

¿Y si desea la muerte?

Dr. Jacinto Bátiz

No podemos ignorar ni mirar hacia otro lado cuando el enfermo nos manifiesta que no desea continuar viviendo de la manera que lo está haciendo, acompañado por un sufrimiento continuo e insoportable. No es que quiera morir, lo que no quiere es sufrir. Es entonces cuando nosotros, los médicos, tenemos la obligación de aliviar su sufrimiento.

Deseo abordar el tema de la eutanasia desde la experiencia de los últimos 15 años en mi práctica asistencial con enfermos que se encuentran en los últimos meses o incluso en los últimos días de sus vidas y que la Ciencia Médica no ha conseguido curar su enfermedad. Asimismo tratar de reflexionar sobre lo que le hace sufrir para que el enfermo nos solicite morir cuanto antes.

El tratamiento del asunto de la muerte en nuestra sociedad está más orientado a escapar de hablar de ella que a hacerle frente de forma seria

y decidida. La muerte está actualmente dominada por la cuestión de la eutanasia. En este debate participan los círculos académicos dedicados a la filosofía moral, la filosofía jurídica, la ética médica, el derecho penal... Por si fuera poco, a través de casos célebres, como Ramón San Pedro o Inmaculada Echevarría, el tema de la eutanasia ha ido manteniendo su presencia en los medios de comunicación, sin que se tratase de casos de eutanasia, sino de suicidio asistido y de limitación del esfuerzo terapéutico, respectivamente. Sobre la eutanasia cualquier tertuliano, sin profesión identificada, a veces, se permite opinar en los programas de televisión y radio, a la vez que opina de los divorcios de los famosos, de la crisis económica o de las decisiones e investigaciones científicas. La eutanasia siempre será un tema que provocará la toma de posición ante ella y ante el que la opinión pública está muy sensibilizada.

EL DEBATE SOBRE LA EUTANASIA Y EL ENFERMO

Los debates que se contemplan en los medios de comunicación, casi siempre confunden más que aclaran a los ciudadanos las dudas que se plantean sobre este tema, pero además no creo que sean de interés para el verdadero protagonista de este asunto, que es el ciudadano enfermo, que solicita que se le alivie su sufrimiento al final de su vida.

Permítanme que les explique, desde mi punto de vista, cómo se plantea el debate público

Dr. Jacinto Bátiz

Jefe de la Unidad de Cuidados Paliativos
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
Santurtzi (Bizkaia)

sobre la eutanasia. Al ciudadano se le ofrecen dos alternativas a elegir: por un lado, vivir las últimas fases de una enfermedad incurable con dolor grave y sufrimiento de todo tipo y generalmente abandonados; por otro lado, solicitar un final lo más rápido posible. Ante este dilema no es raro que se opte por la eutanasia. El planteamiento que se hace con bastante frecuencia cuando un periodista nos encuesta sobre la eutanasia suele ser el siguiente: “¿A usted le gustaría que le practicaran la eutanasia en caso de que padeciera una enfermedad irreversible y tuviese dolores insoportables?” Ante semejante pregunta es fácil contestar que sí. Las conclusiones que plasmará seguidamente el autor de la encuesta en el titular de su periódico será que la mayoría de los ciudadanos está a favor de la eutanasia.

Amable lector, después de estar muy cerca de los enfermos moribundos durante muchos años y haber aprendido sobre cómo vivir cuando ellos inician el proceso de morir, permítanme que les diga que los enfermos no desean de nosotros que hagamos de nuestra ayuda a morir bien un debate moral ni un debate legal, tan solo desean y esperan de nosotros un debate asistencial.

Los profesionales sanitarios que cuidamos a los enfermos que sufren creemos que los progresos de la medicina paliativa han provocado el ocaso de la noción de eutanasia como liberación del dolor insufrible.

El Panel de Expertos para el alivio del dolor y cuidados paliativos de la OMS en 1990 estableció lo siguiente: “los gobiernos deben asegurar que han dedicado especial atención a las necesidades de sus ciudadanos en el alivio del dolor y los cuidados paliativos antes de legislar sobre la eutanasia”. Este comité de expertos llega a la conclusión de que con el desarrollo de los métodos modernos de cuidados paliativos, cualquier legislación sobre la eutanasia es completamente innecesaria. Creo que un gobierno que antes de desarrollar un programa de cuidados paliativos acometa una legislación permisiva comete algo que puede ir desde una frivolidad hasta una irresponsabilidad.

En una cultura que no da un significado a la última fase de la vida, la actitud de repulsión hacia

Creo que un gobierno que antes de desarrollar un programa de cuidados paliativos acometa una legislación permisiva comete algo que puede ir desde una frivolidad hasta una irresponsabilidad.

esta fase se hace parte de su narrativa cultural, empujando a médicos y pacientes hacia la eutanasia.

¿POR QUÉ UNA PERSONA ENFERMA SOLICITA LA MUERTE?

Desear tener una buena muerte, morir bien, es una legítima aspiración de los seres humanos. Por ello, los profesionales de la salud estamos obligados a ayudar a nuestros enfermos a que mueran bien. Pero, ¿verdaderamente desea la muerte? ¿Cuál es la demanda auténtica de un agonizante que pide la eutanasia? Cuando un enfermo dice: *¡Acabemos con esto!* ¿Cómo debemos comprenderlo? ¿Que acabemos con su vida? ¿Que acabemos con ese dolor insoportable que padece? ¿Con su angustia? ¿Con su soledad?

La dra. Cicely Saunders, de quien muchos aprendimos a través de sus escritos, en unos de ellos que ella escribió sobre este asunto de la eutanasia decía lo siguiente: “*Si un enfermo pide la eutanasia es porque echa de menos a alguien, y este alguien en muchos casos es el médico. Muy a menudo la petición de hacédme morir debe traducirse por aliviadme el dolor y prestadme atención. Si se satisfacen estas dos necesidades, generalmente la petición no vuelve a repetirse.*”

Hay enfermos que nos dicen en ocasiones: “*Doctor, me siento una carga para mi familia. ¡Ayúdeme! No quiero seguir viviendo así.*” La petición individual o social de la eutanasia debe ser considerada generalmente como una demanda de mayor atención y suele desaparecer cuando se aplican los principios y la práctica de los cuidados paliativos, cuando se soluciona el “así”. El enfermo necesita sentirse querido por los suyos. Necesita sentir que sigue siendo importante para sus seres

queridos, que sigue siendo querido por lo que es y que no necesita cambiar. Todo esto va a ser para él un motivo para querer seguir viviendo. Fue Nietzsche quien dijo: *“El que tiene un por qué para vivir, puede soportar casi cualquier cómo”*.

Cuando fui a saludar a una enferma que acababa de ingresar en nuestra Unidad lo primero que me preguntó fue: *“Doctor, ¿me practicará usted la eutanasia?”*. Yo respondí con otra pregunta: *“¿por qué desea la eutanasia?”*. Ella me dijo: *“Porque no quiero sufrir”*. Yo le prometí que le ayudaría a aliviar su sufrimiento hasta los extremos que fueran necesarios. A partir de entonces, todo el equipo asistencial comenzamos a ayudarlo a no sufrir. Desde entonces aprendimos que el enfermo nos pide que aliviemos su sufrimiento, aprendimos que detrás de la petición *“quiero morir”* hay un trasfondo que significa *“quiero vivir o morir de otra forma”*. El enfermo pide ayuda, y si no comprendemos el sentido profundo de su petición, determinamos que desea la muerte.

El enfermo necesita sentirse querido por los suyos. Necesita sentir que sigue siendo importante para sus seres queridos, que sigue siendo querido por lo que es y que no necesita cambiar. Todo esto va a ser para él un motivo para querer seguir viviendo. Fue Nietzsche quien dijo: *“El que tiene un por qué para vivir, puede soportar casi cualquier cómo”*.

La única cuestión que nos preocupa a los médicos es: *“¿Qué le ocurre al enfermo para desear la muerte? Cualquiera con un poco de experiencia en la atención a enfermos graves sabe que, cuando un enfermo solicita la muerte, es muy importante averiguar qué hay realmente detrás de esa petición. Tal vez sea una llamada de atención para que se le alivie el dolor o se le ponga remedio al insomnio insoportable. Quizá sea una queja encubierta para que se le trate de una manera más humana o se le haga compañía. Sencillamente, para que se le explique lo que le está ocurriendo.*

La tentación de la eutanasia como solución precipitada se da cuando un enfermo solicita ayuda para morir y se encuentra con la angustia de un médico que quiere terminar con el sufrimiento del enfermo porque lo considera intolerable y cree que no tiene nada más que ofrecerle. Los médicos nos sentimos fracasados cuando no podemos curar. Pero debiéramos ser conscientes de que el verdadero fracaso es tener que admitir la eutanasia como solución alternativa al alivio de síntomas y a la comunicación. El fracaso se produce cuando nos planteamos quitar la vida a un enfermo porque no sabemos cómo mejorarle sus síntomas ni cómo modificar las circunstancias personales en las que está viviendo.

Tal vez a quien solicita la eutanasia, si su miedo se lo transformamos en seguridad, el paternalismo en autonomía, el abandono en compañía, el silencio en escucha, el dolor en su alivio y la mentira en esperanza, no volverá a solicitarla.

¿CÓMO DEBEMOS ACTUAR LOS MÉDICOS?

Aunque la muerte es inevitable, morir malamente no lo debiera ser tanto. Cuando algo se hace o se deja de hacer con la intención directa de producir o acelerar la muerte del enfermo, entonces corresponde aplicar el calificativo de eutanasia. La atención médica al final de la vida debe evitar su prolongación innecesaria, pero también debe evitar su acortamiento deliberado.

El Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial vigente nos recuerda a los médicos cómo debemos actuar:

CEDM. Cap. VII. Art.27.1

“El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Y cuando ya no lo sea, permanece su obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir el bienestar del enfermo, aún cuando de ello pudiera derivarse, a pesar de su correcto uso, un acortamiento de la vida. En tal caso, el médico debe informar a la persona más allegada al paciente y, si lo estima apropiado, a éste mismo”.

CEDM. Cap. VII. Art. 27.2

“El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar el tratamiento para prolongar su vida y a morir con dignidad. Y

cuando su estado no le permita tomar decisiones, el médico tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriores hechas por el paciente y la opinión de las personas vinculadas responsables”.

CEDM. Cap. VII. Art. 27.3

“El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste”.

El teólogo Juan Masiá también nos da algún consejo en este sentido: “Dejar a la muerte que llegue sin empeñarse en prolongar artificialmente la agonía, sin miedo a usar los analgésicos y los recursos paliativos necesarios para aliviar el dolor y el sufrimiento”.

Frente a la eutanasia la medicina paliativa propone humanizar el proceso de morir.

¿CÓMO PODEMOS HUMANIZAR EL PROCESO DE MORIR?

Si no abandonamos al enfermo, le aliviemos el dolor insoportable, limitamos el esfuerzo terapéutico y sedamos en la agonía cuando lo necesite estaremos humanizando el proceso de morir. Ante un enfermo en situación terminal, lo que se hace o se deja de hacer con la intención de prestarle el mejor cuidado permitiendo la llegada de la muerte, no solo es moralmente aceptable sino que muchas veces llega a ser obligatorio desde la ética de las profesiones sanitarias.

NO ABANDONAR AL ENFERMO.- En la Facultad de Medicina se nos enseña a salvar vidas; de esta manera la muerte de nuestro enfermo la vamos a interpretar como un fracaso profesional. Sin embargo, es preciso que incluso los médicos comprendamos que la muerte es algo natural porque cuando la rechazamos terminamos por abandonar al enfermo. Solamente cuando seamos capaces de aceptarla como algo natural e inevitable, nos dedicaremos a cuidar a nuestro enfermo hasta el final y sin sensación de fracaso.

El enfermo nos necesita para que estemos junto a él y podamos aliviar su sufrimiento mientras llega su muerte. Los enfermos ya saben que nosotros no somos unos dioses, lo único que desean es que no les abandonemos cuando más lo necesitan. El enfermo desea tenernos a su lado con nuestro acercamiento humano para que le ayudemos en todas sus necesidades. Él ha com-

prendido que la técnica ya no le es útil para curar su enfermedad, pero tiene la necesidad de las personas, de su familia, de sus amigos y de su médico. Necesita que le expliquemos lo que le va a pasar, necesita que no le engañemos, pero todo ello, con sensibilidad exquisita para que le ayude a comprender lo que necesita en esos momentos tan difíciles y únicos para él.

ALIVIARLE EL DOLOR.-

Para poderlo hacer bien tal vez tengamos que abandonar nuestra tendencia a pensar que el dolor ajeno, el del enfermo, es un dolor exagerado, y el dolor propio, el nuestro, es un dolor insoportable.

No debemos permitir que alguien sufra dolor por ignorancia nuestra de cómo tratarlo, por temor a aliviarlo con la posología suficiente o por creencias erróneas. El enfermo tiene derecho a ser aliviado de su dolor. Tal vez, aceptamos que es un derecho, pero sigue siendo un problema internacional. El número de consultas relacionadas con el dolor está aumentando, pero el tiempo que los médicos le dedican a cada una se reduce. El 80% de los médicos consultados sobre este tema consideran que las consultas relacionadas con el dolor seguirán aumentando. El 72% admite no dedicar suficiente tiempo al enfermo con dolor.

El médico tiene el deber de aliviar el dolor del enfermo. Y tiene que tener presente que si dice que le duele es que le duele, y si dice que le duele mucho es que le duele mucho. Él será el que nos va a indicar la eficacia de

Los médicos nos sentimos fracasados cuando no podemos curar. Pero debiéramos ser conscientes de que el verdadero fracaso es tener que admitir la eutanasia como solución alternativa al alivio de síntomas y a la comunicación. El fracaso se produce cuando nos planteamos quitar la vida a un enfermo porque no sabemos cómo mejorarle sus síntomas ni cómo modificar las circunstancias personales en las que está viviendo.

la analgesia cuando nos diga: “*doctor, ya no tengo dolor*”. El tratamiento del dolor no es una cuestión opcional, sino un imperativo ético.

LIMITAR TRATAMIENTOS INÚTILES.-

En nuestro país se puede morir mal por falta de cuidados paliativos y también se puede morir mal por exceso de tecnologías médicas. Son muchos los enfermos en fase terminal que todavía mueren con el suero puesto y esperando una analítica o entubados en un servicio de urgencias.

Ni la obstinación terapéutica que llevaría al encarnizamiento terapéutico, ni el abandono son respuestas éticas ante un enfermo al final de la vida. Lo que se puede llegar a hacer para mantener a un enfermo con vida es impresionante. Pero tenemos que tener muy en cuenta que tan importante como luchar por curar a un enfermo es saber parar cuando tenemos claro que es imposible curarle. La limitación del esfuerzo terapéutico no es ninguna forma de eutanasia, sino una buena práctica médica, aunque sabemos que es más fácil poner que quitar.

SEDAR CUANDO LO NECESITE.- La sedación en la agonía es un tratamiento adecuado cuando los enfermos padecen sufrimientos intolerables, en los pocos días u horas que preceden a su muerte, y que no han respondido a las intervenciones paliativas. Un enfermo con enfermedad terminal, oncológica o no, puede presentar en sus momentos finales algún síntoma que le provoca un sufrimiento insoportable, que puede ser difícil e imposible controlar. Esto obliga al médico a disminuir la conciencia del enfermo para garantizar una muerte serena. La sedación si está bien indicada, bien realizada y autorizada por el enfermo o en su defecto por la familia, constituye buena praxis médica. En una medicina humana no tiene cabida la incompetencia terapéutica ante el sufrimiento terminal con tratamientos inadecuados como pueden ser: tratamientos insuficientes, tratamientos excesivos o abandono.

La correcta asistencia a los moribundos implica que se recurra a la sedación cuando sea rigurosamente necesaria, tras haber fracasado todos los tratamientos disponibles para el alivio de los síntomas. La sedación, en sí misma, no es buena ni mala. Lo que puede hacerla éticamente aceptable o reprochable es el fin que busca y las circunstancias en que se aplica.

Una ciencia médica que necesita de la eutanasia tiene que transformarse tan pronto como sea posible es una medicina que procure cuidados cuando ya no hay curación. Estudios muy rigurosos muestran que la petición de eutanasia por parte de los enfermos disminuye al mejorar la formación de los profesionales en el tratamiento del dolor y en cuidados paliativos.

Los profesionales de la salud tenemos que aprender a ayudar a morir bien y todas las técnicas de acompañamiento al moribundo y a su familia. El médico debe estar preparado para escuchar algo más que una petición de morir. El progresivo incremento de las enfermedades crónicas constituye actualmente un paradigma que ya no se puede considerar como cuestión marginal en la enseñanza de las Facultades de Medicina. No es lo mismo aprender a tratar a un enfermo agudo que a uno crónico, del mismo modo que hay diferentes prioridades asistenciales entre el paciente que se encuentra en cuidados intensivos y el que está en situación de enfermedad terminal. La demanda social de medicina paliativa es un buen ejemplo para entender la urgencia de reformas curriculares más adaptadas a las necesidades de la sociedad.

¿HABLAMOS DE LO MISMO?

En muchas ocasiones se juega con la ambigüedad de las palabras y se entretiene con la confusión que existe alrededor de las prácticas que nada tienen que ver con la eutanasia, como el cese de tratamientos fútiles o la prescripción de analgésicos o sedantes para aliviar los dolores y las angustias. Sobre todo, a veces se nos hace creer que no existe más que una alternativa para el sufrimiento extremo: el acto de provocar deliberadamente la muerte.

Eutanasia pasiva es la cesación o no inicio de medidas terapéuticas fúti-

En nuestro país se puede morir mal por falta de cuidados paliativos y también se puede morir mal por exceso de tecnologías médicas. Son muchos los enfermos en fase terminal que todavía mueren con el suero puesto y esperando una analítica o entubados en un servicio de urgencias.

les o innecesarias en un enfermo que se encuentra en situación de enfermedad terminal. Este término no debe utilizarse, ya que estas actuaciones no constituyen ninguna forma de eutanasia y deben considerarse *buena práctica médica*.

Eutanasia indirecta es cuando a veces podría adelantarse la muerte como resultado del efecto secundario de un tratamiento analgésico o sedante. Pero este término tampoco debe emplearse. Sería mejor emplear *doble efecto*.

Eutanasia es la acción u omisión directa e intencionada, encaminada a provocar la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal a petición expresa y reiterada de ésta.

Cuando aplicamos las medidas terapéuticas que son proporcionadas, evitando la obstinación terapéutica, evitando el abandono, evitando el alargamiento innecesario y evitando el acortamiento deliberado estamos realizando una buena práctica médica: AYUDAR A MORIR BIEN.

A MODO DE CONCLUSIÓN FINAL

Todas las personas tienen derecho a una asistencia sanitaria de calidad, científica y humana. Por tanto, recibir una adecuada atención

médica al final de la vida no debe considerarse un privilegio, sino un auténtico derecho.

Una ley de eutanasia podría generar desconfianza hacia los profesionales de la salud al entenderse que su aplicación no sería indiferente para la economía de una institución sanitaria.

¿El médico puede ser el cuidador de la salud de las personas y ser capaz de poder producir, al mismo tiempo, su muerte intencionada?

¿Con qué facilidad la ley pretende dar solución al sufrimiento de estos enfermos; ¿Qué pena que solamente se hable en los medios de comunicación de los enfermos en fase terminal cuando se trata el tema de la eutanasia! ¿Qué pena que nos preocupemos más en legislar sobre nuestros enfermos que en cuidarlos y aliviarlos como se merecen y de formar a nuestros profesionales para que lo hagamos cada vez mejor! El enfermo en fase terminal no desea que le eliminemos, quiere que le cuidemos y que le aliviemos hasta que se muera. Pero es verdad que tenemos que saber responder a la pregunta: ¿qué hacer si desea la muerte?

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

ALTSIENT R. y col. Comité de Ética de la SECPAL. DECLARACIONES SOBRE LA EUTANASIA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS. Rev. Medicina Paliativa. Vol. 0: Nº1:37-40. 2002.

ÁLVAREZ A. PRÁCTICA Y ÉTICA DE LA EUTANASIA. Fondo de cultura económica. México. 2005.

BÁTIZ J. ENFERMOS CUIDADOS, NO ELIMINADOS. Editorial. Gaceta Médica Bilbao. 2007; 104: 45-50.

BÁTIZ J. LOS CUIDADOS PALIATIVOS: UNA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN EL CONTEXTO DE UNA SITUACIÓN CRÍTICA. En Relación Médico-Paciente. Comisión de Ética y Deontología Médica del Colegio Oficial de Médicos de Valladolid. 2008: 141-150.

BÁTIZ J. AYUDAR A MORIR BIEN. Editorial. Gaceta Médica Bilbao. 2007; 194: 97.

BÁTIZ J. ¿Y SI DESEA LA MUERTE? Artículo publicado en El Correo. 18 marzo 2005.

BONETE E. ¿LIBRES PARA MORIR? (En Torno a la Tánano-ética). Colección Ética Aplicada. Desclee. Bilbao. 2004.

CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MEDICA. Organización Médica Colegial de España. 1999.

FONNEGRA I. DE CARA A LA MUERTE. Editorial André Bello. México. 2001.

GAFO J. EUTANASIA Y AYUDA AL SUICIDIO (Mis recuerdos de Ramón San Pedro). Desclee. Bilbao. 1999.

GÓMEZ M, LÓPEZ-IBOR. J.J. y GUTIERREZ J.A. ASPECTOS MÉDICOS Y JURIDICOS DEL DOLOR, LA ENFERMEDAD TERMINAL Y LA EUTANASIA. Unión Editorial. Fundación Lilly. Madrid. 2008.

GÓMEZ M. MORIR CON DIGNIDAD. Aran. Madrid. 2005.

GÓMEZ M. y Col. LOS VALORES DE LA MEDICINA. Organización Médica Colegial de España. Madrid. 2008.

GÓMEZ M y Col. ATENCIÓN MÉDICA AL FINAL DE LA VIDA. Organización Médica Colegial de España. 2008.

GRACIA D. MORIR CON DIGNIDAD. DILEMAS ÉTICOS EN EL FINAL DE LA VIDA. Fundación Ciencias de la Salud. Madrid. 1996.

HEATH I. AYUDAR A MORIR. Katz Difusión. Madrid. 2008.

HENDIN H. SEDUCIDOS POR LA MUERTE (Médicos, pacientes y suicidio asistido). Planeta. Madrid. 2009.

HENNEZEL M. LA TENCIÓN DE LA EUTANASIA. 2001.

HUMPHRY D y WICKETT A. EL DERECHO A MORIR (comprender la eutanasia). Fábula Tusquets Editores. Barcelona. 2005.

MASIÁ J. TERTULIAS DE BIOÉTICA (Manejar la vida, cuidar a las peronas). Trotta. Madrid. 2006.

MÉNDEZ V. SOBRE MORIR (eutanasias, derechos, razones). Trotta. Madrid. 2002.

OLIVERA R. EUTANASIA (¿piedad, o crimen?). Costa-Amic Editores, SA. México. 2001.

OLLERO A. BIODERECHO. ENTRE LA VIDA Y LA MUERTE. Thomson Aranzadi. Navarra. 2006.

ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS. HUMANIZAR EL PROCESO DE MORIR. Comisión Interprovincial. Madrid. 2007.

PEREZ VA VM. EUTANASIA ¿PIEDAD? ¿DELITO?. Universidad Iberoamericana. Noriega Editores. México. 2003.

PRESTON T. APRENDER A MORIR. Editorial Amat. Barcelona. 2001.

REBOLLEDO F. APRENDER A MORIR. Distribuidora y Editora Maxicana SA. México. 2003.

RODRIGUEZ-ARIAS D. UNA MUERTE RAZONABLE (Testamento vital y eutanasia). Desclee de Brouwer. (Colección Ética Aplicada). Bilbao. 2005.

SERRANO JM. EUTANASIA. Ediciones internacionales universitarias. Tribuna siglo XXI. Madrid. 2007.

SINGER P. REPENSAR LA VIDA Y LA MUERTE. Paidós Transiciones. Barcelona. 1997.

TOMÁS Y VALIENTE C. EUTANASIA. Humanitas. Vol. 1, Nº1- Enero-Marzo. 2003.

JUJUEZ J. SUICIDIO ASISTIDO Y EUTANASIA: UN DEBATE CLÁSICO Y TRÁGICO, CON PRONÓSTICO RESERVADO. En El Final de la Vida. Anales del sistema sanitario de Navarra. Vol. 30, Suplemento 3. 2007: 137-161.

KÜNG H. MORIR CON DIGNIDAD. Trotta. 2004.