després d'un rebuig a la seva petició d'eutanàsia.

En un estudi dels Països Baixos que segueix un grup de 66 persones amb malalties de tot tipus l'any posterior a rebre una denegació de l'eutanàsia s'aprecia que 15 han mort, 3 d'elles per suïcidi, això correspondria a un 4,5% de les persones controlades ⁽¹⁷⁾.

Hi ha dos estudis més de persones amb problemes de salut mental. Tots dos reporten el percentatge de suïcidis durant tot el procés, no es separa si el suïcidi es produeix perquè l'eutanàsia s'ha denegat. El primer estudi ⁽¹⁸⁾ s'efectua entre els anys 2012-2018 i inclou 1122 persones. Es van denegar 653 eutanàsies i 41 persones (19%) es van suïcidar durant el procés. El segon ⁽¹⁹⁾, recull 397 joves amb una edat mitjana de 20,8 anys. El 45% de les sollicituds van ser rebutjades. Durant el procés 4% dels joves van morir per suïcidi, xifra superior al 3% dels que finalment van rebre l'eutanàsia.

El nostre document és un document de treball, no és un article d'anàlisi inferencial. És descriptiu de la realitat que vivim a l'Associació. Seria interessant poder fer un seguiment a nivell institucional de l'evolució dels pacients als que se'ls hi ha denegat l'eutanàsia en el nostre context.

7. Posicionament de DMD-Cat

DMD-Cat defensa els següents principis:

1. Les persones amb malaltia mental greu no han de ser considerades incapaces per raó del seu diagnòstic. No es pot identificar un diagnòstic de trastorn mental com a sinònim de manca de competència per a prendre decisions. L'evolució d'algunes malalties mentals és sovint discontinua i en les fases d'estabilitat, la persona recupera la seva capacitat de fet. La psicopatologia i el sofriment no aboleixen, per si mateixos, la racionalitat dels éssers humans.
2. Tota persona amb capacitat de consentir que sollicita l'ajuda per a morir té el dret a ser avaluada dins del programa PRAM amb el mateix rigor que pacients amb altres patologies.
3. Els malalts mentals tenen dret a rebutjar el tractament pel seu principi d'autonomia i això no ha de minvar el seu dret a sol·licitar l'eutanàsia. Ha d'haver-hi uns límits en els tractaments i admetre'ls, és un acte de bona praxi i de respecte. Obligar a continuar amb teràpies fútils es podria considerar una mala praxi i acarnissament terapèutic. L'eutanàsia no ha de viure's com un fracàs de la psiquiatria o de la psicologia; en alguns casos cal reconèixer honestament la inutilitat de la intervenció terapèutica.
4. Negar l'eutanàsia a un pacient en context eutanàsic és una violació al seu dret a decidir sobre la pròpia vida que incideix en la seva dignitat. Com també ho és obligar a viure, -la vida és un dret, però no un deure-, amb una malaltia greu i incurable que causa un sofriment psíquic insuportable a qui el pateix. Quan una persona sofreix d'aquesta manera, perd la capacitat –o el desig– de vincular-se amb el seu entorn social i interpersonal i es reclou en un espai propi viscut com una presó, quina qualitat de vida es pot realment atribuir a aquesta existència?
5. La psiquiatria s'ha construït històricament sobre la promesa de recuperació, per la qual cosa admetre l'enfocament paliatiu és reconèixer límits estructurals

on també cal replantejar-se què significa cuidar i quan no es pot curar. Hi ha qui té raons per a viure i hi ha qui té raons per a morir i hi ha persones (amb trastorn mental o sense) per a les quals morir no és la pitjor alternativa. A més, l'eutanàsia o el suïcidi mèdicament assistit són més confortables, segurs i respectuosos que el suïcidi fet de qualsevol manera.

6. Valorem molt positivament l'interès i la dedicació que mostren els professionals de la salut comunitària i de la salut mental; òbviament han de prevenir el suïcidi, però alhora han de respectar l'autonomia moral dels seus pacients, és a dir la seva voluntat i la seva llibertat per a prendre decisions sobre si mateixos i en el que ells entenen com el seu benefici.
7. Prioritzar el sofriment físic sobre el mental és ignorar les seves bases anatòmiques comunes. Llavors, convé que ens preguntem: per què el sofriment, el dolor psíquic d'un pacient, hauria de ser inferior al dolor físic? Té sentit tornar a la dicotomia cartesiana cos-ment en desacord amb el que les neurociències contemporànies en general propugnen? Hem de continuar mantenint una visió paternalista de la persona malalta i considerar-la sempre com un "menor d'edat" incapaç de saber què vol?
8. Negar l'accés a l'avaluació no evita la responsabilitat ètica. També la negativa, la demora o el bloqueig tenen conseqüències sobre la vida i el sofriment de la persona sol·licitant.

7. Conclusió

L'eutanàsia en la malaltia mental és una qüestió complexa i exigeix prudència, garanties i avaluació especialitzada. Però la complexitat no pot utilitzar-se com a argument per a excloure a un grup de població del dret reconegut per la LORE.

DMD-Cat considera intolerable que existeixi discriminació amb les persones que sofreixen malalties mentals greus que mantenen capacitat de fet i que sol·licitin l'ajuda per a morir. Per tant demanem als Metges de Família i Psiquiatres que la seva petició sigui escoltada, registrada i valorada dins del programa PRAM, amb rigor clínic, sensibilitat ètica i respecte a la seva autonomia.

"Si facilites un desig de mort, assumeixes una certa responsabilitat, però si el negues, també, el de les conseqüències". (Menno Oosterhoff, psiquiatre)

Document elaborat per voluntaris de DMD-Cat:

Montserrat Sala, Metgessa Especialista en Medicina Interna
Elena Gámez, Psicòloga
Gloria Ribas, Psicòloga i Psicoterapeuta
Albert Royes, Filòsof i Professor de Bioètica

BIBLIOGRAFIA

1. https://www.boe.es/boe_catalan/dias/2021/03/25/pdfs/BOE-A-2021-4628-C.pdf
2. <https://sepsm.org/wp-content/uploads/2023/03/SEP-PosicionamientoEutanasia-y-enfermedad-mental-2021-02-03.pdf>
3. Libro Blanco de la Psiquiatria en España. Sociedad Española de Psiquiatria y Salud Mental. https://sepsm.org/wp-content/uploads/2023/06/Libro-Blancode-la-Psiquiatria-en-Espana_SEPSM-ok.pdf
4. <https://www.iborjabioetica.url.edu/ca/blog-de-bioetica-debat/competencia-i-capacitat-mes-que-una-questio-terminologica>
5. Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2001/BOE-A2001-12770-consolidado.pdf>
6. Mehlum L et al. Euthanasia and assisted suicide in patients with personality disorders: a review of corrent practice and challenges. Borderline Personality Disorder anf Emotion Dysregulation. 2020; 7: 15
7. Llei 21/2000 del 29 de desembre sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient i l'informació clínica. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. Núm 3303-11.1.2001, pàg 464-465.
8. LLEI 41/2002, de 14 de novembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 274, 15-11-2002
9. <https://salut.gencat.cat/pram/eutanasia>
10. <https://canalsalut.gencat.cat/ca/vida-saludable/etapes-de-la-vida/final-vida/eutanasia/professionals/index.html>
11. Verhofstadt M et al. Hospital's protocol regarding the procedure concerning euthanasia and psychological suffering. BMC Med Ethics 2019; 20: 59
12. rte-annual-report-2024 (1).pdf
13. <https://wfrtds.org/medical/the-netherlands-publishes-it-2025-report-on-assisted-dying/>
14. Informe anual sobre l'aplicació de la Llei Orgànica de Regulació de l'Eutanàsia (LORE) durant l'any 2024 a Catalunya. <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/12844>
15. https://canalsalut.gencat.cat/web/content_Professionals/Consells_comissions/comissio-garantia-i-avaluaciócatalunya/papersiposicionament/consideracions-pram-salut-mental.pdfh
16. Jornada de Cloenda del curs 2025-2026 de la Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental. Sitges. Maig 2026.
17. Van Ende C, et al. Wish for euthanasia persisits for at least one year after the requenst was declined by euthanasia expertise center. Health Policy, 2021:, 125: 8. 1108-1113
18. Kammeraat M et al. Patients requesting and receiving euthanasia for psychiatric disorders in the Netherlands. BMJ Ment Health, 2023, Jul 9; 26 (1). Doi. 10.1136/bmjment-2026-300729
19. Schwaren LJS et al. Requests for Medical Assistance in Dying by Young Dutch People with Psychiatric Disorders. JAMA Psychiatry, 2025; 82 (3):246-252

AGRAÏMENTS

Volem expressar el nostre agraïment a totes les persones que confien en la tasca de l'Associació Dret a Morir Dignament, especialment a les persones amb trastorns mentals que hem atès, i a les seves famílies que les han acompanyat en la cerca d'informació sobre el complex procés d'eutanàsia.

També agraïm la professionalitat i el respecte dels equips de l'Atenció Primària i de la Salut Mental, que han assistit aquestes persones en el reconeixement dels seus drets.

Finalment, agraïm a la Comissió de Garantia i Avaluació de Catalunya la seva dedicació, i el rigor amb què avalua les sol·licituds d'eutanàsia en persones amb trastorns mentals.