

Eutanasia y suicidio asistido: dónde estamos y hacia dónde vamos (II)

C. DE MIGUEL SÁNCHEZ, A. LÓPEZ ROMERO¹

*Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD). Área 7. Madrid
Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria. Área 7. Atención Primaria. Madrid
¹Gerencia Atención Primaria. Área 2. Madrid*

RESUMEN

En este artículo se revisa la incidencia de la eutanasia y del suicidio asistido, características de los pacientes que lo solicitan así como los motivos argumentados por los pacientes para solicitar terminar con su vida.

Med Pal 2007; Vol. 14, pp. 40-49

PALABRAS CLAVE:

Eutanasia. Suicidio asistido. Cuidados Paliativos.

ABSTRACT

This paper reviews euthanasia and assisted suicide rates, patients characteristics and the reasons to wish to their life ended.

KEY WORDS:

Eutanasia. Physician-assisted suicide. Terminal Care.

INTRODUCCIÓN

Del análisis de la experiencia en Holanda y Oregón, se discuten los miedos generados de la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido: ¿se confirma la teoría de la pendiente resbaladiza?, ¿cuáles son las diferencias entre los pacientes que fallecen por la evolución de la enfermedad de los que fallecen por eutanasia y suicidio asistido?, ¿es la solución para los grupos vulnerables?, ¿se solicita la eutanasia y el suicidio asistido porque los pacientes están deprimidos?, ¿o quizá porque los cuidados médicos al final de la vida son inadecuados?, ¿cuáles son los efectos de la eutanasia en el duelo de familiares y amigos?, ¿cuáles son los verdaderos motivos de los pacientes para solicitar la eutanasia y el suicidio asistido?

¿SE CONFIRMA LA TEORÍA DE LA PENDIENTE RESBALADIZA?

En Holanda, la evidencia disponible no permite confirmar la teoría de la pendiente resbaladiza. La experiencia de

la despenalización y posterior legalización de la eutanasia en Holanda se recoge de manera sistemática desde 1990 (1,2) (Tablas I y II). En Holanda se aceptan el 37% de las solicitudes directas y explícitas de eutanasia o suicidio asistido. De los dos tercios de peticiones de eutanasia que se rechazan, aproximadamente la mitad son rechazadas por los médicos, en el resto de los casos el paciente falleció antes o declinó la solicitud (3).

Las solicitudes de eutanasia rechazadas son con más frecuencia mujeres, mayores de 80 años, sin diagnóstico de cáncer, esperanza de vida mayor de 6 meses, existencia de tratamientos alternativos, mayor incidencia de depresión como queja principal y con más frecuencia argumentan dos motivos "estar cansado y aburrido de la vida" 40% (IC 95%, 29,8-50,5%) *versus* 18% en el grupo de solicitudes aceptadas (IC 95%, 10,2-25,5%) y "no desear ser una carga para la familia" 23% (IC 95%, 14-32,3%) *versus* 13% (IC 95%, 5,8-19,2%) (3,4).

Las razones argumentadas por los médicos con más frecuencia para rechazar la solicitud explícita de eutanasia es: el sufrimiento no es insoportable (35%), existen alternativas de tratamiento (32%), el paciente está deprimido o tiene síntomas psiquiátricos (31%) y la solicitud no está bien considerada (19%) (3).

El aumento de muertes totales en Holanda es del 5,3% entre 1990 y 1995 y del 3,5% entre 1995 y 2000, mientras

TABLA I
DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA EN HOLANDA 1990, 1995 Y 2001

	1990	1995	2001
<i>Número total de fallecimientos</i>	128.824	135.675	140.377
<i>Entrevistas (n, IC 95%)</i>			
Número de peticiones iniciales de eutanasia o suicidio asistido	25.100	34.500	34.700
Número de solicitudes explícitas de eutanasia o suicidio asistido	8.900	9.700	9.700
<i>Decisiones al final de la vida [% (IC 95%)]</i>			
Eutanasia	1,9% (1,6-2,2)	2,3% (1,9-2,7)	2,2% (1,8-2,5)
Eutanasia: valores absolutos	2.447	3.120	3.088
Suicidio asistido	0,3% (0,2-0,4)	0,4 (0,2-0,5)	0,1% (0,0-0,2)
Eutanasia sin consentimiento explícito del paciente	*	0,7 (0,5-0,8)	0,6 (0,4-0,9)
Eutanasia sin consentimiento explícito del paciente: valores absolutos		949	842
<i>Certificados de defunción [% (IC 95%)]</i>			
Eutanasia	1,7% (1,4-2,1)	2,4% (2,1-2,6)	2,6%(2,3-2,8)
Eutanasia: valores absolutos	2.190	3.256	3.649
Suicidio asistido	0,2% (0,1-0,3)	0,2% (0,1-0,3)	0,2% (0,1-0,3)
Eutanasia sin consentimiento explícito del paciente	0,8% (0,6-1,1)	0,7% (0,5-0,9)	0,7% (0,5-0,9)
Eutanasia sin consentimiento explícito del paciente: valores absolutos	1.030	949	982
Alivio sintomático a pesar de acortar la vida	18,85% (17,9-19,9)	19,1% (18,1-20,1)	20,1% (19,1-21,1)
No iniciar o suspender un tratamiento ya iniciado	17,9% (17,0-18,9)	20,2% (19,1-21,3)	20,2% (19,1-21,3)
Total	39,4% (38,1-40,7)	42,6% (41,0-43,9)	43,8% (42,6-45,0)
*En este estudio esta frecuencia no está disponible. IC: intervalo de confianza.			

que las solicitudes explícitas de eutanasia o de suicidio asistido de 1990 a 1995 sufre un incremento del 9% y permanece estable de 1995 a 2001 (1,5).

Las muertes debidas a eutanasia estimadas mediante entrevistas a los médicos fueron del 1,9% del total de fallecimientos (2.447) en 1990; del 2,3% (3.120) en 1995 y del 2,2% (3.088) en 2001 (1,5).

Las muertes debidas a eutanasia estimadas mediante el estudio de los certificados de defunción muestran hallazgos similares. Aparece un incremento en las cifras de eutanasia de 1,7% (2.190) de todas las muertes en el año 1990 a 2,4% (3.256) en 1995 y 2,6% (3.649) en el 2001. Las cifras de eutanasia parecen mantenerse sin cambios significativos a lo largo del tiempo, tanto cuando los datos se estiman a partir de las entrevistas a los médicos, como las que se derivan del estudio de los certificados de defunción (1,5).

En cuanto a la eutanasia sin petición explícita por parte del paciente cuando se estima a partir de las entrevistas a médicos, es del 0,7% (949 casos) en 1995 y del

0,6% (842 casos) en 2001. No se dispone de los datos correspondientes a 1990, ya que no se preguntó en las entrevistas realizadas a los médicos ese año. Las cifras de eutanasia sin petición explícita por parte del paciente estimadas según el análisis de los certificados de defunción es del 0,8% (1.030 casos) y del 0,7% tanto en 1995 (949 casos) como en el 2001 (982 casos). En términos absolutos se trata de una cifra nada desdeñable, no obstante las cifras parecen mantenerse sin cambios significativos a lo largo del tiempo (1,5).

La incidencia de suicidio asistido con respecto a la de eutanasia permanece considerablemente baja (280 *versus* 3.649 en 2001) y sin diferencias significativas a lo largo del tiempo, a pesar de las recomendaciones de distintas instituciones de fomentar el suicidio asistido *versus* la eutanasia (1).

El alivio sintomático a pesar de que se acelere el éxitus parece permanecer constante en 1990, 1995 y 2001, respectivamente (1).

En cuanto a no iniciar o suspender un tratamiento ya iniciado aunque suponga acortar la supervivencia, sufre un

TABLA II

RESULTADOS DE LA ENTREVISTA REALIZADA A MÉDICOS CON RESPECTO A LA EUTANASIA, SUICIDIO ASISTIDO Y EUTANASIA SIN CONSENTIMIENTO EXPLÍCITO DEL PACIENTE DURANTE LOS AÑOS 1990, 1995 Y 2001

	1990 n = 405	1995 n = 405	2001 n = 410	p
<i>Eutanasia o suicidio asistido</i>				
Lo han realizado alguna vez	54%	53%	57%	0,33
Lo han realizado durante los 24 meses previos	24%	29%	30%	0,08
Nunca lo han realizado, pero lo realizarían en determinadas circunstancias	34%	35%	32%	0,51
Nunca lo realizarían, pero derivarían al paciente a otro profesional	8%	9%	10%	0,22
Nunca lo realizarían, ni derivarían al paciente	4%	3%	1%	0,002
<i>Eutanasia sin consentimiento explícito del paciente</i>				
Lo han realizado alguna vez	27%	23%	13%	< 0,0001
Lo han realizado durante los 24 meses previos	10%	11%	5%	0,009
Nunca lo han realizado, pero lo realizarían en determinadas circunstancias	32%	32%	16%	< 0,0001
Nunca lo realizarían	41%	45%	71%	< 0,0001

ligero incremento significativo de 17,9% de todas las muertes en 1990 a 20,2% en 1995, para permanecer estable en 2001 (1,2).

Los datos que reflejan los cambios ocurridos en los médicos a lo largo del tiempo en Holanda se reflejan en las tablas II y III.

La proporción de médicos que han estado involucrados alguna vez en eutanasia sin solicitud explícita del paciente disminuye de 27% en 1990 a un 23% en 1995 y hasta 13% en 2001. Así mismo, de 1995 a 2001, hay un incremento importante en la proporción de médicos que nunca realizarían estas prácticas sin petición expresa del paciente, 41% en 1990, 45% en 1995 y 71% en 2001 (1).

La proporción de médicos que han realizado alguna vez eutanasia o suicidio asistido aumenta de forma progresiva de un 54% en 1990 a un 53% en 1995 y a un 57% en 2001. Son los médicos de familia los que realizan esta práctica con más frecuencia (1).

Finalmente se constata que a lo largo de los años el porcentaje de médicos que se vuelven más permisivos hacia la eutanasia es cada vez menor (25, 18 y 12%) y por el contrario el porcentaje de médicos que se vuelven más restrictivos va en aumento (14, 12 y 20%) (1).

La proporción de médicos que opinan que unos cuidados paliativos adecuados disminuirían la solicitud de eutanasia disminuye de 37% en 1990, 31% 1995 y 33% en 2001 y se incrementa el porcentaje de médicos que opinan que ciertas medidas económicas en la atención sanitaria incrementarán las medidas de presión en las decisiones médicas al final de la vida (1).

En Oregón, la evidencia disponible tampoco permite confirmar la teoría de la pendiente resbaladiza. Los médicos rechazan 5 de cada 6 peticiones para la prescripción de la droga letal (6).

Desde que se legaliza el suicidio asistido en Oregón, el número de enfermos que se acogen a esta ley va en aumento, pero es una fracción muy pequeña del total de pacientes

que presentan una enfermedad en situación avanzada: 5 fallecimientos por suicidio asistido por cada 10.000 muertes en el estado de Oregón en 1998, aumenta a 12 por cada 10.000 en el año 2004. La tasa de suicidio asistido entre los pacientes que fallecen de cáncer es de 19 por 10.000 (7).

En el periodo 1998-2004, la incidencia de solicitar suicidio asistido entre los pacientes con esclerosis lateral amiotrófica es la más alta de 25 por 1.000, el sida de 23 por 1.000 y entre los enfermos de cáncer de 4 por 1.000 (7).

Además, el 40% de los pacientes que fallecen por suicidio asistido, no consiguen el fármaco letal del primer médico consultado, y tienen que recurrir a un segundo, e incluso a un tercer médico. El 30% de las drogas que se prescriben, no se utilizan (7).

Tampoco parecen confirmarse las teorías que hablan del turismo de muerte. En el primer año de legalización del suicidio asistido, todos los solicitantes del suicidio asistido eran residentes del estado de Oregón durante más de 6 meses y uno de ellos se había trasladado a Oregón en los últimos meses antes de su muerte para poder ser cuidado por su familia y no porque el suicidio asistido sea legal en este estado.

Todos los informes remitidos por los médicos que prescriben las drogas letales cumplen todos los requisitos exigidos por la ley (8).

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE FALLECEN POR EUTANASIA O SUICIDIO ASISTIDO

En cuanto a las características de los pacientes que fallecen por eutanasia o suicidio asistido, es más frecuente en menores de 80 años y enfermos de cáncer con una proporción en aumento 4,4, 7 y 7,4% en 1990, 1995 y 2001 respectivamente (1).

La eutanasia sin solicitud explícita del paciente es más frecuente en pacientes menores de 65 años, enfermos de

TABLA III
ACTITUDES DE LOS MÉDICOS CON RESPECTO A LAS DECISIONES AL FINAL DE LA VIDA. RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS A MÉDICOS DURANTE LOS AÑOS 1990, 1995 Y 2001

<i>Actitudes de los médicos</i>	1990 n = 405	1995 n = 405	2001 n = 410	p
Las personas tienen derecho a decidir sobre su propia vida y su propia muerte	64%	64%	56%	0,02
Cuando los pacientes saben que su médico está dispuesto a realizar la eutanasia en caso de necesidad, esta es solicitada con menos frecuencia	46%	53%	47%	0,20
Un adecuado control del dolor y cuidados al final de la vida, hacen que la eutanasia sea innecesaria	37%	31%	33%	0,04
Ciertas medidas económicas en el Sistema de Salud, incrementarán las medidas de presión sobre las decisiones médicas al final de la vida	9%	12%	15%	0,005
<i>Durante los próximos 5 años</i>				
Me volveré más permisivo	25%	18%	12%	< 0,0001
Me volveré más restrictivo	14%	12%	20%	0,02
Permaneceré igual	61%	70%	69%	0,01

cáncer y es realizada con más frecuencia por cardiólogos, neumólogos, neurólogos, internistas y cirujanos (1).

Cierta intensificación de la eutanasia se ha dado en las residencias asistidas. En 1995, el 54% de los médicos de residencias asistidas recibieron peticiones explícitas de eutanasia o suicidio asistido para cuando llegue el momento propicio. En el 2001 esta cifra subió hasta el 86%. El 36% de los médicos de residencias asistidas han realizado estas prácticas en el 2001 *versus* el 21% en 1995 (5).

No hay diferencias en cuanto a situación económica y social entre los que solicitan estas prácticas y los que no, lo que hace que algunos investigadores afirmen que la eutanasia y el suicidio asistido no es una amenaza para grupos vulnerables de la sociedad. Aunque realmente en el estado del bienestar holandés no hay grupos ni social, ni económicamente vulnerables (5).

¿ES EL SUICIDIO ASISTIDO LA SOLUCIÓN PARA LOS GRUPOS VULNERABLES?

El análisis de los resultados señala que los grupos vulnerables o socialmente desfavorecidos: mujeres, pobres, minorías étnicas, raciales con un soporte inadecuado y un difícil acceso al sistema de salud, no solicitan con más frecuencia el suicidio asistido (6).

En Oregón, los pacientes que solicitan el suicidio asistido con respecto a los que fallecen por la evolución de la enfermedad, son más jóvenes, 64 *vs.* 76, tienen mayor nivel de estudios y son con más frecuencia divorciados o solteros. Comparado con los pacientes casados, el riesgo relativo de que soliciten el suicidio asistido los divorciados es de 6,8 y el de los pacientes solteros de 23,7. El 75% de los pacientes tienen cáncer (7).

En cuanto a los médicos que atienden ambos grupos de pacientes, no hay diferencias en cuanto a sexo, edad, especialidad y número de años de ejercicio, aunque parece exis-

tir una leve tendencia a que los médicos del grupo de los pacientes que fallecen por suicidio asistido, tengan más edad y mayor número de años de experiencia (8).

¿DISMINUCIÓN DEL NÚMERO REAL DE EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO O INFRANOTIFICACIÓN?

En Holanda, el número de casos de eutanasia o suicidio asistido realizado en la práctica va disminuyendo desde el año 2000. 2.123 informes en el 2000, 2.054 en 2001, 1.882 en 2002 y 1.815 en 2003. La ministra de Sanidad holandesa ha apelado al profesionalismo de los médicos ante los crecientes indicios de que no están cumpliendo los requisitos legales para practicar la eutanasia, en particular la notificación del procedimiento. No se conoce de momento los motivos de este descenso en el número de notificaciones, sin poder afirmar si el número absoluto de peticiones ha disminuido en realidad, quizá en relación con una mejor calidad de los cuidados paliativos o simplemente los médicos han disminuido la práctica de la notificación del caso. El problema es que se desconoce el alcance real de la eutanasia en el país (9-11).

INCUMPLIMIENTOS DE LA LEY HOLANDESA

—Padecimiento psicológico: la Ley holandesa excluye el padecimiento psicológico entre sus supuestos. En la práctica psiquiátrica se aceptan sólo el 2% de todas las solicitudes explícitas de eutanasia y suicidio asistido. Los motivos más frecuentes argumentados por los psiquiatras para denegarla es la existencia de un trastorno mental tratable y la puesta en duda de que exista un sufrimiento insoportable (12).

No obstante, en 1991, un psiquiatra holandés administró una dosis letal de un barbitúrico a una mujer de 50 años con una depresión severa tras recibir la solicitud explícita

de la misma. Aunque físicamente sana, la mujer acababa de pasar por un divorcio reciente y dificultoso y además sus dos hijos habían fallecido. La Corte Suprema holandesa declaró al médico culpable pero le eximió de ninguna pena, argumentando que en lo que se refiere al suicidio asistido no existe diferencia entre un sufrimiento físico y psíquico (13).

—“Cansados de vivir”: en un estudio realizado en el 2001, el 45% de la población holandesa cree que las personas mayores que deseen acabar con sus vidas deberían tener acceso a los medios para ello. Sólo el 29% de los médicos comparten esta opinión. El 3% de los médicos manifestaron que han realizado eutanasia o suicidio asistido en personas que estaban “cansadas de vivir”, sin ninguna enfermedad física, ni psíquica (5).

—Menores de edad: en cuanto a los menores, se permite la eutanasia a partir de los 16 años a petición propia. Entre los 12 y los 16 años, la última palabra la tienen los padres, aunque debe escucharse al menor. No se permite en menores de 12 años.

En 1993, un ginecólogo holandés administró una inyección letal a un recién nacido de 3 días con espina bífida, hidrocefalia, deformidades en los miembros inferiores y otras malformaciones. El médico fue absuelto de los cargos de asesinato porque había obtenido el consentimiento de los padres y había seguido el protocolo habitual en adultos para realizar estas prácticas. Un número cada vez mayor de niños de más edad holandeses con cáncer o con enfermedades degenerativas reciben cada vez con más frecuencia la eutanasia (13).

Entre 1997 y 2004 médicos holandeses aplicaron la eutanasia a 22 recién nacidos que nacieron con espina bífida. Aunque la práctica de la eutanasia está perfectamente regulada y prohibida para “los que no tienen voz”, los médicos la declararon y ninguno fue procesado o castigado. En todas las ocasiones se trataba de recién nacidos con espina bífida extrema e inoperable, con la columna abierta a la altura del cuello y fallecieron antes de los tres meses. Los niños presentaban graves problemas de riñón, vejiga, intestino, hidrocefalia y otras alteraciones cerebrales, alguno tampoco respiraba por sí solo y hubieran necesitado entre veinte y treinta intervenciones para intentar mejorar la situación sin que hubiera ninguna garantía sobre el resultado. Algunos llegaron a consultar hasta a cinco colegas antes de asumir que no había solución. Una vez recibidos los expedientes, la Fiscalía tardó alrededor de cinco meses en comunicar a los afectados que no pensaba acusarlos de asesinato, tal y como estipula la Ley de eutanasia en una situación así. Las penas contempladas alcanzan los 12 años de cárcel. Las declaraciones de los especialistas fueron suficientes y los padres no fueron ya interrogados.

De las investigaciones elaboradas hasta la fecha sobre la ayuda a morir aplicada a los bebés, se deduce que hay por lo menos 15 casos anuales en Holanda. De estos, sólo llega a la Fiscalía una quinta parte (5).

En el año 2001, la eutanasia activa a petición del niño con el consentimiento de los padres, se aplicó en 5 casos. En 17 casos, las vidas de niños que no habían pedido eutanasia fueron realizadas a petición de los padres. En 3 casos la eutanasia activa se llevó a cabo por pediatras sin petición del niño, ni de los padres (5).

El 75% de los pediatras opinan que es permisible aplicar la eutanasia a petición de un niño capaz de discernir lo que es mejor para él. El 36% de los pediatras y el 19% de la

población general creen que las peticiones de eutanasia hechas por niños enfermos incurables, con edades entre 12 y 16 años, deben atenderse aun sin el consentimiento de los padres (5).

Recientemente se ha reabierto el debate de la eutanasia en Holanda, a fin de abarcar o hacer posible su aplicación a recién nacidos o niños por debajo de la edad establecida cuando se produzcan situaciones de padecimiento grave y concurra la expresa petición de los padres o responsables legales. La propuesta es objeto de estudio y se ha elaborado un primer borrador de norma en esta línea.

—Enfermedad no terminal: así mismo la Ley sólo se puede aplicar en caso de enfermedad terminal, pero el presidente de la Cámara de Procuradores Generales sugirió que existen situaciones, en las que aunque no se trate de un paciente terminal, puede ser legítimo llevar a cabo una ayuda al suicidio, como es el caso de la enfermedad de Alzheimer (10).

En el estudio realizado en el año 2001, la eutanasia activa en pacientes con demencia con una petición firmada previamente era sumamente escasa. Sólo el 3% de los médicos entrevistados en el estudio habían incurrido en dicha práctica. El 44% de los médicos opinan que la eutanasia en el paciente con demencia es perfectamente concebible (5).

En el año 2003, las autoridades holandesas decidieron no procesar a un médico que había ayudado a morir a un enfermo de Alzheimer de 64 años de edad, en las fases iniciales de la enfermedad. Tampoco se han procesado tres casos de eutanasia en pacientes con enfermedad de Huntington, que tampoco cumplían criterios de terminalidad en el momento del fallecimiento (10).

—Opinión de un segundo médico: la Ley obliga a la opinión de un segundo médico. En casi 500 casos de eutanasia voluntaria o de suicidio asistido en 2001, no hubo consulta con un segundo médico que fuera a ver al paciente; a lo más alguna conversación entre dos médicos y por lo general por teléfono (5).

—Prácticas por enfermería: en 1994, una enfermera holandesa administró una inyección letal tras la solicitud expresa de un amigo diagnosticado de sida. Según la ley holandesa sólo un médico puede realizar dicha práctica. La enfermera fue declarada culpable, pero la sentencia sólo le obligó a dos meses suspendida de empleo y sueldo (13).

Dado el transcurso de los acontecimientos, parecería razonable reabrir el debate de la eutanasia en Holanda, no sólo con respecto a los menores, como ya se está haciendo, sino ampliarlo a los pacientes con una enfermedad crónica invalidante no terminal, pacientes con padecimiento psicológico importante, incluso a los pacientes “cansados de vivir”.

¿LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS EN SITUACIÓN TERMINAL QUE SOLICITAN LA EUTANASIA, ESTÁN DEPRIMIDOS?

Distintos estudios confirman que la presencia de depresión en los últimos meses de vida se asocia con un riesgo 4 veces mayor de solicitar eutanasia. No se ha visto que aumente la incidencia de depresión a medida que disminuye la esperanza de vida. En el paciente oncológico en situación avanzada, la depresión es el motivo del 30% de las solicitudes de eutanasia rechazadas (14).

El tratamiento de la depresión en el paciente oncológico en situación terminal es difícil ya que el tiempo es limitado, precisa un diagnóstico y un tratamiento precoz, teniendo en muchas ocasiones los psicoestimulantes un papel primordial por su rápido inicio de acción.

Desde luego, hacen falta estudios que permitan saber si la depresión puede ser tratada adecuadamente en pacientes oncológicos terminales, y si es así, si con ello disminuye la solicitud de eutanasia. Distintos autores se plantean además otra cuestión, ¿el hecho de que exista una depresión mayor es una condición para denegar la eutanasia, o sólo si la depresión afecta la capacidad del paciente para tomar decisiones? (14).

En Oregón, en un estudio realizado a los dos años de aprobación de la ley, en el momento de solicitar el suicidio asistido el 20% de los enfermos presentan síntomas de depresión, 20% es la prevalencia esperada de depresión en pacientes con una enfermedad en situación terminal (7).

Existen datos de que la prevalencia de depresión en los pacientes que solicitan cualquier intervención que acelere la muerte es del 59-100% y del 80% en los pacientes con cáncer que se suicidan. No se puede determinar si en la población de Oregón que solicita suicidio asistido, la prevalencia era menor, o si los médicos fallan en el diagnóstico. No obstante la mayoría de los médicos que participan en el estudio afirman haber hecho esfuerzos para mejorar sus habilidades en el diagnóstico de depresión en pacientes en situación terminal. Sólo el 11% de los pacientes que reciben tratamiento con ansiolíticos y/o antidepresivos o que han sido evaluados por un profesional de salud mental cambiaron su deseo de solicitar el suicidio asistido. Ninguno de ellos recibió la droga letal (7).

¿SE SOLICITA EL SUICIDIO ASISTIDO PORQUE LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA SON INADECUADOS?

La relación entre eutanasia y cuidados paliativos es objeto de debate. Una opinión frecuentemente expresada es que con unos buenos cuidados paliativos se previene la solicitud de eutanasia y suicidio asistido, y por tanto llega a no ser necesaria. No obstante pacientes terminales que reciben cuidados paliativos solicitan eutanasia y suicidio asistido, aunque en un porcentaje inferior.

En un estudio reciente en población holandesa, aparece un mayor número de síntomas y una mayor severidad de los mismos en los pacientes oncológicos en situación terminal que fallecen por eutanasia o suicidio asistido *versus* los que fallecen según la historia natural de la enfermedad, aunque las diferencias no llegan a ser significativas. La prevalencia de depresión y de tratamiento de la misma, es idéntica en ambos grupos. En ambos grupos, los médicos responsables estiman que los cuidados físicos sólo habían sido inadecuados en un porcentaje bajo de pacientes. La atención en ninguno de los dos grupos se realiza por especialistas en cuidados paliativos, tampoco en ningún caso se contempló la derivación del paciente a un experto en cuidados paliativos. En la actualidad, no existe evidencia que apoye que la falta de cuidados o un tratamiento inadecuado de los síntomas contribuyan a solicitar la eutanasia (15).

Oregón es el estado con un mayor incremento en el número de admisiones en los Hospices, 14 de cada 15

pacientes no expresan preocupación por el control del dolor, y es uno de los cinco estados de Estados Unidos con una utilización de morfina *per capita* mayor del país, lo que refleja el desarrollo de los cuidados paliativos en Oregón (8).

El 86% de los pacientes que fallecen por suicidio asistido, reciben cuidados paliativos específicos. La mayoría fallecen en su domicilio (28). Si bien en el 30% de los pacientes que solicitan el suicidio asistido, una o varias intervenciones paliativas como control del dolor y otros síntomas, derivar a un programa de cuidados paliativos, prescribir antidepresivos o derivar al trabajador social, hacen cambiar el deseo del paciente de solicitar el suicidio asistido (27), los cuidados paliativos de calidad no consiguen anular todas las solicitudes de suicidio asistido. De la experiencia de Oregón se desprende, que para mantener unas cifras bajas de suicidio asistido, el factor responsable de mayor impacto, es mantener unos cuidados paliativos de calidad, pero estos no consiguen anular la totalidad de las peticiones (8).

Las preocupaciones que los pacientes aducen para solicitar el suicidio asistido están mucho más relacionadas con valores como la pérdida de la autonomía (87%), la pérdida de la dignidad (80%) y la disminución de la capacidad para hacer cosas placenteras en la vida (80%), más que con la presencia de síntomas insufribles (16).

En cuanto a la personalidad de los pacientes que solicitan el suicidio asistido, distintos investigadores señalan que se trata de personas tremendamente controladoras e independientes: “No quiero morir sin saber si es de día o de noche, sin reconocer a nadie, ni a mi familia” (16,17).

¿CUÁLES SON LOS EFECTOS DE LA EUTANASIA EN EL DUELO DE FAMILIARES Y AMIGOS?

Se realiza un estudio transversal para evaluar cómo afecta la muerte por eutanasia o suicidio asistido en el duelo de familiares y amigos frente a los familiares y amigos de los pacientes oncológicos en situación terminal que fallecen en el transcurso de la enfermedad. En el grupo de familiares y amigos fallecidos por eutanasia no sólo no parece existir mayores complicaciones en el proceso de duelo, sino que presentan menos síntomas indicadores de duelo complicado, menos síntomas de duelo normal y menos reacciones de estrés postraumático. Probablemente tener la oportunidad de despedirse del paciente es un determinante importante en el proceso de duelo posterior (18).

¿CUÁLES SON LOS MOTIVOS PARA SOLICITAR EUTANASIA?

Se realiza un estudio prospectivo en siete Unidades de Cuidados Paliativos en una región de Francia. Durante 6 meses se incluyen todos los paciente atendidos y se identifican el número de pacientes y/o familiares que realizan una petición explícita de eutanasia, analizan cuáles son las razones para solicitar dicha petición y si su deseo de morir desaparece durante el periodo que dura el estudio. De 611 pacientes incluidos, paciente y/o familia solicitan la eutanasia (13), lo que supone una frecuencia de 1,6%. Esta cifra es bastante inferior a las publicadas en otros estudios donde la

solicitud de eutanasia por el paciente oscila entre 5-6%, lo que muestra que los pacientes atendidos en cuidados paliativos solicitan eutanasia aunque en un porcentaje inferior. La edad media es de 63 años, con un rango de 15-82 años. Todos los pacientes sufrían de cáncer y todos excepto uno conocían el pronóstico y la situación de irreversibilidad de la enfermedad (19).

Durante el estudio se identifican distintas razones para solicitar la eutanasia. La importancia del papel del dolor, la depresión y la alteración de la imagen corporal ya ha sido señalada en la literatura. Sin embargo sorprende la baja frecuencia de motivos relacionados con la pérdida de la autonomía y la independencia. Este último motivo es uno de los motivos más encontrados en los distintos estudios y el más utilizado para defender el derecho a morir dignamente. En este estudio, las razones familiares aparecen no sólo como un motivo relativamente nuevo para solicitar la eutanasia, sino que además influye de manera importante para que permanezca en el tiempo dicha solicitud, incluso cuando síntomas como el dolor y la depresión se controlan adecuadamente. El cansancio, los problemas en la comunicación y los conflictos dentro de la familia, aunque no han sido estudiados hasta ahora en profundidad, aparecen en casi todas las peticiones de eutanasia. Más aún, los motivos para que la familia solicite eutanasia son el cansancio y los problemas de comunicación dentro de la familia. Este estudio no tiene como objetivo encontrar valores estadísticos, por lo que se necesitan más estudios para confirmar estas conclusiones iniciales. Se ve claramente la necesidad de realizar una valoración integral a este tipo de enfermos, prestando especial atención a las relaciones intrafamiliares. De los 13 pacientes que solicitan la eutanasia sólo 4 persisten en su decisión, lo que confirma lo ya publicado en otros estudios, que incluso en intervalos de tiempo relativamente cortos, varían sus deseos de acelerar la muerte (19,20).

Johansen y cols., realizan un estudio cualitativo en 18 pacientes con cáncer y una supervivencia esperada menor de 9 meses, ingresados en una Unidad de Cuidados Paliativos en Noruega para conocer las actitudes, deseos, y factores que influyen en la posible aparición de solicitar la eutanasia o el suicidio asistido. En cuanto a las actitudes, los pacientes con una actitud positiva hacia la eutanasia o el suicidio asistido, no necesariamente desean la eutanasia o el suicidio asistido para ellos mismos. El deseo de eutanasia o suicidio asistido es distinto al realizar una solicitud explícita de eutanasia o suicidio asistido. En cuanto a los factores que influyen en la posible aparición de desear la eutanasia o el suicidio asistido están el miedo al dolor, miedo a una muerte dolorosa, preocupaciones acerca de la no existencia de calidad de vida y falta de esperanza. Los clínicos no debemos olvidar que los deseos de eutanasia o suicidio asistido son hipotéticos, fluctuantes y ambivalentes. El poder solicitar estas prácticas parece una solución mental para el futuro, una manera de escapar. Esto tiene un impacto psicológico positivo ya que permite crear un sentimiento de control y consuelo. El derecho de cada persona a elegir cuándo y cómo morir, es una razón importante argumentada a favor de la eutanasia y el suicidio asistido. En esta muestra, este argumento se da en los pacientes que tienen una actitud general positiva hacia la eutanasia y el suicidio asistido. Sin embargo cuando se les pregunta por su caso personal ninguno enfatizó este derecho (21).

En cuanto a las implicaciones clínicas y en un sentido amplio, es fundamental una escucha activa por parte de todos los profesionales que le atienden, empática y hacerse cargo de lo que el paciente sabe, cree y siente, para identificar lo que hay detrás de ese deseo. Conclusiones prematuras pueden traer graves consecuencias. Por otro lado responder a esos deseos como una simple expresión de depresión, puede llevar a administrar antidepresivos al paciente y aumentar su sentimiento de desesperanza y el paciente puede ver en la respuesta del médico una violación de su autonomía o una falta de respeto hacia su capacidad de tomar decisiones. La limitación de este estudio es que los datos derivan de los deseos y actitudes de los pacientes, pero en escenarios hipotéticos que pueden no corresponder con las reacciones en vivo y en directo (21).

Para evitar este tipo de limitaciones, Wood Mak y cols., realizan un estudio cualitativo en seis pacientes oncológicos terminales ingresados en un *Hospice* en Hong Kong, que sigue el modelo británico de cuidados paliativos, cuyo objetivo es conocer en profundidad los motivos para solicitar la eutanasia o el suicidio asistido en pacientes que en ese momento concreto realizan la solicitud explícita. Se trata del primer estudio realizado de estas características. La evidencia disponible apunta razones como el dolor, el deterioro funcional, la dependencia, ser una carga, el aislamiento social, la depresión, la desesperanza, y la pérdida de control y de la autonomía. No obstante, todos estos datos derivan de la perspectiva de los profesionales de la salud, familiares de enfermos y público en general (2). Sorprendentemente existen pocos datos derivados de la perspectiva real de los pacientes. Además, la mayoría de los estudios son cuantitativos, sin entrar a valorar la compleja subjetividad de la experiencia del deseo de muerte. El análisis de los resultados revela la existencia de 18 motivos para realizar la solicitud explícita, agrupados en cinco grandes categorías (Tabla IV).

—Progresión de la enfermedad: a medida que progresa la enfermedad los enfermos son más conscientes de la inevitabilidad de la muerte de una enfermedad incurable, provocando desesperanza. No serán nunca más la persona que solían ser, y se enfrentan a una pérdida de sus roles, sus rutinas, pierden movilidad, independencia, sueños y aspiraciones.

—Percepción de sufrimiento del propio enfermo y sufrimiento de sus allegados: el sufrimiento tiene una dimensión multidimensional, física, psicológica, funcional, social y existencial. “Deseas vivir pero no puedes vivir; deseas morir pero no puedes morir”. A su vez perciben que son causa de sufrimiento para sus seres queridos y se sienten una carga al ser testigos del impacto que su enfermedad produce en sus familiares.

—Anticipación a un futuro que será peor que la propia muerte: los enfermos tienen unos conocimientos erróneos y anticipan un futuro recopilando comentarios de otras personas y recordando imágenes de otros enfermos que han visto en hospitales de agudos, con dolor, desamparados, incapaces, viviendo la situación como poco digna. “Alguno con un tubo por el ano, otro tubo por la nariz, otros tubos en otras partes. Y pienso, ¿para que? ¿es que acaso pueden salvarlos?” Además califican la comunicación con los médicos de difícil, poco clara, nada tranquila. “Solamente una frase puede hacerme mucho daño haciendo que las cosas todavía sean peores...” Si el enfermo tiene que tomar alguna decisión, el tiempo que se deja para decidir es

TABLA IV
MOTIVOS ARGUMENTADOS POR LOS PACIENTES PARA REALIZAR LA SOLICITUD EXPLICITA DE EUTANASIA O SUICIDIO ASISTIDO

<i>Área física y funcional</i>	
<i>Progresión de la enfermedad</i>	Muerte inevitable Desesperanza Nunca más volveré a ser el que era
<i>Área psicosocial</i>	
<i>Percepción de sufrimiento</i>	Sufrimiento Ser una carga
<i>Anticipación a un futuro que será peor que la muerte</i>	Conocimiento inadecuado Comunicación difícil Nadie me comprenderá Conceptos erróneos Fantasías Miedo y anticipación a un sufrimiento cada vez mayor, una dependencia cada vez mayor, ser cada vez más carga y a un futuro carente de cuidados Resignación pasiva a un destino muy negro
<i>Área espiritual y existencial</i>	
<i>Deseo unos cuidados de calidad al final de la vida</i>	Buena muerte Atención a las necesidades Ser cuidado por los familiares más queridos
<i>Entorno</i>	Buenos profesionales sanitarios Atención y soporte a los seres más queridos

insuficiente. Perciben que nadie puede entender su sufrimiento y por lo tanto sienten que no sirve de nada expresar sus necesidades. Imaginan un futuro con un tumor mucho más grande, tratamientos y complicaciones y se resignan de una forma pasiva a su destino con importantes sentimientos de impotencia.

—Deseo de recibir unos cuidados de calidad al final de la vida: evidentemente los pacientes desean mejorar su sufrimiento y el de sus familiares. Desean recibir unos cuidados integrales que atiendan los síntomas físicos, psicológicos, espirituales, maximizar su funcionalidad y aliviar la carga que supone esta situación a los familiares. Los pacientes con poco soporte social o con relaciones familiares conflictivas, explicitaron su deseo de ser cuidados por sus familiares más allegados. “En el hospice los cuidados son adecuados. Es su trabajo. Sólo tengo una hija... Necesito que ella me cuide... ¡Necesito que sea ella quien cuide de mí!”.

—Ambiente: los pacientes aprecian los cuidados administrados, las relaciones y respetan a los profesionales de la salud y a sus familiares. Familiares y amigos les proporcio-

nan un sentimiento de intimidad y pertenencia. Entre todos hacen su sufrimiento más tolerable. “La doctora es muy amable... muy gentil y desea ayudar... Ella sabe cómo se sienten los pacientes y está llena de compasión. Cuando ve que nosotros sufrimos, ella también sufre... Hace muy bien su trabajo... Poco a poco el dolor va cada vez mejor... Tener la oportunidad de hablar con ella es una bendición... Saber que la tengo para que se ocupe de mí, me hace sentir más en paz” (22).

Desear la muerte no sólo está en relación con un buen control de los síntomas físicos, si no que incluye miedos, necesidades existenciales, deseos de ser cuidado, respetado, de establecer relaciones personales y de ser comprendido en su experiencia de enfermedad y del final de la vida. Parece, por tanto que el deseo de eutanasia de un enfermo no se puede creer “a pie juntillas” ya que detrás de ese deseo hay muchos factores existenciales escondidos que sólo salen a la luz si sabemos abordarlos de una manera adecuada.

¿CUÁNTO TIEMPO TARDAN EN ACTUAR LOS FÁRMACOS?

Se suele prescribir 9 g de un barbitúrico de acción rápida secobarbital o pentobarbital junto a un fármaco para las náuseas y vómitos 1 hora antes. La mediana de tiempo que transcurre desde la ingesta hasta la pérdida de conciencia es de 5 minutos, con un rango de 3 a 20 minutos. La mediana de tiempo que transcurre desde la ingesta hasta el éxitus es de 26 minutos con un rango de 15 minutos a 11,5 horas. No se registra durante el proceso ningún tipo de complicaciones (8).

No obstante recientemente se han publicado dos casos que despertaron del coma, uno de ellos 3 días después y falleció a las dos semanas debido a un cáncer de pulmón, el segundo paciente salió del coma a las 65 horas diciendo “¿por qué no estoy muerto?”. Se está analizando los residuos del fármaco que quedaron en las cápsulas abiertas y la posible interacción de la droga letal con un laxante con sabor dulzón que utilizó la familia para enmascarar el sabor amargo de los barbitúricos. Una vez tomado el fármaco, la ley no permite tomar otra medida adicional que acelere la muerte (7).

CONCLUSIONES

—La evidencia disponible no permite confirmar la teoría de la pendiente resbaladiza en Holanda. Según los datos disponibles durante el periodo 1990-2001: a) los médicos rechazan un tercio de las solicitudes de eutanasia y suicidio asistido; b) no hay cambios significativos en las cifras de eutanasia y suicidio asistido a lo largo del tiempo; c) las cifras de eutanasia sin petición explícita del paciente permanecen constantes en el tiempo, disminuye el porcentaje de médicos implicados en esta práctica y se incrementa el porcentaje de médicos que nunca la realizarían; d) el porcentaje de médicos que realizan estas prácticas lleva un crecimiento lento, pero progresivo; y e) el porcentaje de médicos que se vuelven más permisivos hacia la eutanasia

es cada vez menor, y es mayor el porcentaje de médicos que se vuelven más restrictivos.

—La evidencia disponible tampoco permite confirmar la teoría de la pendiente resbaladiza en Oregón. Según los datos disponibles: a) los médicos rechazan 5 de cada 6 peticiones para la prescripción de la droga letal; b) Los pacientes que fallecen por suicidio asistido es una fracción muy pequeña del total de pacientes que presentan una enfermedad en situación avanzada; y c) el 40% de los pacientes que fallecen por suicidio asistido, no consiguen el fármaco letal del primer médico consultado.

—En Holanda a partir del año 2000, disminuye el número de casos de eutanasia y suicidio asistido, sin poder afirmar si el número absoluto de peticiones ha disminuido en realidad, o simplemente los médicos han disminuido la práctica de la notificación del caso.

—En Holanda existe incumplimiento de la Ley en casos de padecimiento psicológico, personas “cansadas de vivir”, menores de edad, pacientes con enfermedad crónica no terminal, ausencia de la opinión de un segundo médico y prácticas realizadas por enfermería. Parece por tanto razonable reabrir el debate en caso de menores, enfermedad no terminal y pacientes con una alteración psicológica importante. Por el contrario, en Oregón, todos los informes remitidos por los médicos que prescriben las drogas letales cumplen todos los requisitos exigidos por la ley.

—Para mantener unas cifras bajas de eutanasia y suicidio asistido, el factor responsable de mayor impacto es mantener unos cuidados paliativos de calidad, pero las medidas paliativas no consiguen anular la totalidad de las peticiones.

—El paciente que fallece por eutanasia y suicidio asistido suele ser más joven que el que fallece por la evolución de la enfermedad, enfermo de cáncer, y ser divorciado o soltero.

—La depresión aumenta por 4 el riesgo de solicitar la eutanasia. Aunque existe un problema de infradiagnóstico y de infratratamiento de la depresión en los pacientes con enfermedad en situación terminal, tras tratamiento sólo el 11% de los pacientes cambian su deseo de acelerar la muerte.

—Los grupos vulnerables o socialmente desfavorecidos: mujeres, pobres, minorías étnicas, raciales con un soporte inadecuado y un difícil acceso al sistema de salud, no solicitan con más frecuencia la eutanasia, ni el suicidio asistido, por lo que no parecen ser una solución para los grupos social o económicamente vulnerables.

—El duelo de familiares y amigos de enfermos que fallecen por eutanasia o por suicidio asistido, presentan menos indicadores de duelo complicado, de duelo normal y menos reacciones de estrés postraumático. Probablemente tener la oportunidad de despedirse del paciente es un determinante importante en el proceso de duelo posterior.

—Los motivos para solicitar la eutanasia o el suicidio asistido afectan a las cinco esferas de la persona: física, funcional, psicosocial, espiritual y existencial, y en un mayor porcentaje relacionadas con la pérdida de la autonomía, la pérdida de la dignidad y la disminución de la capacidad para hacer cosas placenteras en la vida. Con frecuencia se trata de personas tremendamente controladoras e independientes.

—Los deseos de eutanasia y de suicidio asistido son hipotéticos, fluctuantes y ambivalentes, por lo que conclusiones prematuras pueden traer graves consecuencias.

REFLEXIÓN FINAL

En palabras de Diego Gracia, catedrático de Historia de la Medicina y Director del Máster de Bioética de la Universidad Complutense de Madrid: todo parece indicar que poco a poco vamos andando un camino del que aún quedan varios tramos por recorrer. Un primer hito lo constituyó la doctrina del consentimiento informado, en cuanto a la gestión del cuerpo, de la vida y de la muerte y más recientemente la aceptación de las instrucciones previas. El siguiente paso lo constituirá, con toda probabilidad, la despenalización de la asistencia al suicidio en ciertos supuestos. Es el proceso que se sigue lógicamente de la asunción de la autonomía como valor fundamental del ser humano, una característica propia y distintiva de la cultura medieval y moderna (23).

Distintos juristas para convertir al enfermo o doliente en el centro y eje de todo lo relacionado con su muerte, quieren dejar de hablar de eutanasia y plantear la posibilidad legal del derecho a la muerte, lo que va más allá de la simple admisión o no de la eutanasia, o de la legítima o ilegítima despenalización de algunos supuestos eutanásicos. El reconocimiento de este derecho conllevaría el establecimiento de una ley en la que se plasmaran sus contornos, las condiciones para ejercerlo, sus límites y las garantías y cautelas necesarias para que la disposición del mismo correspondiera a su titular y no a terceros. El objetivo del derecho es evitar que la participación de la persona en su propia muerte sea la de un objeto pasivo en manos de la familia, de la técnica o de los especialistas, logrando por el contrario que esa participación sea la de un ciudadano al que han de serle respetados sus intereses y sus valores básicos durante ese proceso de morir (24).

Si el derecho es la parte de la ética que se impone coactivamente por ser de vital importancia para la sociedad, no parece éticamente reprochable atender a los deseos de una persona que está en fase terminal o que sufre de manera inhumana y que pide la anticipación de su muerte (24).

El derecho es prudente y cauto, por eso la respuesta jurídica suele ir a remolque de la dimensión social, pero debe reaccionar con prontitud si de lo que se trata es de neutralizar el sufrimiento irreversible (24). Las leyes que se puedan aprobar en el futuro en nuestro país deberían marcar unos límites claros, unas salvaguardas concretas, para evitar los abusos malintencionados y los malos usos bienintencionados (5).

La situación ideal sería aquella en la que la gente fuera libre de poner fin a su vida, pero en la que las condiciones fueran tan excelentes que ninguno tuviera necesidad de hacerlo.

Hay un tiempo para vivir y un tiempo para morir. No sólo hay un tiempo biológico, si no también un tiempo biográfico. No sólo hay un “tener que vivir”, sino también un “tener que morir”. La muerte es también una empresa, una tarea, tanto vital como moral. Morir, en ciertos momentos, es una obligación. Lo mismo que hay obligación de personalizar la vida, la hay también de personalizar la muerte (23).

Esto no tiene por que ser, salvo casos muy excepcionales, una justificación del suicidio o de la eutanasia. Todo lo contrario. Lo que significa es que la muerte no es un fenómeno natural sino cultural, humano, y que por tanto tenemos obligaciones morales para con ella. La primera obligación ética es procurar a todos los seres humanos una buena vida. Y la segunda, conseguir que tengan una buena muerte (23).

CORRESPONDENCIA:

Cristina de Miguel Sánchez
 ESAD
 C. S. Espronceda
 C/ Espronceda, 24, 4ª planta
 28003 Madrid
 e-mail: esad.gapm07@salud.madrid.org

Bibliografía

1. Onwuteaka-Philipsen B, Van der Heide A, Koper D, Keij-Deerenberg I, Rietjens J, Rurup M, et al. Euthanasia and others end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001. *Lancet* 2003; 362: 395-9.
2. Van der Maas P, Van der Wal G, Haverkate G, de Graaff I, Carmen L. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands 1990-1995. *New Engl J Med* 1996; 335 (22): 1699-705.
3. Haverkate I, Onwuteaka-Philipsen B, Van der Heide A, Kostense P, Van der Wal G, Van der Maas P. Refused and granted request for euthanasia and assisted suicide in the Netherlands: Interview study with structured questionnaire. *BMJ* 2000; 321: 865-6.
4. Groenewoud J, Van der Maas P, Van der Wal G, Hengeveld M. Physician-assisted death in psychiatric practice in the Netherlands. *New Engl J Med* 1997; 336 (25): 1795-2001.
5. Martínez-Urionabarrenetxea K. Sobre la moralidad de la eutanasia y del suicidio asistido. *Rev Calidad Asistencial* 2005; 20 (7): 400-7.
6. Hamilton N, Hamilton C. Competing paradigm of response to assisted suicide request in Oregon. *Am J Psychiatry* 2005; 162 (6): 1060-5.
7. Manzini L, Nelson H, Schmidt T, Kraemer Dale. Physicians' experiences with the Oregon Death with Dignity Act. *New Engl J Med* 2000; 342 (8): 557-63.
8. Chin A, Hedberg K, Higginson G, Fleming D. Legalized physician-assisted suicide in Oregon—the first year's experience. *New Engl J Med* 1999; 340 (7): 577-83.
9. Van der Wal G, Van der Maas P, Bosma J, Onwuteaka-Philipsen B, Willems D, Haverkate I, et al. Evaluation of the notification procedure for physician-assisted death in the Netherlands. *New Engl J Med* 1996; 335 (22): 1706-11.
10. Kofschooten F. Dutch regulations governing euthanasia debated. *Lancet* 2004; 363 (9421): 1963.
11. Nuland S. Physician-assisted suicide and euthanasia in practice. *New Engl J Med* 2000; 342 (8): 583-5.
12. Peretti-Watel P, Bendiane MK, Pegliasco H, Lapiana JM. Doctors' opinions on euthanasia, end of life care, and doctor-patient communication: Telephone survey in France. *BMJ* 2003; 327: 595-6.
13. Simic KJ. Euthanasia and physician assisted suicide in the Netherlands. *New Engl J Med* 1997; 336: 1385-7.
14. Van der Lee M, Van der Bom J, Swarte N, Heintz P, de Graeff A, Van der Bout Jan. Euthanasia and depression; a prospective cohort among terminally ill cancer patients. *J Clin Oncology* 2005; 23 (27): 6607-12.
15. Georges JJ, Onwuteaka-Philipsen B, Van der Wal G, Van der Heide A, Van der Maas P. Differences between terminally ill cancer patients who died after euthanasia had been performed and terminally ill cancer patients who did not request euthanasia. *Pal Med* 2005; 19: 578-86.
16. Okie S. Physician-assisted suicide- Oregon and Beyond. *New Engl J Med* 2005; 352 (16): 1627-30.
17. Guthrie P. Assisted suicide in the United States. *Canad Med Association Journal* 2006; 174 (6): 755-6.
18. Swarte N, Van der Lee M, Van der Bom J, Van der Bour J, Heintz A. Effects of euthanasia on the bereaved family and friends: A cross sectional study. *BMJ* 2003 (327); 189-92.
19. Comby MC, Filbet M. The demand for euthanasia in palliative care units: A prospective study in seven units of the "Rhône-Alpes" region. *Pall Med* 2005; 19: 587-93.
20. Kristjanson L, Chjristakis N. Investigating euthanasia: Methodological, ethical and clinical considerations. *Pall Med* 2005; 19: 575-7.
21. Johansen S, Holen J, Kaasa S, Loge J, Materstvedt L. Attitudes towards, and wishes for, euthanasia in advanced cancer patients at a palliative medicine unit. *Pall Med* 2005; 19: 454-60.
22. Wood Y, Mak W, Elwyn G. Voices of the terminally ill: Uncovering the meaning of desire for euthanasia. *Pall Med* 2005; 18: 343-50.
23. Gracia D. De nuevo la eutanasia a debate. *JANO* 2005; 68: 49-50.
24. Moreno M. Elección de la propia muerte y derecho: hacia el reconocimiento jurídico del derecho a morir. *Derecho Sanitario* 2004; 1: 61-83.