



## Eutanasia y Psicología. Algunas claves para la intervención en Procesos Adelantados de Muerte

Celia Ibáñez del Prado<sup>1\*</sup>

Enviado: 25 de agosto de 2022 / Aceptado: 2 de septiembre de 2022

**Resumen.** Los países que han optado por regular los Procesos Adelantados de Muerte (PAM) van en aumento en los últimos años. Este tipo de legislaciones implican directamente a los equipos sanitarios. Los psicólogos incluidos en estos equipos están en contacto con estos procesos, por lo que se torna imprescindible dilucidar, mediante la escasa literatura existente, si los PAM presentan variables diferenciales con otros procesos de muerte, que sean necesarias tener en cuenta durante la asistencia psicológica. Esta recopilación de literatura pretende plantear las diferencias que en la actualidad están contrastadas y plantear qué opciones de intervención psicológica están a nuestra disposición para realizar el acompañamiento a estas personas, sus cuidadores y los equipos sanitarios que los asisten.

**Palabras clave:** Eutanasia, suicidio médicamente asistido, adelantamiento de la muerte, psicología.

### [en] Euthanasia and psychology Some keys for intervention in hastened processes of death

**Abstract.** The countries that have chosen to regulate advanced death processes (PAM) have been increasing in recent years. This type of legislation directly involves health teams. The psychologists included in these teams are in contact with these processes, so it becomes essential to elucidate, through the scarce existing literature, if the PAM present differential variables with other death processes, that it is necessary to take into account during psychological assistance. This compilation of literature aims to present the differences that are currently contrasted and to propose what psychological intervention options are available to us to carry out the accompaniment of these people, their caregivers and the health teams that assist them.

**Keywords:** Euthanasia, physician-assisted suicide, hastening death, psychology

**Sumario:** 1 Introducción. 2 ¿Qué son los procesos adelantados de muerte? 3. ¿Dónde empiezan los procesos adelantados de muerte? 4. ¿Qué aspectos psicológicos diferencian los procesos de muerte médicamente asistidos? 5. ¿Dónde acaban los PAM? Duelo y eutanasia 6. Conclusiones 7. Referencias bibliográficas

**Como citar:** Ibáñez del Prado C. Eutanasia y Psicología. Algunas claves para la intervención en Procesos Adelantados de Muerte. *Psicooncología* 2022; 19: 327-338. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.84044>

1 Celia Ibáñez del Prado. Facultad de Psicología. universidad Complutense de Madrid. Campus Somosaguas  
E-Mail: [ceibanez@ucm.es](mailto:ceibanez@ucm.es)

\* Dirección de correspondencia: Celia Ibáñez del Prado. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Campus Somosaguas. 28223-Madrid. Spain.  
E-Mail: [ceibanez@ucm.es](mailto:ceibanez@ucm.es)

## 1. Introducción

Los países que han optado por regular los procesos adelantados de muerte (PAM) van en aumento en los últimos años. España se sumó mediante una ley orgánica el en año 2021<sup>(1)</sup>, en la cual la intervención psicológica no aparece reflejada. De hecho, solo en algunas regulaciones aparece descrita la intervención de un psicólogo, como en Colorado y Hawái, quedando relegada la intervención psicológica en otros estados de EE.UU. a los casos en los que existen dudas sobre la capacitación de los pacientes<sup>(2)</sup>. Aun así, en la clínica diaria los psicólogos serán, como hasta ahora, los encargados de acompañar emocionalmente a las personas que soliciten una Prestación de Ayuda Médica para Morir (AMpM).

Este tipo de legislaciones implican directamente a los equipos sanitarios. Los psicólogos incluidos en estos equipos están en contacto con estos procesos, por lo que se torna imprescindible dilucidar, mediante la escasa literatura existente, si los PAM presentan variables diferenciales con otros procesos de muerte, que sean necesarias tener en cuenta durante la asistencia psicológica. Esta recopilación de literatura pretende plantear las diferencias que en la actualidad están contrastadas y plantear qué opciones de intervención psicológica están a nuestra disposición para realizar el acompañamiento a estas personas, sus cuidadores y los equipos sanitarios que los asisten.

## 2. ¿Qué son los procesos adelantados de muerte?

Atendiendo a la definición de la legislación española: “Se entiende por eutanasia el acto que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios.”<sup>(1)</sup>. Los psicólogos tendrán, pues, un papel central en el proceso garantizando la “petición informada, expresa y reiterada en el tiempo” mediante los procesos de comunicación con las herramientas validadas de relación de ayuda<sup>(3)</sup>, además de dar respuesta a los equipos médicos responsables de que nos encontramos en una situación de “sufrimiento que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios”. Para ello es fundamental que se haya realizado una profunda evaluación interdisciplinar del sufrimiento de cada una de las personas y se hayan puesto a su disposición, las intervenciones tanto médicas como de enfermería y psicológicas que han mostrado eficacia en el alivio del sufrimiento en contexto de enfermedad. En psicooncología y cuidados paliativos encontramos: la Terapia de la Dignidad, la Terapia de Búsqueda de Sentido<sup>(4)</sup>, la Terapia Calm<sup>(5-7)</sup> y todas aquellas herramientas psicológicas que estén indicadas y hayan demostrado su validez para el control de la sintomatología que genere el sufrimiento del paciente. Una vez contrastada la escasa respuesta o la negativa de las personas a los tratamientos, podremos afirmar que su sufrimiento es refractario.

Una vez que se determina la refractariedad del sufrimiento será necesario comenzar una evaluación exhaustiva en la que estén presentes las variables habituales en una evaluación psicológica de final de vida y además tengamos en cuenta las particularidades de los PAM. Se describen a continuación las reflejadas en la literatura científica.

### 3. ¿Dónde empiezan los procesos adelantados de muerte?

Un proceso adelantado de muerte comienza con un Deseo Adelantado de Muerte (DAM) dentro de un contexto de alto nivel de sufrimiento.

Los DAM están siendo ampliamente estudiados en la última década. Los datos muestran que es un fenómeno altamente frecuente, tanto en la hospitalización general, en la que se alcanzan cifras de hasta un 56%, en personas con enfermedad compleja, entre un 2 y 8%<sup>(8,9)</sup> y en cuidados paliativos, entre un 8 y 37,8%<sup>(10-14)</sup>. Se torna por tanto imprescindible que los psicólogos tengamos en cuenta este fenómeno dentro de nuestra evaluación en pacientes con patología crónica o en fase final de vida.

Los DAM, según la definición de consenso entre expertos<sup>(14)</sup>, son una reacción al sufrimiento en el contexto de una condición que amenaza la vida, ante la cual el paciente no ve otra salida que acelerar su muerte. Esto se distingue de la aceptación de la muerte inminente o del deseo de morir naturalmente aunque preferiblemente pronto. No todos los DAM empujan al paciente a la solicitud de AMpM, aunque sí son los precursores de estas peticiones. Dentro de los DAM encontramos a personas que están en un proceso de reflexión sobre la petición de adelantar la muerte, personas que han solicitado o iniciado la solicitud de la ayuda médica para morir y personas que rechazan el soporte vital u otros tratamientos con el fin de adelantar su proceso de muerte. Con todos ellos la opción de adaptación a la situación y acompañamiento durante el proceso tiene que darse como alternativa, pero, pese a ello algunas personas optarán por AMpM.

El DAM puede surgir en respuesta a uno o más factores, incluidos síntomas físicos (presentes o previstos), malestar emocional (p. ej. depresión, desesperanza, miedos, etc.), sufrimiento existencial (p. ej. pérdida de sentido de la vida) o aspectos sociales (p. ej. sentir que uno es una carga o la percepción de soledad no deseada)<sup>(14)</sup>.

Uno de los principales factores dentro de los DAM es que son un fenómeno dinámico, que con frecuencia son conocidos por los cuidadores informales y no expresados a los equipos sanitarios – lo que hace imprescindible su evaluación en el contexto de sufrimiento- y que fluctúan en el tiempo en función de factores moduladores. Dentro de estos, los más relevantes son:

- Dolor. Es un síntoma controvertido respecto a su relación con los DAM: algunos estudios muestran una alta correlación<sup>(15-17)</sup>, mientras otros muestran ausencia de relación<sup>(18,19)</sup>. El dolor parece relacionarse con los DAM a través del significado y aprendizajes de cada persona sobre procesos previos y no tanto con su aparición en el presente. Por lo tanto, es una de las variables más relevantes para la intervención psicológica pues parece que tanto la dimensión cognitiva como la emocional son las claves para que el dolor module la aparición de los DAM.
- La dependencia funcional, el malestar físico, la fatiga, la disnea, la caquexia, la somnolencia y la mala calidad de vida percibida son también moduladores en la aparición y mantenimiento de los DAM<sup>(20-22)</sup>. El buen control sintomático dentro de los equipos interdisciplinarios que prestan tratamiento a los pacientes son clave para la disminución de esta sintomatología o la adaptación del paciente a la misma<sup>(20)</sup>.
- Los factores emocionales. Según la literatura son los más relevantes tanto en la aparición como en el mantenimiento de los DAM<sup>(19,24,25)</sup>. Entre ellos cabe destacar: la sintomatología depresiva -personas con enfermedad avanzada que presentan DAM tienen entre 2,5-3,11 veces más probabilidad de cursar con sintomatología

depresiva<sup>(11,19)</sup>-, la ansiedad -también está presente con índices más elevados en los pacientes con DAM<sup>(26-28)</sup>, la desesperanza -de forma conjunta con la depresión parecen ser claros precursores de los DAM y como esta, la desesperanza es más alta en pacientes con DAM<sup>(17,29)</sup>-, y el miedo al proceso de morir, que puede llegar a ser el condicionante de la petición de adelantar la muerte<sup>(30)</sup>.

- Los factores cognitivos. Los fundamentales a tener en cuenta como moduladores de los DAM son: presentar pensamientos automáticos negativos (PAN's) sobre el proceso de muerte, miedo al sufrimiento futuro<sup>(31)</sup>, pensamientos como “no poder seguir luchando” o “no tener fuerzas para lo que llegará”, sensación de pérdida de control sobre los propios pensamientos, experiencias negativas con procesos de muerte cercanos que pueden ser reexperimentadas, incertidumbre sobre el proceso de muerte (tiempos y procedimientos), pérdida de la propia identidad y un estilo de afrontamiento *monitoring* y *locus de control interno*<sup>(23)</sup>.
- Los factores espirituales también están relacionados con los DAM. El bienestar espiritual correlaciona de forma negativa con DAM<sup>(32,33)</sup>, además, al ser el bienestar espiritual un atenuador de la sintomatología, también lo sería en el mantenimiento y severidad de los DAM. La pérdida del sentido de la vida también está vinculada con los DAM<sup>(19,23,34)</sup>, así, las personas que presentan DAM manifiestan haber perdido el sentido de sus vidas. La pérdida del sentido de la dignidad también correlaciona de forma negativa con los DAM. La percepción de control sobre la propia vida aumenta cuando las personas tienen percepción de dignidad y es una variable clave en la petición de adelantar la muerte en pacientes con DAM<sup>(35)</sup>.
- Factores relacionados con el ámbito social. Un menor apoyo social percibido, así como los sentimientos de ser una carga para las personas del entorno se han vinculado con DAM<sup>(36)</sup>.
- Factores relacionados con la experiencia percibida con los cuidados. La falta de confianza en los equipos de cuidados, la percepción de difícil control de la sintomatología, la comunicación inadecuada con los componentes del equipo, la comunicación insensible o la falta de comunicación respecto al pronóstico y la falta de soporte emocional durante el proceso, se muestran como condicionantes para el mantenimiento o agravamiento de los DAM<sup>(37)</sup>.

Todos los factores descritos tienen que formar parte de la valoración psicológica en procesos de enfermedad avanzada y estar clarificados incluso en el inicio de la Planificación de Decisiones Avanzada (PDA). Para todos ellos tenemos herramientas ya contrastadas de evaluación e intervención. En la actualidad disponemos de herramientas validadas al castellano que reúnen los datos psicométricos adecuados para la evaluación de los DAM, como son las escalas *Schedule of Attitudes to Hastened Death* (SAHD), SAHD-5 y *Desire for Death Rating Scale* (DDRS), entre las más utilizadas<sup>(38-41)</sup>.

#### **4. ¿Qué aspectos psicológicos diferencian los procesos de muerte médicamente asistidos?**

En la persona que solicita un proceso de muerte médicamente asistido las variables psicológicas a tener en cuenta para el planteamiento de una intervención son:

- a. Expectativas de la persona sobre el papel de sus allegados - ya sean familiares, amigos o personas cercanas si las hubiere-, en la situación que vive<sup>(42,43)</sup>. Si las expectativas son de entidad activa en el proceso y las personas perciben que esto genera un sufrimiento familiar que no es posible afrontar o aparecen los sentimientos de ser una carga para los demás, pueden ser un precursor de solicitud de adelantar la muerte. Si no se trabajan estos aspectos pueden condicionar la toma de decisiones sobre el proceso, los canales de comunicación durante el proceso y el duelo posterior en los familiares.
- b. La toma de decisiones<sup>(44,45)</sup> es el proceso más relevante dentro de los PAM. La toma de decisiones tiene que realizarse con toda la información existente sobre el procedimiento de enfermedad y el entorno del paciente, una vez se haya contrastado la refractariedad del sufrimiento que padece.
- c. Evaluación de competencia. Es fundamental contrastar la comprensión racional de la información, procesamiento emocional de la misma, capacidad de comunicar, *insight* de enfermedad y capacidad de evaluar los posibles resultados de la decisión. De existir un documento de instrucciones previas o una Planificación de Decisiones Avanzada (PDA), es posible contrastar todas estas variables con la información descrita.
- d. Estado emocional. Lo ideal sería encontrar un estado de ánimo en calma. Estados como preocupación ansiosa pueden condicionar la toma de decisiones.
- e. Aislamiento/soledad. Ambas situaciones pueden afectar a la toma de decisiones y ser el precursor de una AMpM.
- f. Estigma social generado por los propios PAM o por la propia situación de enfermedad y deterioro. Estos pueden aparecer junto con los DAM e impedir que se solicite la prestación de ayuda para morir.

En los cuidadores de las personas que solicitan un proceso de muerte médicamente asistido:

1. Más del 50% apoyan la decisión de la persona a la que cuidan sobre iniciar el PAM<sup>(45)</sup>. El apoyo en la toma de decisiones es relevante tanto para la persona solicitante como para el cuidador, pues sirve de atenuante de las dificultades comunicativas con el entorno, afianza la relación entre ambos y abre un canal de comunicación emocional, necesario para permitir despedidas y preparación del momento de la muerte.
2. El inicio del PAM genera un distanciamiento comunicativo entre el solicitante y sus cuidadores, tanto formales como informales. Una vez iniciado el PAM, los solicitantes necesitan expresar a nivel emocional su situación y verbalizar sobre los acontecimientos, pero los cuidadores tienden a quedar satisfechos con los procesos comunicativos una vez tomada la decisión de emprender el camino del PAM.
3. Dilemas morales y tabúes sociales. Durante los PAM pueden estar presentes los tabúes sociales sobre este tipo de procedimientos, así como los dilemas morales que se derivan de los mismos (p. ej. “la atención médica elimina los deseos adelantados de muerte”, “las personas con familia no desean la muerte”, “las personas religiosas no se acogen a estos procedimientos”, “siempre hay algo que pueda hacerse”); son ideas que pueden estar en el núcleo social tanto de los pacientes como de los cuidadores pudiendo dar lugar a generar culpa, aislamiento y estigma social<sup>45</sup>. Todos ello puede dificultar tanto los propios PAM como la recuperación posterior de los cuidadores.

En los equipos de cuidados de pacientes que solicitan un proceso de muerte médicamente asistido:

- a. La primera y más relevante diferencia es que los profesionales tienen que plantearse si participarán o no del proceso de muerte asistida de sus pacientes. Todos los profesionales necesitan realizar una revisión de sus propios valores y aceptar o no la participación. Si aceptan colaborar en los PAM apuestan por el valor de la autonomía y por acompañar a sus pacientes hasta el final; si por el contrario se acogen a la objeción de conciencia para estos procesos, tendrán aun así que recoger la petición de sus pacientes y acompañarles hasta que se designe otro equipo que pueda realizar el procedimiento<sup>1</sup>. En ambas situaciones se producirá en los equipos una toma de decisiones compleja con alto coste emocional.
- b. Hasta el momento, y según nuestro conocimiento, no se han realizado estudios sobre psicólogos que hayan colaborado en la situación de muerte médicamente asistida, si bien sí se han realizado con los equipos médicos. En ellos se muestran las dificultades que presentan, tales como alto impacto emocional -que conlleva que hasta un 5% se cuestione la decisión respecto a colaborar en el proceso<sup>46</sup>-, miedo a los juicios de valor del entorno, estigmatización profesional y personal, dificultades de manejo de la carga emocional que implica la toma de decisiones y alto nivel de preocupación por la notificación de los casos<sup>47</sup>.

La atención psicológica puede ayudar a mejorar el desarrollo de estos procesos complejos en los equipos sanitarios.

## 5. ¿Dónde acaban los PAM? Duelo y eutanasia

Los procesos de muerte no terminan con el éxito del paciente. En todos los modelos actuales sobre la intervención en final de vida se entiende que lo que pone fin a la intervención a realizar es la resolución del proceso de duelo de los cuidadores<sup>48</sup>. ¿Son iguales los procesos de duelo si la muerte ha sido médicamente asistida? Es una de las grandes cuestiones que los psicólogos nos planteamos dentro de este nuevo escenario. La respuesta, al menos con los estudios existentes, es afirmativa. Se dan diferencias que son importantes para la evaluación e intervención en estos procesos de duelo, aunque los dolientes no presentan cifras más altas de complicaciones, ni de TEPT ni de otras afecciones de Salud Mental<sup>(49)</sup>.

Las diferencias más relevantes se dan en los factores de riesgo de complicaciones en el duelo, a los ya conocidos<sup>(50)</sup> es importante añadir las dificultades en el manejo del estigma social asociado a estos procesos, con la consecuente falta de apoyo social y las dificultades de comunicación abierta sobre lo acontecido<sup>(51)</sup>. La aparición de culpa durante el proceso – por no haber sido suficiente para evitar los DAM, por no haber cumplido las expectativas del ser querido, por no haber buscado otros recursos, como ejemplos- , la percepción de que el ser querido se ha ido “antes de tiempo”, percibir que han existido dificultades para el buen control de los síntomas emocionales, son factores que pueden entorpecer los procesos de duelo, complicarlos o incluso permanecer en los dolientes durante años<sup>(52)</sup>.

Como factores de protección ante las complicaciones en el duelo en procesos de eutanasia, es importante tener en cuenta que los cuidadores que están involucrados

en la toma de decisiones durante el procedimiento y aquellos que asumen la creencia de que están honrando la voluntad del fallecido con su participación, muestran mejores recuperaciones.

Respecto a los factores moduladores de los procesos de duelo, posterior a un PAM cabe destacar<sup>(53)</sup>:

1. Menos sintomatología en duelo si la aceptación del proceso está en sincronía con el familiar. Los tiempos de espera se vivencian como finales dignos y la percepción es de estado de ánimo en calma, aunque el tiempo, variable omnipresente durante el procedimiento, puede generar un alto nivel de sufrimiento.
2. La aceptación del entorno cercano ayuda a atenuar los procesos de duelo. La importancia del apoyo familiar durante el duelo puede verse empañada por una no aceptación del PAM o la soledad generada por la incomunicación del doliente. Si el entorno cercano y social es acogedor disminuye el miedo al estigma.
3. La visión final del fallecido modula el proceso de duelo. Los PAM se vivencian como una experiencia liberadora, lo que ayuda en la elaboración del proceso de duelo, si el doliente: guarda una visión de coherencia de la vivencia del fallecido con su propio proceso, si evalúa que asumió el sufrimiento y que afrontó su proceso final tomando sus propias decisiones, aunque estas fuesen difíciles, y percibe que “fue él mismo” hasta el final. Estas visiones son más habituales en PAM que en otros procesos de muerte.
4. Si el cuidador sufre una carga emocional por no haber podido compartir los DAM con el equipo o el entorno, se asociará con más sintomatología en duelo. Si por el contrario, los DAM se convierten en una misión de vida para el cuidador, los PAM se vivencian como un gran alivio y esto ayuda en la elaboración del proceso de duelo.
5. Los cuidadores con menor experiencia de cuidados presentan más dificultades en la elaboración de los procesos de duelo. Esta variable se relaciona con la ya mencionada y tan relevante de participar en la toma de decisiones.
6. Es necesario evaluar también el tipo de participación en el PAM<sup>(54)</sup>, pues los dolientes que han tenido una participación activa, así como los dolientes que aceptaron la decisión de su ser querido, presentan mejor adaptación después de la pérdida que los dolientes que no aceptaron la decisión y no participaron en el proceso.

## 6. Conclusiones

Son muchas las variables psicológicas implicadas en los PAM. La importancia de los profesionales de la psicología se constata con la realidad que muestra la literatura científica. Aún estamos ante una clara necesidad de formación en este ámbito, que, poco a poco, va construyendo un corpus teórico validado con el que poder atender a las personas que solicitan una prestación de ayuda para morir con todo el rigor ético y profesional necesario<sup>(55)</sup>.

En este escenario, el rol de los psicólogos en los PAM va definiéndose: pueden contribuir al desarrollo de protocolos, investigar e influir en las políticas públicas en este ámbito<sup>(56)</sup>, aumentar la calidad y seguridad de estos procesos, mejorar la adaptación de todos los agentes implicados (haciendo efectivos los procesos de comunicación – facilitando la comunicación enfermo-cuidador-equipo y la comunicación en entornos de gran carga emocional-), prestando atención a pacientes familiares y equipos, dando

soporte en la toma de decisiones y problemas éticos que puedan presentarse, así como mejorar la calidad de vida de las personas implicadas hasta la atención al proceso de duelo, que una vez resuelto marcará el final de los PAM<sup>(44)</sup>.

Algunas de las claves importantes en la atención psicológica en los PAM podrían resumirse en:

- Evaluar de forma sistemática los DAM en los pacientes con enfermedad avanzada.
- Realizar una exhaustiva evaluación del proceso de sufrimiento de las personas y un diagnóstico diferencial con Síndrome de Desmoralización y otras patologías asociadas a altos niveles de sufrimiento.
- Participar en el control de síntomas dentro de los equipos sanitarios, que ayudará a mejorar la percepción de las personas sobre los entornos sanitarios y atenuará los efectos de los síntomas propios de la enfermedad sobre el sufrimiento.
- Poner a disposición de las personas en situación de enfermedad las herramientas psicológicas de ayuda que han mostrado su validez en este contexto, incluyéndose entre ellas el acompañamiento y la posibilidad de adaptación a un entorno de sufrimiento.
- Apertura de canales de comunicación efectivos entre la persona solicitante, sus cuidadores informales y su equipo de cuidados. Esto permitirá que las personas puedan decidir y dilucidar sobre su futuro sin la carga emocional que supone la incomunicación, la culpa y el estigma social que aún está vinculado con la eutanasia.
- Tener en cuenta, tanto para la prevención de complicaciones en el duelo como para la intervención, los moduladores de los procesos de duelo por eutanasia especialmente la aceptación del PAM, la participación en los PAM y el estigma social.

El objetivo final de la atención psicológica en los PAM tendría que ser como en el resto de procesos de muerte: facilitar un entorno en el que la persona pueda tomar decisiones en función de sus valores y biografía, asegurar que su entorno lleva a cabo su voluntad y poner a su disposición las herramientas necesarias para que pueda realizar las despedidas que considere realizar, arreglar los asuntos que entienda como pendientes y acompañarle en lo que cada uno entienda por su “buena muerte”.

## 7. Referencias bibliográficas

1. Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. «BOE» núm. 72, de 25 de marzo de 2021, [Acceso 1 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/03/24/3>
2. Marina S, Wainwright T, Ricou M. The role of psychologists in requests to hasten death: A literature and legislation review and an agenda for future research. *Int J Psychol* 2021; 56: 64-74. <https://doi.org/10.1002/ijop.12680>.
3. Arranz P, Cancio H. Counselling: Habilidades de información y comunicación con el paciente oncológico. En: *Manual de Psico-Oncología*. NovaSidonia Madrid 2000 39-56
4. Robinson S, Kissane DW, Brooker J, Hempton C, Burney S. The relationship between poor quality of life and desire to hasten death: A multiple mediation model examining the



- contributions of depression, demoralization, loss of control, and low self-worth. *J Pain Symptom Manage* 2017;53:243-9. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.08.013>.
5. Caruso R, Sabato S, Nanni MG, Hales S, Rodin G, Malfitano C, et al. Application of Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) in advanced cancer patients: an Italian pilot study. *Psychother Psychosom* 2020;89:402-4. <https://doi.org/10.1159/000505875>.
  6. An E, Wennberg E, Nissim R, Lo C, Hales S, Rodin G. Death talk and relief of death-related distress in patients with advanced cancer. *BMJ Support Palliat Care* 2020;10:e19. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2016-001277>.
  7. Rodin G, Lo C, Rydall A, Shnall J, Malfitano C, Chiu A, Panday T, et al. Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM): A randomized controlled trial of a psychological intervention for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol* 2018;36:2422-32. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.77.1097>.
  8. Jones JM, Huggins MA, Rydall AC, Rodin GM. Symptomatic distress, hopelessness, and the desire for hastened death in hospitalized cancer patients. *J Psychosom Res* 2003;55:411-8. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(03\)00526-9](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(03)00526-9).
  9. Monforte-Royo C, Villavicencio-Chávez C, Tomás-Sábado J, Balaguer A. The wish to hasten death: a review of clinical studies. *Psychooncology* 2011;20:795-804. <https://doi.org/10.1002/pon.1839>.
  10. Villavicencio-Chávez C, Monforte-Royo C, Tomás-Sábado J, Maier MA, Porta-Sales J, Balaguer A. Physical and psychological factors and the wish to hasten death in advanced cancer patients. *Psychooncology* 2014;23:1125-32. <https://doi.org/10.1002/pon.3536>.
  11. Wilson KG, Dalgleish TL, Chochinov HM, Chary S, Gagnon PR, Macmillan K, et al. Mental disorders and the desire for death in patients receiving palliative care for cancer. *BMJ Support Palliat Care* 2016;6:170-7. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000604>.
  12. Breitbart W, Rosenfeld B, Gibson C, Kramer M, Li Y, Tomarken A, et al. Impact of treatment for depression on desire for hastened death in patients with advanced AIDS. *Psychosomatics* 2010;51:98-105. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.51.2.98>.
  13. Wilson KG, Graham ID, Viola RA, Chater S, de Faye BJ, Weaver LA, Lachance JA. Structured interview assessment of symptoms and concerns in palliative care. *Can J Psychiatry* 2004;49:350-8. <https://doi.org/10.1177/070674370404900603>.
  14. Balaguer A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J, Alonso-Babarro A, Altisent R, Aradilla-Herrero A et al. International consensus definition of the wish to hasten death and its related factors. *PLoS One* 2016; 11: e0146184. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146184>
  15. Julião M, Barbosa A, Oliveira F, Nunes B. Prevalence and factors associated with desire for death in patients with advanced disease: results from a Portuguese cross-sectional study. *Psychosomatics* 2013;54:451-7. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2013.01.006>.
  16. Emanuel EJ, Fairclough DL, Emanuel LL. Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers. *JAMA* 2000;284:2460-8. <https://doi.org/10.1001/jama.284.19.2460>.
  17. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Mowchun N, Lander S, Levitt M, Clinch JJ. Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 1995;152:1185-91. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.8.1185>.
  18. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti-Esch J, Galietta M, Nelson CJ, Brescia R. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA* 2000;284:2907-11. <https://doi.org/10.1001/jama.284.22.2907>.
  19. Freeman S, Smith TF, Neufeld E, Fisher K, Ebihara S. The wish to die among palliative home care clients in Ontario, Canada: A cross-sectional study. *BMC Palliat Care* 2016;29:15:24. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0093-8>.

20. Mystakidou K, Parpa E, Katsouda E, Galanos A, Vlahos L. Influence of pain and quality of life on desire for hastened death in patients with advanced cancer. *Int J Palliat Nurs* 2004;10:476-83. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2004.10.10.16211>.
21. Kim YA, Bogner HR, Brown GK, Gallo JJ. Chronic medical conditions and wishes to die among older primary care patients. *Int J Psychiatry Med* 2006;36:183-98. <https://doi.org/10.2190/3QXD-UR0H-K8FH-2CU8>.
22. Price A, Lee W, Goodwin L, Rayner L, Humphreys R, Hansford P, et al. Prevalence, course and associations of desire for hastened death in a UK palliative population: a cross-sectional study. *BMJ Support Palliat Care* 2011;1:140-8. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2011-000011>.
23. Güell E, Ramos A, Zertuche T, Pascual A. Verbalized desire for death or euthanasia in advanced cancer patients receiving palliative care. *Palliat Support Care* 2015;13:295-303. <https://doi.org/10.1017/S1478951514000121>.
24. Rodin G, Zimmermann C, Rydall A, Jones J, Shepherd FA, Moore M, et al. The desire for hastened death in patients with metastatic cancer. *J Pain Symptom Manage* 2007;33:661-75. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.09.034>.
25. Ganzini L, Silveira MJ, Johnston WS. Predictors and correlates of interest in assisted suicide in the final month of life among ALS patients in Oregon and Washington. *J Pain Symptom Manage* 2002;24:312-7. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(02\)00496-7](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(02)00496-7).
26. Kelly B, Burnett P, Pelusi D, Badger S, Varghese F, Robertson M. Factors associated with the wish to hasten death: a study of patients with terminal illness. *Psychol Med* 2003;33:75-81. <https://doi.org/10.1017/s0033291702006827>.
27. Mystakidou K, Rosenfeld B, Parpa E, Katsouda E, Tsilika E, Galanos A, et al. Desire for death near the end of life: the role of depression, anxiety and pain. *Gen Hosp Psychiatry* 2005;27:258-62. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2005.02.004>.
28. Shim EJ, Hahn BJ. Anxiety, helplessness/hopelessness and 'desire for hastened death' in Korean cancer patients. *Eur J Cancer Care* 2011;20:395-402. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2010.01202.x>.
29. Ganzini L, Goy ER, Dobscha SK. Prevalence of depression and anxiety in patients requesting physicians' aid in dying: cross sectional survey. *BMJ* 2008;337:a1682. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1682>.
30. Wilson KG, Chochinov HM, McPherson CJ, Skirko MG, Allard P, Chary S, et al. Desire for euthanasia or physician-assisted suicide in palliative cancer care. *Health Psychol* 2007;26:314-23. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.26.3.314>.
31. Wilson KG, Scott JF, Graham ID, Kozak JF, Chater S, Viola RA, et al. Attitudes of terminally ill patients toward euthanasia and physician-assisted suicide. *Arch Intern Med* 2000;160:2454-60. <https://doi.org/10.1001/archinte.160.16.2454>.
32. Wang YC, Lin CC. Spiritual well-being may reduce the negative impacts of cancer symptoms on the quality of life and the desire for hastened death in terminally ill cancer patients. *Cancer Nurs* 2016;39:E43-50. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000298>.
33. McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet* 2003;361:1603-7. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13310-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13310-7).
34. Morita T, Sakaguchi Y, Hirai K, Tsuneto S, Shima Y. Desire for death and requests to hasten death of Japanese terminally ill cancer patients receiving specialized inpatient palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2004;27:44-52. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2003.05.001>.

35. Crespo I, Rodríguez-Prat A, Monforte-Royo C, Wilson KG, Porta-Sales J, Balaguer A. Health-related quality of life in patients with advanced cancer who express a wish to hasten death: A comparative study. *Palliat Med* 2020;34:630-8. <https://doi.org/10.1177/0269216320904607>.
36. Johnson SM, Cramer RJ, Conroy MA, Gardner BO. The role of and challenges for psychologists in physician assisted suicide. *Death Stud* 2014;38:582-8. <https://doi.org/10.1080/07481187.2013.820228>.
37. Schroepfer TA. Critical events in the dying process: the potential for physical and psychosocial suffering. *J Palliat Med* 2007;10:136-47. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.0157>.
38. Rosenfeld B, Breitbart W, Stein K, Funesti-Esch J, Kaim, M, Krivo S, et al. Measuring desire for death among patients with HIV/AIDS: The schedule of attitudes toward hastened death. *Am J Psychiatry* 1999;156: 94-100. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.1.94>.
39. Monforte-Royo C, González-de Paz L, Tomás-Sábado J, Rosenfeld B, Strupp J, Voltz R, et al. Development of a short form of the Spanish schedule of attitudes toward hastened death in a palliative care population. *Qual Life Res* 2017;26:235-9. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1409-0>.
40. Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Mowchun N, Lander S, Levitt M, et al. Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 1995;152:1185-91. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.8.1185>.
41. Bellido-Pérez M, Monforte-Royo C, Tomás-Sábado J, Porta-Sales J, Balaguer A. Assessment of the wish to hasten death in patients with advanced disease: A systematic review of measurement instruments. *Palliat Med* 2017;31:510-525. <https://doi.org/10.1177/0269216316669867>.
42. Ohnsorge K, Gudat H, Rehmman-Sutter C. What a wish to die can mean: reasons, meanings and functions of wishes to die, reported from 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care. *BMC Palliat Care* 2014;31:13-38. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-38>.
43. Rodríguez-Prat A, Balaguer A, Booth A, Monforte-Royo C. Understanding patients' experiences of the wish to hasten death: an updated and expanded systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open* 2017; 29;7(9):e016659. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016659>.
44. Ricou M, Wainwright T. The psychology of euthanasia: Why there are no easy answers. *Eur Psychologist* 2019 24: 243-56. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000331>.
45. Gamondi C, Pott M, Forbes K, Payne S. Exploring the experiences of bereaved families involved in assisted suicide in Southern Switzerland: a qualitative study. *BMJ Support Palliat Care* 2015;5:146-52. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2013-000483>.
46. Kelly B, Handley T, Kissane D, Vamos M, Attia J. "An indelible mark" The response to participation in euthanasia and physician-assisted suicide among doctors: a review of research findings. *Pall Support Care* 2019; 18:82-8 <https://doi.org/10.1017/S1478951519000518>.
47. Evenblij K, Pasma HRW, Pronk R, Onwuteaka-Philipsen BD. Euthanasia and physician-assisted suicide in patients suffering from psychiatric disorders: a cross-sectional study exploring the experiences of Dutch psychiatrists. *BMC Psychiatry* 2019;19:74. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2053-3>.
48. Colby WH, Dahlin C, Lantos J, Carney J, Christopher M. The National Consensus Project for Quality Palliative Care Clinical Practice Guidelines Domain 8: ethical and legal aspects of care. *HEC Forum* 2010;22:117-31. <https://doi.org/10.1007/s10730-010-9128-3>.

49. Swarte NB, van der Lee ML, van der Bom JG, van den Bout J, Heintz AP. Effects of euthanasia on the bereaved family and friends: a cross sectional study. *BMJ* 2003;327:189. [https://doi.org/ 10.1136/bmj.327.7408.189](https://doi.org/10.1136/bmj.327.7408.189).
50. Barreto P, Yi P, Soler C. Predictores de duelo complicado. *Psicooncología* 2008;5:383-400.
51. Andriessen K, Krysinska K, Castelli Dransart DA, Dargis L, Mishara BL. Grief after euthanasia and physician-assisted suicide. *Crisis* 2020;41:255-72. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000630>.
52. Goldberg R, Nissim R, An E, Hales S. Impact of medical assistance in dying (MAiD) on family caregivers. *BMJ Support Palliat Care* 2021;11:107-14 <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2018-001686>.
53. Laperle P, Achille M, Ummel D. To lose a loved one by medical assistance in dying or by natural death with palliative care: a mixed methods comparison of grief experiences. *Omega (Westport)* 2022;14:302228221085191. [https://doi.org/ 10.1177/00302228221085191](https://doi.org/10.1177/00302228221085191).
54. Gamondi C, Pott M, Preston N, Payne S. Family caregivers' reflections on experiences of assisted suicide in Switzerland: a qualitative interview study. *J Pain Symptom Manage* 2018;55:1085-1094. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.12.482>.
55. Karesa S, McBride D. A sign of the changing times? Perceptions of Canadian psychologists on assisted death. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*. 2016;57:188-92. <https://doi.org/10.1037/cap0000058>.
56. Sinclair C. Societal-level ethical responsibilities regarding active euthanasia: An analysis using the universal declaration of ethical principles for psychologists. *Ethics Behav* 2020;30:14-27. <https://doi.org/10.1080/10508422.2019.1636654>.