



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

*EL ACTUAR ENFERMERO FRENTE A LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO  
ASISTIDO: ASPECTOS LEGALES, ÉTICO PROFESIONALES Y RELIGIOSOS  
PARA UNA MUERTE DIGNA EN MÉXICO*

TESINA

Que para obtener el título de

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A

CARLA MOCTEZUMA OLEA

NO. CUENTA 309207638

DIRECTOR: EEC. ANDRÉS RAMÍREZ MUÑOZ

CIUDAD DE MÉXICO, 2019



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## Dedicatorias

Dedico primeramente a mí misma este trabajo, ya que sin la presente tesina no podría alcanzar mi título de Licenciada en Enfermería, fruto de una charla cotidiana, vista desde un punto de moral y filosófico; así mismo por todas las situaciones difíciles por las que he atravesado.

He entendido, a su tiempo, lo que la muerte significa, lo que sucede en torno a la vida y lo que tengo que seguir aprendiendo a lo largo de este arduo camino. Me siento orgullosa de realizar un trabajo de este tipo, y me siento satisfecha y plena conmigo misma por esta misma razón.

A mi abuelita Martha MG:

Te dedico a ti este logro Ma, porque alguna vez mencionaste la palabra Enfermería, sin yo siquiera conocer su significado, y porque sin pensarlo y sin darme cuenta, seguí tus pasos... Te llevo en la sangre, en mi mente y en mi corazón por siempre. Porque no solo el lazo familiar nos une, sino también la profesión y la vocación de servir. Te Amo por siempre, gracias por tanto.

A mi mamá Patricia OM:

Gracias por impulsarme y forzarme a ser lo que soy hoy. Gracias por apoyarme en las decisiones que he tomado, que sé, para ti no han sido fáciles algunas, sin embargo, lo has hecho. Por ese esfuerzo y sacrificio que hacías en su momento que yo pocas veces entendí... Hoy en día, puedo decirte no solo "Lo logré", sino "Lo logramos..." A ti este logro, a ti este trabajo. Gracias por todo.

AMA, a él:

Porque fue la primer persona, hasta ahora, en hacerme ver que soy capaz de lograr y alcanzar lo que quiera y lo que me proponga. Porque él vio en mí a una mujer inteligente, capaz e independiente, con las facultades más extraordinarias para lograr y alcanzar sus sueños y metas.

Porque mi autoestima se levantó en segundos, después de estar caída por años. Porque nadie había hecho en mí lo que él hizo. Logró que yo creyera en mí. Logró que yo tuviera ánimos y esperanzas de vivir, de sentir, de hacer, de gozar. Porque solo él logró que yo tuviera confianza en mí misma, y logró que yo quisiera ser mejor persona, superarme y descubrir más de la vida.

Porque sé que todas sus palabras fueron sinceras y de corazón, agradezco haberlo conocido y el haber coincidido... Porque me ayudó hasta donde sus posibilidades

estuvieron presentes, porque me apoyó y porque tuvo tiempo de colaborar para crear este trabajo. No tengo más palabras para agradecerle, no las encuentro, sin embargo, mi agradecimiento es infinito. Aquello que nos une, es lo mismo que nos mantiene a cada quién dentro de su camino. Entendí que se puede estar, bajo ciertas limitaciones... Porque gracias a él, encontré quién soy, a dónde voy y qué merezco. Me encontré y maduré lo suficiente para aceptarme, entenderme y valorarme. Todo lo que viva y disfrute en su momento, me recordará siempre a ti. Siempre estás presente. Gracias... Esto también es por ti.

## Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México:

Te doy las gracias a ti, universidad, ya que desde 2008, me recibiste y aceptaste en uno de tus más hermosos recintos preparatorianos, Prepa 5, haciéndome parte de tu matrícula estudiantil, donde comencé mi formación y posteriormente en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, continuando mis estudios universitarios. Así pues, hoy soy orgullosa egresada de la Máxima Casa de Estudios en México como Licenciada en Enfermería.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia:

En donde pude realizar mis estudios y concluir de manera satisfactoria esta noble profesión. Gracias a los profesores a cargo de mi formación, aquellos que sí merecen una mención por tener la verdadera vocación de la carrera y la docencia. Andrés Ramírez principalmente quien me ha ayudado a sacar adelante este trabajo, que por fin pudo ver la luz. Le agradezco por haberme asesorado y guiado en este camino llamado titulación. A Soledad Ochoa, Gabriel Rosales, Norma Navarro, Querubín Enríquez.

También agradezco a Alejandro Ramírez, Eliug Osuna, Julio Ibáñez, Adrián Poblano, Ulises de la Campa, Víctor Valverde, Alberto González, quienes igualmente influyeron en mi formación en diversos temas.

Gracias a los hospitales que, en prácticas clínicas me alojaron su determinado tiempo para mi formación profesional, por los enfermeros que conocí, a los pacientes que tuve a mi cargo que me agradecieron con palabras y acciones verdaderas y por el apoyo de médicos, y personal paramédico con quienes crucé caminos.

A mi amigo J Antonio R.L:

Gracias por apoyarme en todo momento. Porque sé que tu amistad es sincera, porque sé que puedo contar contigo. Gracias por motivarme a continuar. Gracias por hacerme ver que soy capaz, que solo necesito un empujón para lograrlo (con su respectiva charla, comida y trago). Gracias por entenderme y por ayudarme en mis momentos de crisis. Gracias porque me has dado la confianza de abrirme contigo. Gracias por creer en mí... Gracias mi 75, mi "orange..." esto también es por ti.

“Cuando las personas correctas llegan a tu vida, cosas positivas empiezan a suceder”

A la vida:

Ahora sé que la muerte llega en su tiempo y en su momento, y por esto, quiero dar gracias a la vida porque me brinda la oportunidad de aprovechar y vivir lo que tenga que vivir y experimentar, y evidentemente este trabajo es parte de los aprendizajes y experiencias que me llevaré conmigo, algún día.

Gracias, a todas las personas que han sido parte de este momento, que directa o indirectamente han colaborado con la realización de este trabajo. Gracias a Francisco por su apoyo, y por la bibliografía que me brindó en su momento para poder enriquecer mi trabajo. A mis compañeras de Servicio Social, Gaby y Estefa. A P. Dr. J Ramón PC SDB. Gracias también a quienes no creyeron en mí, pues les demuestro que aquí estoy, y que lo he logrado. A todos, muchas gracias.

A Dios:

A pesar de haberme alejado paulatinamente desde hace 8 años atrás, aún queda fe, creencia y esperanza... Todo lo que anteriormente agradezco y dedico sé que es por Ti, ya que me das ese regalo y me ayudas a lograrlo con el esfuerzo y dedicación que yo realice en cada una de mis actividades. Gracias por las oportunidades, las situaciones y el amor.

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>6</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>8</b>
2.1 GENERAL .....	8
2.2 ESPECÍFICOS .....	8
<b>3. CAPÍTULO I MARCO DE REFERENCIA</b>	
<b>EUTANASIA: ASPECTOS ÉTICO LEGALES Y RELIGIOSOS. UN ENFOQUE</b>	
<b>GENERAL.</b> .....	<b>9</b>
3.1 CONCEPTOS BÁSICOS .....	9
3.2 MARCO HISTÓRICO .....	14
<b>4. CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>18</b>
4.1 OTROS PAÍSES .....	22
4.2 HOLANDA .....	22
4.3 BÉLGICA .....	26
4.4 LUXEMBURGO .....	27
4.5 SUECIA .....	28
4.6 MÉXICO .....	29
4.7 ENFERMERÍA Y SU ENFOQUE. ¿CÓMO INTERVIENE UN	
PROFESIONAL DE LA SALUD? .....	34
<b>5. CAPÍTULO III MUERTE DIGNA. LOS CUIDADOS PALIATIVOS Y SU</b>	
<b>FUNCIÓN EN EL BIEN MORIR DE LA PERSONA.</b> .....	<b>38</b>
<b>6. CAPÍTULO IV SUICIDIO ASISTIDO</b> .....	<b>48</b>
<b>7. CAPÍTULO V TANATOLOGÍA. NECESARIA PARA LA</b>	
<b>SENSIBILIZACIÓN DEL PERSONAL ENFERMERO</b>	
<b>ANTE LA MUERTE</b> .....	<b>51</b>
<b>8. CAPÍTULO VI ESTUDIOS RECIENTES</b> .....	<b>56</b>
8.1 CASOS CLÍNICOS PARA TOMAR EN CUENTA .....	56
<b>9. METODOLOGÍA</b> .....	<b>60</b>
9.1 MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	
<b>10.RESULTADOS</b> .....	<b>61</b>
<b>11.CONCLUSIONES</b> .....	<b>61</b>
11.1 RECOMENDACIONES .....	64
<b>12.GLOSARIO DE TÉRMINOS</b> .....	<b>66</b>
<b>13.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>71</b>

# INTRODUCCIÓN

El presente trabajo, lo he realizado gracias a la inquietud que me ha surgido con respecto al tema de la Eutanasia, el cual, hoy en día sigue siendo tan controversial y delicado como en el pasado. Para muchos de nosotros, el tema de la muerte es considerado como algo prohibido, algo de lo que “no debemos hablar”. Este tabú, debería ser erradicado a la brevedad, y aún más en el área que nos compete: el de la salud.

Bien es sabido que en nuestro país la eutanasia se considera aún ilegal, en Holanda, por ejemplo, ya es una oportunidad para la persona de tener una muerte digna, liberándola del sufrimiento, terminando la agonía de la misma y dignificando su ser. En México, principalmente una de las causas del rechazo a la aceptación de la eutanasia es la religión, seguida de los hechos jurídicos y legales que conlleva el actuar atentando contra la vida de una persona. Pero ¿por qué no legalizar en nuestro país si en otros lugares del mundo ya se ha hecho, o está en planes de hacerse? Es difícil, ya que pueden verse implicados aspectos económicos gubernamentales, así como también, aspectos morales, ya que la aceptación social no se da tan fácilmente.

Erradicar las falsas creencias de que la eutanasia es mala, teniendo en cuenta las implicaciones legales que conlleva el procedimiento, dejando los estigmas de lado, ya que lo que se busca es cesar el dolor y eliminar el sufrimiento humano, por medio de una muerte digna, alcanzando la dignificación de la vida.

Involucrar a la enfermería en el acompañamiento físico, psicológico y espiritual del paciente, así como de la familia, da un plus al humanismo del que los profesionales de enfermería se caracterizan. Sabemos también que enfermería es la ciencia del cuidado, y que por medio de ésta la recuperación de los pacientes casi siempre en todos los casos es favorable. Ahora bien, la aplicación del cuidado y de las tecnologías fundamentadas científicamente mejoran la calidad de vida de la persona, pero así como nosotros aplicamos y ministramos medicamentos para el alivio de algún malestar físico de la persona, ¿lo hiciéremos para cesar la vida de



alguien? Hay que llevar más allá a la enfermería, buscar nuevos panoramas, dejar detrás la apatía y dignificar la profesión.

Involucrarse aún más en los procedimientos médicos, no desplaza a doctores, sino que nos involucra aún más en el tratamiento holístico de la persona, conociendo más a fondo sus necesidades, complementando con la información ya existente de las grandes teóricas que nos han dejado su legado a través de generaciones pasadas.

El acompañamiento que enfermería brinda a una persona se da desde los inicios de la vida hasta el término de ésta, así que la ejecución del procedimiento de eutanasia, también debería competir para todo profesional enfermero, y no por el hecho de ser “acatadores de órdenes”, sino porque la enfermería tiene que dignificarse como profesión, demostrar que también somos capaces de aplicar el conocimiento en pro de los pacientes, basándonos en fundamentaciones y guías establecidas para llevar a una excelencia el cuidado que tanto nos caracteriza.

Pero ¿De verdad el personal de la salud estaría dispuesto a aplicar dicha práctica en las rutinas diarias de trabajo?

Se debe buscar, como profesionales de la salud, un beneficio en la persona, evitando a toda costa el dolor, humanizando y dignificando a quien en momentos tan difíciles como lo son una enfermedad terminal, o un estado vegetativo, solicita (o ya hubo solicitado) la muerte de manera compasiva, puesto que no le gustaría atravesar por una situación tan agonizante. Enfermería es quien está a cargo de los pacientes. Quien está en mayor contacto con ellos, y solo enfermería conoce las necesidades y requerimientos de cada enfermo. La empatía y la conexión que se tiene con cada persona es única y especial, y eso nos hace especialmente unidos con la persona enferma. Solo enfermería conoce lo que los pacientes sienten, ya sea por la profesión tan humana, o por la vocación que cada uno de nosotros llevamos dentro. Así con esto, podemos ayudar en el bien morir de una persona, ya que esto, es lo que define a la eutanasia como acto etimológico y contextual.

## **OBJETIVO GENERAL**

Conocer y analizar los aspectos legales, ético profesionales y religiosos de la eutanasia con base en sus antecedentes, para considerarlo como opción de legalización en México a través de una muerte digna mediante un enfoque enfermero, así como la consideración de aplicación a cargo de enfermería.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Revisar los conceptos básicos de la Eutanasia y la Muerte Asistida para un mejor entendimiento del personal enfermero
2. Describir los conceptos de eutanasia, suicidio asistido, ley de voluntad anticipada y cuidados paliativos aplicables en personas terminales
3. Determinar los antecedentes históricos de la eutanasia en otros países y su probable aplicación en México con bases, leyes y normativas que rigen actualmente
4. Identificar al personal enfermero como profesional capaz de participar en un procedimiento eutanásico
5. Reconocer la muerte digna como derecho de todos los pacientes en estado terminal
6. Reconocer al suicidio asistido como una acción tolerable
7. Demostrar el alcance de la tanatología en el enfermo y su familia, así como en el personal enfermero mejorando el estado emocional, psíquico y físico

# CAPÍTULO I

## MARCO DE REFERENCIA

### EUTANASIA: ASPECTOS ÉTICO LEGALES Y RELIGIOSOS. UN ENFOQUE GENERAL.

#### CONCEPTOS BÁSICOS

La eutanasia hoy en día continúa siendo un tema de debate social que incluye aspectos religiosos, políticos, ético-legales, morales y culturales los cuales no pueden tocarse fácilmente debido a que aún existen tabúes entre la población en general, incluso en profesionales de la salud. Se muestran a continuación algunas definiciones acerca de la eutanasia, y aquellas palabras que acompañan también al hecho del bien morir.

Las definiciones de la eutanasia son varias; podemos comparar y darnos cuenta de que el significado es casi el mismo de acuerdo con la capacidad de entendimiento y aceptación entre las sociedades. La palabra *Eutanasia*, proviene de la raíz griega *Eu* que significa bueno, verdadero, y del vocablo *Thanatos* que significa muerte. Con esto, tenemos que la definición no es una en específico, sin embargo la más aceptada es la que se muestra por parte de la etimología griega, que nos refiere una definición de “Muerte Dulce” o “Buena Muerte”.

Como ya se dijo, varias definiciones son encontradas y aceptadas, como la que nos muestra la Real Academia Española<sup>1</sup> haciendo mención de ser una “Intervención

---

<sup>1</sup> Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 23ª ed. Madrid: Espasa. 2014.

deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura” o también “Muerte sin sufrimiento físico”.

Keown J.<sup>2</sup> la describe como “La muerte intencional de un paciente, por acción o por omisión, como parte de la atención médica”. Así, ésta puede complementarse con la definición que la Congregación de la Doctrina de Fe proporciona: “Por eutanasia se entiende una acción o una omisión que, por su naturaleza o en la intención, causa la muerte con el fin de eliminar el dolor”<sup>3</sup>.

Para la Organización mundial de la Salud (OMS), las definiciones varían de una persona a otra, pero tienen definiciones en común, como “El homicidio intencionado de aquellos en los que se ha expresado de manera libre y con competencia plena, el deseo de ser ayudados a morir; el suicidio asistido profesionalmente y la muerte intencional de los recién nacidos con anomalías congénitas”

Otra de las definiciones, establecidas por la Asociación Médica Mundial es la siguiente: “La eutanasia, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética. Ello no impide al médico respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad”<sup>4</sup>

Con esta definición tenemos una rotunda negativa para la realización de la Eutanasia, ya que como dice anteriormente, “es contraria a la ética”, sin embargo, ¿Dónde queda la dignidad y el bien morir de la persona en cuestión, quien es la víctima, el doliente, quien sufre los amargos dolores de la travesía de su enfermedad? A pesar de manejanos bajo un aspecto filosófico, moral y ético, la compasión y el auxilio a terceros es lo que mantiene la propuesta de legalización o autorización de la eutanasia, no solo en México, sino en gran parte del mundo,

---

<sup>2</sup> Keown J. La Eutanasia Examinada Perspectivas Éticas, Clínicas y Legales. 1ª ed. México: Fondo de Cultura Económica; 2004.

<sup>3</sup> Behar D. Cuando la Vida ya no es Vida ¿Eutanasia? 1ª ed. México. Pax México. 2007

<sup>4</sup> Merchán-Price Jorge. LA EUTANASIA NO ES UN ACTO MÉDICO. pers.bioét. [Internet]. 2008 June [cited 2019 Feb 07]; 12( 1 ): 42-52. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-31222008000100005&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222008000100005&lng=en).

haciendo cada vez más posible la aprobación de la misma en un marco legal, amparando dicho procedimiento.

Teniendo un panorama variado de las diversas definiciones de lo que la Eutanasia es, vamos a homogeneizar el significado, dando como resultado que, la muerte se busca con el fin de cesar el dolor; buscando una forma digna de muerte, donde la persona pueda decidir a favor del cese de su sufrimiento, —conocido también como suicidio asistido—<sup>5</sup> siempre y cuando la persona se encuentre en condiciones terminales, optando por las diversas clasificaciones de la eutanasia ya sea activa o pasivamente. Si bien no todos conocen las características de cada una, es importante diferenciarles para dejar de lado la estigmatización de que una buena muerte es mala.

Como ya se mencionaba, en México aún no se legaliza la eutanasia, sin embargo se observa que, en países como Holanda, desde el 2001 ya acepta esta práctica bajo ciertos lineamientos que mencionaremos más adelante. Al hablar entonces de los tipos de eutanasia, tenemos varias clasificaciones de ésta. La eutanasia **activa o positiva**<sup>6</sup>, es aquella en la que una persona, administra alguna droga en cantidades altas, provocando la muerte del paciente, y aliviando su dolor. Ejemplo de esto, es la aplicación de diversas drogas como lo es el pentobarbital y el tiopental en cantidades elevadas, autorizadas en Países Bajos, Suiza, Australia y Oregon.

La eutanasia **pasiva o negativa**<sup>7</sup> es aquella acción donde se han de eliminar o retirar los aparatos que mantienen con vida a la persona, o suspender el tratamiento que se le proporcionaba para mantener y alargar la vida del paciente. Un ejemplo claro sería un paciente en estado vegetativo. Los aparatos de soporte vital se le

---

<sup>5</sup> Dmd.org.mx [Internet]. México: Fundación Espinosa Rugarcía [Citado 26 abr 2018]. Disponible en: <http://dmd.org.mx/suicidio-asistido/>

<sup>6</sup> Corte Constitucional de Colombia (2014). «Sentencia T-970/14 Eutanasia activa o positiva». Consultado el 26 de marzo de 2018.

<sup>7</sup> Corte Constitucional de Colombia (2014). «Sentencia T-970/14 Eutanasia pasiva o negativa». Consultado el 26 de marzo de 2018.

retirarían para evitar un alargamiento innecesario de la “vida”, ya que sus funciones vitales ya no se efectúan por sí solas.

Existe también la eutanasia **directa** e **indirecta**, definiéndose la primera como “La realización de un acto que deliberadamente provoca la muerte del paciente”, y la segunda definiéndose como “La acción en que la muerte o la abreviación de la vida pueden resultar como efecto secundario no pretendido en sí”<sup>8</sup>

La eutanasia **voluntaria**<sup>9</sup>, es aquella donde el paciente es consciente de que va a realizársele dicho procedimiento. En otras palabras, aplicándosele el consentimiento informado<sup>10</sup>. La eutanasia **involuntaria**<sup>11</sup> es cuando se actúa en contra del conocimiento de la persona, siendo este acto penado por la mayoría de los países en general.

Incluso términos nuevos se han adoptado a partir de la discrepancia entre los ya mencionados acerca de la eutanasia. Éstos incluyen definiciones más digeribles a la hora de hablar del tema.

¿Será que a pesar de que la medicina es un avance tecnológico para la erradicación de ciertas enfermedades, el tratamiento de las mismas y la cura de algunas otras, en otras ocasiones, se vuelve un tema a tratar cuando de distanasia<sup>12</sup> hablamos, ya que el aferrarse a la vida del paciente, sin considerar que a pesar de ya no tener esperanzas de vivir, se continúa alargando el sufrimiento y agonía, todo esto con tal de cumplir “el juramento de preservación de la vida?”. Por esto es que el término de **adistanasia**<sup>13</sup> significa el no prolongar más la agonía, no obstaculizando el morir de

---

<sup>8</sup> Behar D. Cuando la Vida ya no es Vida ¿Eutanasia? 1ª ed. México. Pax México. 2007

<sup>9</sup> Keown J. La Eutanasia Examinada Perspectivas Éticas, Clínicas y Legales. 1ª ed. México: Fondo de Cultura Económica; 2004.

<sup>10</sup> CONBIOETICA [Internet]. México: Secretaría de Salud [Citado 29 abr 2018]. Disponible en: [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento\\_informado.html](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html)

<sup>11</sup> Caldevilla Domínguez, D. SOBRE LA EUTANASIA. Vivat Academia [Internet]. 2005;(68):1-16. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=525753088001>

<sup>12</sup> INCMNSZ [Internet]. México. Dr. José Alberto Ávila Funes. [actualizado 12 marzo 2013; citado 4 mayo 2018]. Disponible en: <http://incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/eutanasiaOrtotanasiaDistanasia.html>

<sup>13</sup> Ibídem

la persona. Todo esto nos lleva al término **ortotanasia**<sup>14</sup> es el bien morir de la persona, una muerte digna sin prolongar la agonía, ayudando en el proceso de muerte, es decir, entendiéndose como los cuidados paliativos que puedan brindársele a la persona. Aquí es donde enfermería entra de lleno en el cuidado del paciente terminal: La aplicación de cuidados paliativos por medio de los cuales, enseñamos a pacientes y familia a “vivir” los últimos días juntos.



Imagen 1: LOS TIPOS DE EUTANASIA QUE SE CONOCEN EN EL MUNDO. Tomada de: <https://quintafuerza.mx/mexico/amlo-eutanasia-mexico/>

---

<sup>14</sup> Gamarra, MdP. La asistencia al final de la vida: la ortotanasia. Horizonte Médico [Internet]. 2011;11(1):40-46. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=371637121006>

## MARCO HISTÓRICO

Mucho se ha hablado a lo largo de los años acerca de la eutanasia. Mayormente se ha dicho que va contra Dios; moralmente no es aceptado ya que es un hecho en el cual, se consideraría como un caso de homicidio, y porque en aspectos profesionales, no se ha dado la enseñanza para quitar vidas, sino para salvaguardarlas y procurarlas. Con esto, si retomamos antecedentes históricos acerca de esta práctica nos damos cuenta que Valadés D.<sup>15</sup> hace referencia al Siglo V a.J.C., donde Sócrates atribuye a Asclepio la decisión de no prolongar la vida “en los casos en que los cuerpos están totalmente enfermos por dentro” y no intentaba “prolongar la desdichada vida de los enfermos”. Como vemos, la concepción de terminar el sufrimiento debido a que en tales condiciones “no se era útil para el estado” mantiene una postura de que la persona “no es provechosa al vivir así”.

Así pues, antes de que Sócrates pusiera fin a su vida con cicuta —un veneno muy poderoso— demostró que la muerte era noble y deseable, dignificando la vida del ser humano<sup>16</sup>.

Por otro lado, Hipócrates<sup>17</sup>, considerado el padre de la medicina actual, se oponía rotundamente a la idea de cometer eutanasia contra una persona, quien era considerada como un todo y no como una serie de sistemas a tratar, como actualmente la medicina moderna considera a las personas, sin embargo enfermería ha retomado este punto, basándose en que cada persona es distinta y necesita verse por partes, para poder curar cada uno de sus selectos sistemas para lograr un estado de bienestar reflejado de forma generalizada.

Con esto, y debido a que él defendía que el médico tiene la capacidad de curar a las personas, también tenía la capacidad de matarlas. En el Juramento Hipocrático,

---

<sup>15</sup> Valadés D. *Debate Sobre la Vida* en Cano VF, Díaz AE, Maldonado deLE. Eutanasia: Aspectos Jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos. 1ª ed. México. Universidad Nacional Autónoma de México; 2001. p. XI-XIV.

<sup>16</sup> Behar D. *Cuando la Vida ya no es Vida ¿Eutanasia?* 1ª ed. México. Pax México. 2007

<sup>17</sup> Facmed.unam.mx [Internet]. México: FACMED [Citado 25 abr 2018]. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/Libro-NeuroFisio/Personas/Hipocrates/Hipocrates.html>



se menciona textualmente: "Y no daré ninguna droga letal a nadie, aunque me la pidan, ni sugeriré un tal uso..."<sup>18</sup>.

Küng<sup>19</sup> habla del delito religioso en la mayoría de las religiones monoteístas como lo son el Judaísmo, Cristianismo e Islamismo, donde cada una de éstas, posee un libro sagrado —Torah, Biblia, Corán— y en ellos se plasman las leyes de cada religión, impuestas por un ser supremo, divino, y deberán seguirse por todo hombre en la tierra para poder rendirle respeto a su Dios. Por esto, menciona: "Quitar la vida a alguien (...) es malo no tanto porque priva a otro de un bien, la vida. Lo es, sobre todo, porque atenta contra la propiedad divina, pues "sólo Dios es dueño de la vida".

"Justamente porque creo en la vida eterna, tengo el derecho de decidir cuándo morir"; porque "un Dios que impidiera al hombre poner fin a su vida cuando sólo le ofrece cargar el tiempo restante con pesos insoportables, no sería un Dios amigo del hombre"<sup>20</sup>.

Entonces, partiendo de una definición con perspectiva religiosa, si se concediera religiosamente la eutanasia como una "acción permitida ante Dios", aunque por supuesto con diversas controversias aún debido a que durante tanto tiempo se ha mantenido la ideología de ser un hecho reprobable porque la imposición fue hecha por un ser supremo y Divino, y ante ello, no hay poder mortal que pueda contra esa decisión.

Actualmente vemos que la religión católica no acepta ninguna forma de eutanasia, a excepción de casos extremos, es decir, una vez agotados todos los recursos aplicables a los pacientes, siempre y cuando "se acepte no poder impedir la muerte" como lo menciona el Papa Francisco. Cuando ya no se tiene más esperanza de vida, cuando el paciente tiene muerte cerebral y se le aplica la llamada "eutanasia pasiva".

---

<sup>18</sup> *Ibíd*em

<sup>19</sup> Küng H, Canadá D. *Las Religiones en Contra de la Eutanasia*. ChangeOrg. 2016 (1):52

<sup>20</sup> *Ibíd*em

Incluso, el líder de la iglesia Católica ha mencionado su apoyo y aceptación hacia los cuidados paliativos, ya que se hacen cargo de las personas hasta el final de su vida, cuidándolas y manteniendo un nivel propicio de aceptación sin llegar a un ensañamiento terapéutico.

En definición del Diccionario de la Real Academia Española, la palabra homicidio se define como: “Delito consistente en matar a alguien sin que concurren las circunstancias de alevosía, precio o ensañamiento”<sup>21</sup> a lo que Küng, explica que la acción simplemente se ejerce actuando contra la voluntad de la persona, siendo en caso contrario la eutanasia, donde la persona es la que está solicitando de manera individual el término de su vida, sin oponer resistencia a tal acción<sup>22</sup>

Es un gran paso el que se ha dado en últimos años con la aceptación de nuevas prácticas en el ámbito religioso, porque México es un país con un alto nivel de catolicismo, que a pesar de la decreciente fe que se ha dado en últimos años, la aceptación hoy en día de actividades médicas a las prácticas religiosas, aumentan aún más probabilidad de supervivencia, —o en este caso en particular— el bien morir de una persona.

En 1605, en su obra *El Avance del Saber*<sup>23</sup>, Francis Bacon introduce por primera vez, la actual concepción de eutanasia: "La acción del médico sobre el enfermo incluyendo la posibilidad de apresurar la muerte". El deber del médico no solo es devolver la salud al enfermo, sino también aliviar sus dolores y sufrimientos, y no solo cuando tal alivio puede conducir a la recuperación, sino también cuando ayuda a procurar una muerte pacífica. Porque no es una dicha menor aquella que César Augusto solía desear para sí cuando deseaba la eutanasia; esta se dio particularmente en el caso de Antonino Pío, cuya muerte llegó como un sueño tranquilo y placentero.

---

<sup>21</sup> Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 23ª ed. Madrid: Espasa. 2014

<sup>22</sup> Küng H, Canadá D. *Las Religiones en Contra de la Eutanasia*. ChangeOrg. 2016 (1):52

<sup>23</sup> Bacon F. *El Avance del Saber*. 1ª ed. España: Alianza Editorial;1988

Bacon no discute si el médico debe acelerar la llegada de la muerte en el caso de un paciente terminal, esto es, si el médico debe practicar la eutanasia en el sentido que hoy le damos al término. Sólo dice que, en la medida de lo posible, debe aliviar los dolores del moribundo.

Cuando introduce el término, lo utiliza en el sentido de “buen morir”; más específicamente, en la acepción de “muerte dulce, rápida, indolora, tranquila”, lo opuesto a la *distanasia*, la muerte plagada de dolores, de sufrimientos.

El emperador Antonino Pío (86 – 161) había tenido una muerte serena y sin dolores. Para muchos romanos, ese era el tipo de “buena muerte”. Muchos años más tarde, en la Revolución Francesa, se creó la tradición jurídica de la no punición del suicidio que se aplica en la mayoría de los países del mundo, a excepción de algunos países musulmanes. Por suicidio dio a entender a la acción de terminar con la propia vida, ya sea de forma violenta o no, con el fin de eliminar el sufrimiento físico o emocional provocado por algún malestar psíquico o físico, o en palabras de la RAE<sup>24</sup>: “Acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza”

Teniendo un amplio y variado recuento de hechos históricos en torno a la eutanasia, se tomarán aspectos importantes para poder debatir entre la decisión de legalizar o no la Eutanasia en México. El punto de vista es importante para mantener un criterio sobrio y fundamentado, sin embargo, de quien se espera esta aceptación es de las leyes que rigen a nuestro país, que sin ellas, los procedimientos y acciones ejecutables, no podrían realizarse bajo una norma jurídica legal.

---

<sup>24</sup> Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 23ª ed. Madrid: Espasa. 2014.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

Valadés D.<sup>25</sup> director del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, habla de que la eutanasia consiste en un debate sobre la vida, siendo un tema que repercute en las fibras más íntimas del ser humano. Con esto, tenemos que el tema de la muerte es aún complejo y difícil de digerir por parte de muchas personas, principalmente en México, donde la desinformación o el estigma religioso se hace presente.

Por esto, habría que enfatizar el hecho de que como en palabras de Díaz A<sup>26</sup>, que los enfermos terminales no tienen la posibilidad de recobrar su salud por decirlo así, solo esperan para morir. El tema religioso toma mucha presencia en el tema, puesto que tomando como referencia las definiciones anteriormente analizadas, la eutanasia involuntaria puede considerarse como “asesinato” ya que se atenta en contra de la decisión del paciente; privándolo de la “vida” y cometiendo un acto de “matar” al otro, siendo la religión católica —la más predominante en México—, la que dicta las leyes de Dios, donde se impone el 5° mandamiento que se refiere a la ley de “No matarás”.

Algunos análisis de datos han apoyado la hipótesis de que las actitudes de las enfermeras hacia la eutanasia y el suicidio asistido por médicos están influenciadas por su religión y su cosmovisión. En general, se consideraría a la eutanasia una abominación si la equiparamos contra dicho mandamiento, pero la necesidad de cumplir la voluntad del paciente bajo ciertas normas es lo que podría “salvarla” de hacerla un acto excomulgable.

---

<sup>25</sup> Valadés D. *Debate Sobre la Vida* en Cano VF, Díaz AE, Maldonado deLE. Eutanasia: Aspectos Jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos. 1ª ed. México. Universidad Nacional Autónoma de México; 2001. p. XI-XIV

<sup>26</sup> Cano VF, Díaz AE, Maldonado deLE. Eutanasia: Aspectos Jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos. 1ª ed. México. Universidad Nacional Autónoma de México

Según los obispos españoles el derecho a “la muerte digna”, es un eufemismo que, en realidad, significa “derecho a matar”. En pocas palabras, el derecho está presente, pero se torna a un derecho a morir dignamente, contrario a la palabra matar, que es más aplicado a un significado doloso. Porque la persona así lo ha solicitado. No es que el médico o la enfermera apliquen inyecciones letales a todo paciente que se encuentren en turno. Sino a la compasión y respeto que el paciente merece en sus últimos momentos, que se traduce equívocamente en un asesinato.

Juan Masià, teólogo jesuita, propone la definición siguiente: “Eutanasia es toda conducta de un médico, u otro profesional sanitario bajo su dirección, que causa de forma directa la muerte de una persona que padece una enfermedad o lesión incurable con los conocimientos médicos actuales, que por su naturaleza le provoca un padecimiento insoportable y le causará la muerte en poco tiempo. Esta conducta responde a una petición expresada de forma libre y reiterada, y se lleva a cabo con la intención de liberarle de este padecimiento, procurándole un bien y respetando su voluntad”

La iglesia católica critica que los católicos actualmente solo llevan su creencia más por costumbre que por estilo de vida. Por esta razón no se concibe que las personas hoy en día deseen la inclusión de la eutanasia al final de la vida, porque va en contra de las enseñanzas y creencias que se nos han impuesto desde hace mucho tiempo atrás. Sin embargo, la ideología religiosa en un ambiente cristiano actual está cambiando rápidamente a medida que la demanda social se hace creciente cada vez más de acuerdo a las actualidades. Es un 50/50 el apoyo a la eutanasia y la asistencia al suicidio aprobado por personajes religiosos actuales.

Por ejemplo, en noviembre del 2017, el Papa Francisco, declaró que la eutanasia es ilícita, sin embargo "Es moralmente lícito renunciar a la aplicación de medios terapéuticos o suspenderlos, cuando su empleo no corresponde a aquel criterio ético y humanístico que seguidamente será definido (como) proporcionalidad de las curaciones", es decir, no se está considerando la muerte, sino se acepta no impedirla.

Finalmente, se refirió a los cuidados paliativos para justificar que “Si no se puede garantizar la curación de una enfermedad, se debe cuidar siempre a la persona viviente: sin acortar nosotros su vida, pero sin ensañarse inútilmente contra su muerte”.

Küng señala que, desde la perspectiva cristiana, “el hombre tiene derecho a disponer por sí mismo sobre el ser o no ser de su vida, siempre que se trate de personas gravemente enfermas”. Se busca beneficiar a la persona en cuanto al cese del dolor, pero se obra contrariamente en la no maleficencia, ya que, al aplicar la distanasia, lo que se busca es el alargamiento de la vida del enfermo, pero ¿En qué momento buscamos la humanización de todos estos procesos aplicados en favor de la ciencia y de la persona misma? Si bien no se realiza un acto maléfico en contra de la salud de la persona, se termina con el ciclo vital del mismo, y, por ende, no se “logró” un esfuerzo total por parte del personal médico y paramédico de las instituciones de salud, así que, entramos en controversia en aspectos morales, éticos y hasta religiosos nuevamente.

Sabemos bien que México es un país altamente creyente de la religión católica, por esto, la aceptación de prácticas distintas a lo que la biblia marca es inaudito. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)<sup>27</sup>, en 2010, el 89.3% de los mexicanos son católicos, y a pesar de que esta cifra va a la baja, presentándose casos de ateísmo entre mayormente jóvenes, el tema de la Eutanasia aún se rige de una ideología austera, conjugándose como un acto de asesinato y pecado.

El hecho de ser personal de la salud, en este caso hablando específicamente de ser enfermero, conlleva a respetar la ideología política, religiosa y de cualquier otra índole de la persona que se trata día con día. Por razones obvias, cada uno de nosotros tenemos una educación y creencias que se nos inculcaron desde la infancia, sin embargo, la educación, la lectura y las situaciones ajenas a nosotros nos hacen madurar y replantear ciertos aspectos adquiridos. En este caso, me

---

<sup>27</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/religion/>

refiero a la cuestión moral, del bien y del mal; de ponerle fin a la vida de alguien más.

La ciencia nos muestra los avances y logros que se obtienen por medio de investigaciones y aplicaciones del conocimiento. Con ellos se han conseguido la cura de muchas enfermedades hoy conocidas que anteriormente en el pasado, cobraron miles de vidas. Se conoce el alcance de la aplicación de ciertos tratamientos, el prolongamiento de la vida, la esperanza y los resultados que presentan, y con esto las personas justifican: “¿Para qué legalizar la muerte si se puede hacer todo lo posible para curar a un enfermo? ¿Si se puede menguar el dolor, la agonía, el sufrimiento, hasta así llegarle la hora de morir de forma natural al paciente?

No se trata de prolongar una “vida” así. Se trata de dignificar y respetar los derechos del enfermo para decidir sobre lo que desearía hacer en un caso de enfermedad terminal, o incluso, que el personal enfermero y/o médico tomaran la decisión de ponerle fin, manteniendo un respeto por esa persona. La familia sería la segunda responsable en decidir acerca del curso final del enfermo, sin embargo, muchas veces existen ya sean adultos mayores o personas en situación de calle que no están informadas de una voluntad anticipada y no tienen mayor familia o conocidos que pueda tomar la decisión de elegir la eutanasia. Con esto, se busca que enfermería pueda tomar también la decisión de aplicar la eutanasia, así como ministra medicamentos, poder hacerlo para una muerte digna, siendo parte de un comité de bioética como se conforman en otros países de Europa donde ya está legalizado el procedimiento. La profesión enfermera forma parte esencial de un hospital, y podría ser un paso más para la toma de decisiones al final de la vida de un enfermo. Considérese la opción de formar una institución de retiro o casa de bien morir para conseguir pacientes serenos, tranquilos y en paz consigo mismos, que han decidido la opción de morir sin mayor preocupación.

Enfermería es humanismo, y con esto se puede lograr un perfecto equilibrio entre el bien morir y la relación paciente-enfermero, optando y aceptando a la muerte

como amiga, dejando atrás la idea de que es mala y solo viene a castigar después de sufrir.

## OTROS PAÍSES

Hoy en día, la eutanasia es legal en Holanda, Bélgica, Luxemburgo y Colombia, y es tolerada en Suiza, donde además está autorizado el suicidio asistido. En varios otros países, como Italia, Francia o España, se reconoce el derecho del paciente a rechazar tratamiento médico. Sin duda, cada vez más se implementa la eutanasia para fines benéficos sobre el paciente.

Incluso, ya en el continente americano, se ha despenalizado la Eutanasia. Específicamente se habla de Colombia, que desde 1997 se ha entablado una ola de procesos donde “El homicidio por piedad” se ha despenalizado con base en antecedentes políticos de dicho país. Sin embargo, se ha logrado que se instauren leyes para favorecer la aplicación de la Eutanasia.<sup>28</sup>

## Holanda

Holanda fue el primer país que legalizó la eutanasia, donde en el año 2001, puso en marcha la “Ley de Comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio”<sup>29</sup>. En 1973, la médica holandesa Gertrude Postma fue juzgada por ayudar a morir a su madre, sorda, ciega y dependiente tras un infarto cerebral. “Cuando veía a mi madre, sólo quedaban de ella restos humanos que colgaban amarrados a una silla”. Con esto, el juez consideró que el sufrimiento por el que ella

---

<sup>28</sup> Díaz-Amado Eduardo. La despenalización de la eutanasia en Colombia: contexto, bases y críticas. Rev. Bioética y Derecho [Internet]. 2017 [citado 2019 Feb 08]; ( 40 ): 125-140. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872017000200010&Ing=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872017000200010&Ing=es).

<sup>29</sup> Dornewaard, J. (2001). *La Política De Eutanasia En Los Países Bajos*. [online] Archivos.juridicas.unam.mx. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/172/8.pdf> [Accessed 25 Nov. 2018].



atravesaba no hubiese habido alguna terapia para aliviar el sufrimiento de su madre, así que con eso la condenó a una sentencia simbólica.

En los años ochenta en el Parlamento holandés se presentaron varias iniciativas políticas. En 1985 se constituyó una Comisión Estatal para la Eutanasia que siete años más tarde presentó un informe favorable a su regulación. Después en 2001 se aprobó dicha ley, que entra en vigor a partir del 1 de abril de 2002; donde establece los requisitos que hacen impune la eutanasia, que sigue prohibida en el Código Penal<sup>30</sup>, mencionando diversos puntos clave los cuales refieren que el paciente en cuestión:

A) La decisión del paciente es voluntaria, bien meditada y no impuesta por terceros

B) El padecimiento del paciente es insoportable y sin mejoras a futuro, es decir, su pronóstico es malo, y no tiene esperanzas de vida

C) Se ha informado acerca del padecimiento al paciente

D) No existe ninguna otra solución a la enfermedad del paciente, llegando a un mutuo acuerdo, donde el paciente es consciente de ello.

E) Se ha consultado por lo menos a un médico, siendo éste el que ha estado al pendiente del paciente, quien conoce su padecimiento, y quien emite un documento de acuerdo al cumplimiento de los cuidados y de los acuerdos a los que han llegado ambos, y

F) “Ha llevado a cabo la terminación de la vida o el auxilio al suicidio con el máximo cuidado y esmero profesional posibles”

---

<sup>30</sup> Derecho a Morir Dignamente [Internet]. Madrid: Derecho a Morir Dignamente Asociación Federal [actualizado 28 julio 2016; citado 9 mayo 2018]. Disponible en: [https://www.eutanasia.ws/\\_documentos/Leyes/Internacional/\[TRADUCCI%C3%93N\]%20Holanda%20-%20Ley%20de%20terminaci%C3%B3n%20de%20la%20vida%20a%20petici%C3%B3n%20propia%20y%20suicidio%20asistido%20-%20abril%202001.pdf](https://www.eutanasia.ws/_documentos/Leyes/Internacional/[TRADUCCI%C3%93N]%20Holanda%20-%20Ley%20de%20terminaci%C3%B3n%20de%20la%20vida%20a%20petici%C3%B3n%20propia%20y%20suicidio%20asistido%20-%20abril%202001.pdf)

El auxilio al suicidio se realizará por un comité conformado por tres personas, el jurista, quien a la vez fungirá como presidente, un médico y un experto en temas legales. A su vez, se menciona la función de un segundo médico, cuya función es dar su opinión al caso, ya que el médico a cargo puede involucrar sentimientos en el caso, y no tomar una correcta decisión a la hora que el paciente solicite la eutanasia.

Por otro lado, el artículo 293 de la ley holandesa menciona *“El que disponga de la vida de otro, respondiendo a una petición seria y explícita de éste, será castigado con pena de cárcel de hasta 12 años y multa. No será punible si la acción la ha llevado a cabo un médico cumpliendo los requisitos del artículo 2 de la Ley de comprobación de la finalización de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, y esto lo ha comunicado al forense municipal”*

*“Art. 294: Aquel que intencionadamente induzca a otro al suicidio, le preste auxilio o le facilite los medios necesarios para hacerlo, si el suicidio se consuma, será castigado con pena de cárcel de hasta tres años y multa. No será castigado si la ayuda es prestada por un médico cumpliendo los requisitos del artículo 2 de la Ley de comprobación de la finalización de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio”*

Los requisitos que no hacen punible la práctica de la eutanasia en Holanda son los siguientes:

1. Que la persona objeto de la eutanasia o auxilio al suicidio sea residente en Holanda.
2. Que el médico esté convencido de que la petición es voluntaria, está bien meditada y expresa los deseos del enfermo, o sea, que es plenamente capaz y se ha reiterado en su voluntad. Ésta puede haber sido manifestada en un documento de voluntades anticipadas.
3. Que se constate un padecimiento insoportable y sin esperanzas de mejora.
4. Que se haya informado al paciente de su situación y de las perspectivas de futuro.

5. Que se haya consultado a otro facultativo y que éste haya corroborado el cumplimiento de los requisitos. En caso de sufrimiento psicológico se tienen que consultar dos médicos. Los médicos consultores tienen que ver al enfermo y elaborar un informe por escrito sobre la situación.
6. Que la realización de la eutanasia o auxilio al suicidio se haga con el máximo cuidado y profesionalidad.

También modifica la Ley de disposición de cadáveres en el artículo 7, cuando dice:

Si la muerte de una persona se ha producido por la aplicación de técnicas destinadas a poner fin a la vida a petición propia o al auxilio al suicidio, el médico no expedirá certificado de defunción sino que informará inmediatamente al forense municipal y le enviará informes sobre el cumplimiento de los requisitos de la Ley de comprobación de la finalización de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio.

El médico forense –si se dan los requisitos– lo comunicará a la Comisión regional de comprobación. Si no se cumplen los requisitos lo comunicará al ministerio fiscal para, si procede, aplicar el Código Penal.

Esta Comisión regional, tal y como establece el artículo 3 de la Ley de comprobación de la finalización de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, está integrada al menos por un jurista, un médico y un experto en ética, nombrados por los ministros de Sanidad y de Justicia por un periodo de seis años. Las funciones de esta Comisión son:

- Valorar el cumplimiento de los requisitos en cada supuesto en que se haya practicado la eutanasia o se haya ayudado al suicidio.
- Pedir información complementaria al médico.
- Emitir, en un plazo de seis semanas, un dictamen aprobado por mayoría simple de los miembros de la comisión que están obligados a votar. Este dictamen se trasladará al médico y simultáneamente al fiscal en caso de incumplimiento de los requisitos.

La Comisión tiene un registro de casos e informa anualmente a los ministerios de Justicia y Sanidad. Con esto, se comprueba que la eutanasia en Holanda tiene bastante investigación científica, documentada, y aprobada por las varias instituciones gubernamentales, éticas y médicas que ahí se marcan como las propicias para la aprobación de dicho procedimiento. Se llevan a juicio los casos influenciados por diversos puntos como el sufrimiento humano, los límites de la atención médica, la atención del paciente y la responsabilidad del médico. Así como las documentaciones anuales que se realizan mediante los comités encargados de la evaluación de la aplicación de la eutanasia, donde se debate acerca de si el médico se apegó a los criterios señalados por la ley Holandesa, y la frecuencia con la que se aplican criterios de casos de eutanasia.

El comité se conforma de un jurista, un médico y un experto en ética. Así mismo, un segundo médico sin lazo profesional con el enfermo da una segunda opinión con respecto a la del médico tratante, para evitar crear conflictos emocionales y de diagnósticos con el médico tratante de cabecera.

## **Bélgica**

Un año más tarde, es decir en mayo de 2002, se aprobó una ley que despenalizó la eutanasia ("Ley Relativa a la Eutanasia), la cual permite a los enfermos en fase terminal, solicitar la muerte digna cumpliendo ciertos requisitos, siendo estos, que el paciente sea mayor de edad, que cuente con pleno uso de sus facultades mentales, y que curse por una enfermedad y sufrimientos insoportables.

A diferencia de Holanda, la ley belga no menciona el suicidio asistido que se considera una práctica eutanásica. El primer informe de la Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie, referido a los quince primeros meses de aplicación de la ley, precisaba que algunas eutanasias fueron en realidad casos de suicidio asistido en los que el propio paciente ingirió por su propia mano el producto letal o activó el mecanismo instaurado con este fin.

El médico al momento de aplicar la eutanasia tendrá que:

1. Informar al paciente sobre la existencia de cuidados paliativos.
2. Reiterar el diálogo en los plazos de tiempo razonables.
3. Consultar a otro médico independiente que tiene que visitar el paciente y redactar un informe que esté de acuerdo o en desacuerdo con las primeras valoraciones.
4. Recopilar información del equipo cuidador si es que existe.
5. Procurar que el enfermo consulte con otras personas de su entorno.
6. Dejar pasar un mes entre la petición y la realización de la eutanasia.

Después de practicada la eutanasia, el médico tiene cuatro días para enviar a la Comisión Federal de Control y de Evaluación (CFCE) la documentación completa que establece la Ley. La CFCE está formada por ocho médicos –cuatro de los cuales deben ser profesores universitarios–, cuatro profesores universitarios de derecho y cuatro personas que provienen del entorno de pacientes que sufren enfermedades incurables<sup>31</sup>.

El primer informe de la Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie, referido a los quince primeros meses de aplicación de la ley, precisaba que algunas eutanasias fueron en realidad casos de suicidio asistido en los que el propio paciente ingirió por su propia mano el producto letal o activó el mecanismo instaurado con este fin.

## **Luxemburgo**

En febrero del 2008, Luxemburgo se convierte en el tercer país del mundo en legalizar la eutanasia, aprobando la “Ley de Cuidados Paliativos, Eutanasia y

---

<sup>31</sup> Vega Gutiérrez, J. La práctica de la eutanasia en Bélgica y la «pendiente resbaladiza». Cuadernos de Bioética [Internet]. 2007;XVIII(1):71-87. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87506203>

Asistencia al Suicidio”, la cual rige dichos procedimientos, y siendo en la actualidad regulada por la Comisión Nacional de Control y Evaluación.

La ley cubre a los adultos capaces, portadores de enfermedades incurables y terminales que causen sufrimiento físico o psicológico constante e insoportable, sin posibilidad de alivio<sup>32</sup>

## **Suecia**

La eutanasia pasiva ahora es legal en este país, mientras que otros medios de asistencia al suicidio y eutanasia siguen siendo penados. Tal decisión fue tomada por el Consejo Nacional Sueco de Salud y Asistencia Social (Swedish National Board of Health and Welfare) en respuesta a la solicitud de una mujer de 32 años que desde la edad de 6 vive totalmente paralizada y respira por medio de un ventilador artificial. Para aplicación de la misma, es de carácter obligatorio, que el paciente esté informado y consciente de las consecuencias de esta práctica, así, todo personal médico está obligado a proveer al enfermo terminal, anestésicos y sedativos a la hora de desconectar de los varios sistemas de apoyo a los cuales se mantienen dependientes.

---

<sup>32</sup> Dyer O, White C, Garcia Rada A. Assisted dying: law and practice around the world. BMJ. 2015;351:h4481

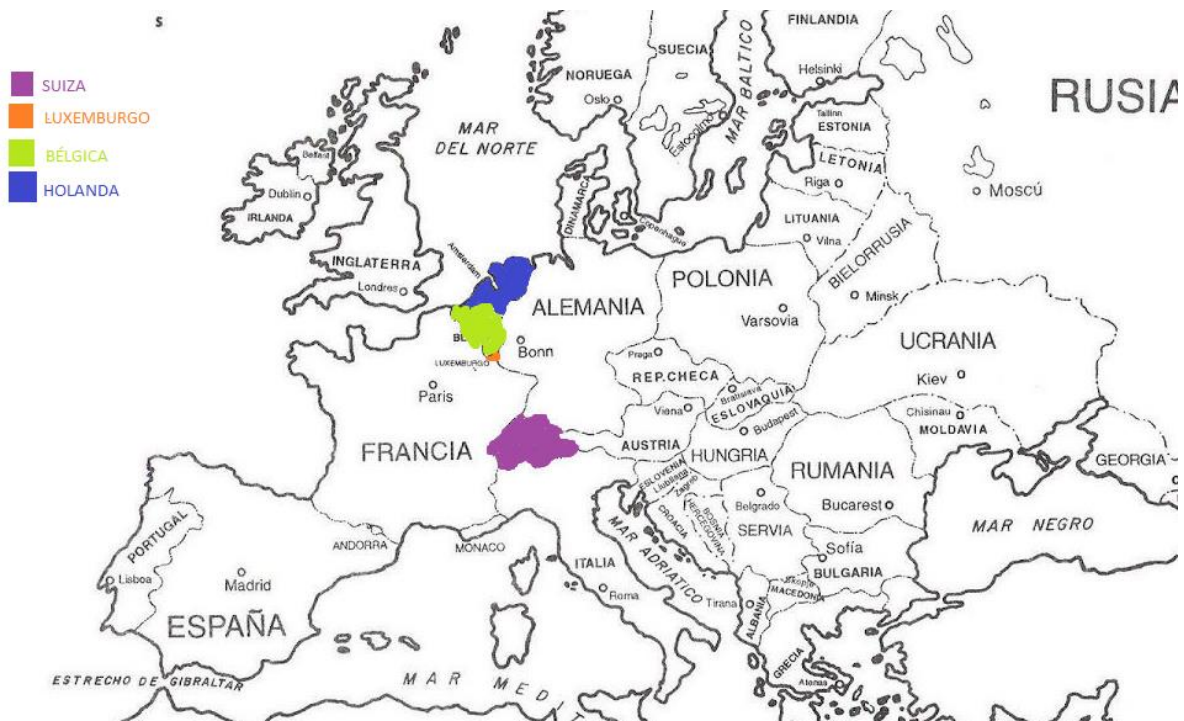


Imagen 2: MAPA DE LOS PAÍSES EUROPEOS DONDE SE HA LEGALIZADO LA EUTANASIA. HOLANDA, LUXEMBURGO, BÉLGICA, SUIZA.

## México

En México hace falta instaurar leyes para la aplicación de la eutanasia, sin embargo, el 23 de noviembre de 2010 se reformó el artículo 312 del Código Penal Federal, y se aprobó en el Senado la Ley General de Suspensión de Tratamiento Curativo<sup>33</sup>, que da pauta a la elección del paciente a suspender todo tipo de tratamiento que esté recibiendo en estado terminal, donde siendo éste, consciente y enteramente sano de sus facultades mentales, y con mayoría de edad, pueda elegir y decidir libremente.

<sup>33</sup> Gaceta del Senado. *Iniciativa Con Proyecto De Decreto Por El Que Se Reforma El Artículo 312 Del Código Penal Federal Y Se Crea La Ley General De Suspensión De Tratamiento Curativo*. Ciudad de México; 2007, [http://www.senado.gob.mx/64/gaceta\\_del\\_senado/documento/12043](http://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/12043)

Si bien la eutanasia se ve aún muy lejana en nuestro país, es importante conocer los pasos previos que se han estado dando como iniciativas. Así pues, el Senador Lázaro Mazón menciona en la iniciativa de los senadores lo siguiente: “Ante esto es necesario soslayar que cuando la vida ha dejado de tener las condiciones mínimas adecuadas y suficientes para considerarse como una vida digna, es necesario considerar la posibilidad de que sea el propio individuo quien determine su conclusión en razón de su estado de salud, mismo que trasgrede su propia estabilidad psíquico-emocional a grados por demás insoportables. Es entonces cuando debemos como individuos y como sociedad, respetar la decisión de quien opte por una muerte digna.”

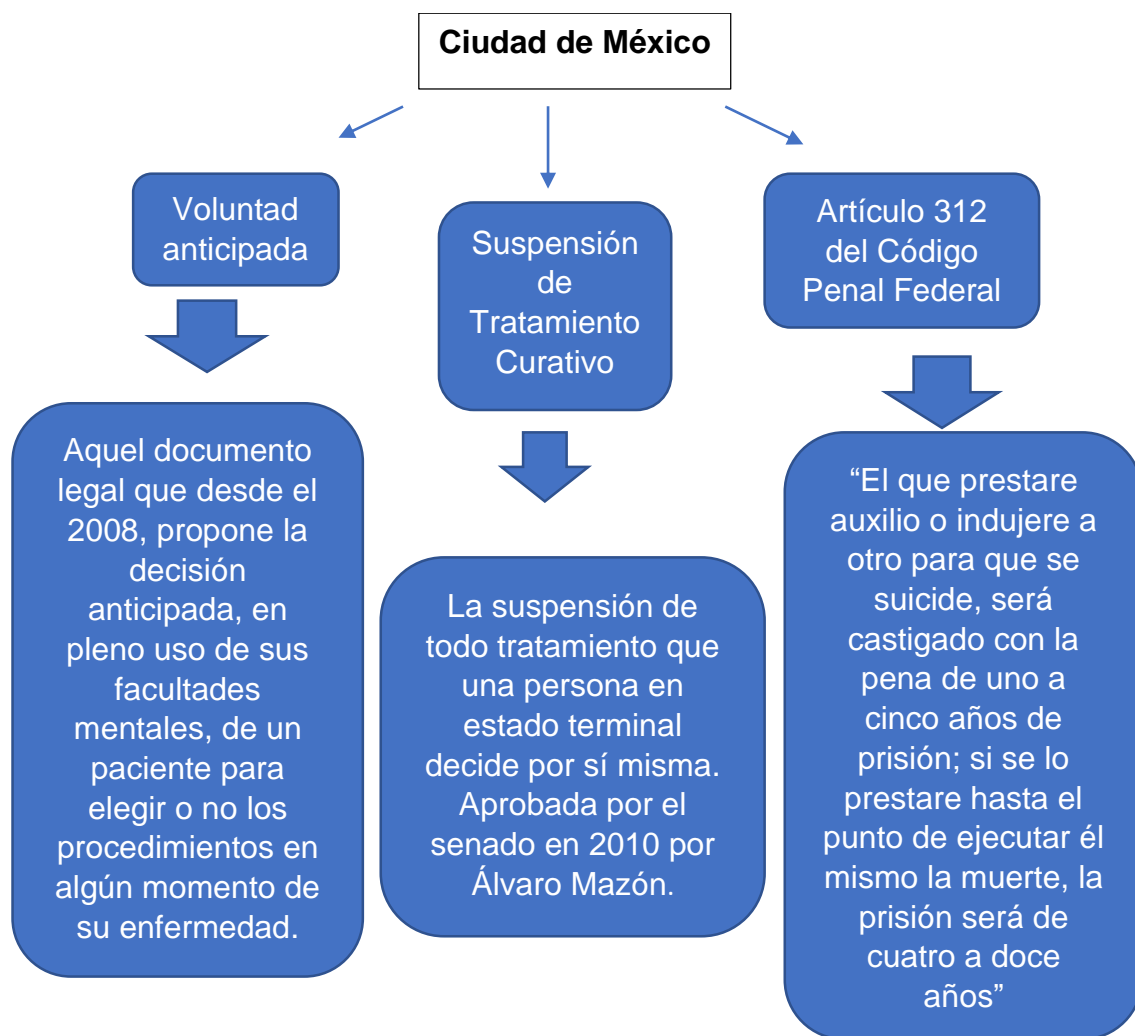


Imagen 3: LEYES EN MÉXICO ACTUALMENTE VIGENTES QUE RIGEN UNA MUERTE DIGNA. PRIMEROS PASOS PARA LA LEGALIZACIÓN DE LA EUTANASIA.



Dicha ley, marca puntos clave en la atención y aplicación de la ley de suspensión al tratamiento curativo, los deberes de los profesionales de la salud y las pautas a seguir en los pacientes que estén decididos libremente a elegir la suspensión del tratamiento curativo.

En el artículo 1 de dicha ley, se establece garantizar los derechos de los pacientes en estado terminal, manifestando la voluntad anticipada, llevando a cabo dicha acción por medio de la declaración de dicho documento, donde toda persona en pleno uso de sus facultades mentales, siempre y cuando sea un adulto, está dispuesta a dejar de recibir o a suspender el tratamiento curativo una vez que se le encuentre una enfermedad terminal. En caso de que, el paciente sea un menor de edad, la decisión la tomará un representante legal o tutor que decida por dicha persona, firmando el consentimiento de suspensión de tratamiento.

Los pacientes en estado terminal tienen derecho a recibir atención médica adecuada, recibir un trato digno y respetuoso, así como de informarles de forma clara y adecuada conforme a su nivel de entendimiento, siendo esto por parte del médico tratante y en su caso un asesor legal designado por la Secretaría de Salud, permitiéndoles decidiendo libremente sobre su atención; brindándole confidencialidad y ética profesional para otorgarle seguridad, confort y tratamiento contra el dolor y facilitando la comprensión de la suspensión al tratamiento.

La persona tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal especializado en su estado de salud. El paciente en estado terminal podrá, en todo momento, recibir una segunda opinión sobre el diagnóstico pronóstico y tratamiento que se le brinde de acuerdo al estado de salud del mismo, así como tendrá derecho a que se le otorgue un trato digno, por parte de profesionales de la salud, así mismo como de su familia y allegados. De igual forma, el paciente o el tutor de dicha persona, tienen derecho a decidir sin presiones ni obligaciones acerca de la aceptación o rechazo de cada procedimiento, y el momento del cese del mismo.

La persona tiene derecho a la suspensión voluntaria del tratamiento curativo en el momento que ésta lo desee, y así el pronto inicio del tratamiento paliativo acorde a la situación. Su decisión no deberá ser juzgada por el personal médico y ésta deberá ser respetada.

El fin de los tratamientos para el dolor y los cuidados paliativos será el de controlar los síntomas del padecimiento, reduciendo el sufrimiento emocional y mejorando la calidad de la vida del paciente, así como el de su familia. El acompañamiento, la plática y la escucha activa, forman parte de las principales acciones de enfermería en la aplicación de los cuidados paliativos, siendo aplicados hasta que el periodo de enfermedad termine, prolongándose hasta que el duelo termine. La sustitución de tratamiento curativo por tratamiento paliativo solo podrá aplicarse en hospitales de tercer y cuarto nivel del sector público. La suspensión de tratamientos, ya sean curativos o paliativos, quedará prohibida a toda persona que no sea mexicana.

La persona en estado terminal está en su derecho de rechazar el consentimiento para la aplicación del tratamiento curativo, así mismo como de la revocación de la aplicación del tratamiento paliativo y reiniciación del tratamiento curativo, por medio de una solicitud por escrito, siempre y cuando la persona esté completamente segura de su decisión.

Con la suspensión voluntaria del tratamiento curativo el médico interrumpe, suspende o no inicia el tratamiento, la administración de medicamentos, el uso de instrumentos o cualquier procedimiento que contribuya a la prolongación de la vida del paciente en estado terminal dejando que su padecimiento evolucione naturalmente.

La persona que solicita la suspensión voluntaria del tratamiento curativo podrá elegir el método que ha de ser utilizado cuando el momento llegue, y deba ser utilizado. Coordinado con el Comité Nacional de Bioética Médica, se determinarán los métodos, los procedimientos y los fármacos a utilizar para tal fin.

Por otro lado, tenemos que la legislación penal mexicana informa los siguientes principios, marcados en algunos artículos citados a continuación:

- La eutanasia es un ilícito del orden penal.
- El suicidio asistido es, igualmente, un delito.

En el anteproyecto del Reglamento General de Atención Médica de los Estados Unidos Mexicanos, se refiere al ensañamiento terapéutico como cualquier acto u omisión que entrañe riesgo o lesiones innecesarios a un paciente, especialmente cuando no exista sustento diagnóstico, terapéutico o paliativo. Quedan incluidas en este rubro las medidas extraordinarias, especialmente las que tengan como fin prolongar artificialmente las funciones vegetativas una vez confirmada la muerte cerebral.

Artículo 32:

El personal de salud deberá evitar emprender acciones terapéuticas sin esperanza cuando supongan molestias o sufrimientos innecesarios para el paciente. Respetará profundamente el derecho que tiene el paciente a una muerte digna, acorde con su condición humana.

Artículo 33:

La decisión de poner término a la supervivencia artificial ante la muerte cerebral, únicamente deberá tomarse en función de los más rigurosos conocimientos científicos, atendiendo a las reglas establecidas en la ley.

Artículo 36:

El personal médico encargado de la atención de un paciente con pronóstico fatal podrá, en uso de su libertad prescriptiva, determinar si en primer término es necesario informar a la familia y en su caso, a la representación legal del paciente, a efecto de ponderar el tiempo, el modo y las circunstancias en que deba proporcionarse la noticia al paciente y si amerita apoyo emocional.

En caso de menores e incapaces el facultativo en unión de la familia y en su caso, del representante legal, podrán optar por no informar al paciente su condición.

Se trata del primer instrumento normativo que resuelve con éxito los principales dilemas bioéticos sobre el tema. Toca fibras más delicadas con respecto al tema de la muerte, dando paso firme y decidido a tratar el tema la muerte digna y la eutanasia. Si bien, para la ley mexicana, es enteramente punible, el hecho que más personas en el ámbito legal tomen una postura más “humana” y documentada de la decisión médica y del paciente a poner fin al sufrimiento, nos hace avanzar como civilización, cuestionando más el lado sensitivo y de derecho en la calidad de vida.

## **ENFERMERÍA Y SU ENFOQUE. ¿CÓMO INTERVIENE UN PROFESIONAL DE LA SALUD?**

La enfermería en México ha tenido un auge importante en los últimos años. Desde la aparición de la Licenciatura en Enfermería en 1966, se ha dado un empoderamiento a los profesionales, mostrándolos completamente independientes de la carrera de medicina, dando total prioridad al arte del cuidado de un paciente, en cualquier etapa de su vida. Con esto, no se deja de lado el actuar profesional, científico y bien estudiado con el que medicina también está caracterizada. Sin embargo, a pesar de la profesionalización e independencia de enfermería, se le ha dado la mayor parte del crédito a la carrera de medicina. Con esto también la mayor parte de los procedimientos, y méritos se los lleva el médico tratante.

El doctor es el que cura, el que revisa, el que receta, el que realiza. Hoy en día, enfermería ha tomado un papel importante en la ejecución de ciertos procedimientos que hasta hace un tiempo, seguían en manos de doctores.

Cabe destacar también que, se ha implementado de acuerdo al Diario Oficial de la Federación<sup>34</sup> en los lineamientos y criterios para la prescripción de medicamentos, la inclusión de enfermería en la prescripción de ciertos fármacos, como por ejemplo analgésicos básicos como el ácido acetilsalicílico, ibuprofeno, paracetamol; medicamentos para afecciones cardíacas como el captopril; insulina para padecimientos diabéticos; amoxicilina con ácido clavulánico, dicloxacilina, eritromicina, para enfermedades infecciosas, entre muchos otros, con sus restricciones y reservas en algunos de uso más especializado como lo son los medicamentos psiquiátricos, entre otros.

Esto nos lleva a pensar en que no estamos tan lejos de la norma que se aprobó en octubre de 2018 en España, donde los profesionales en enfermería ya están al 100% acreditados en prescribir medicamentos siempre y cuando la persona cuente con un título graduado o diplomado de Enfermería, y habiendo cumplido las competencias para dicha práctica.

Analizado esto, se abre nuevamente la incógnita siguiente: ¿Por qué enfermería, siendo una carrera humana, con inclusión en las diferentes etapas de la vida del ser humano, realizando varios procedimientos de baja, mediana y alta complejidad, y pudiendo ya autorizar la prescripción de medicamentos, aún tiene que quedarse detrás de la raya en el momento en que se habla de eutanasia?

Enfermería pasa la mayor parte del tiempo en contacto con las personas, por esto mismo es que se conoce más acerca de los sentimientos y pensamientos de nuestros pacientes. Hemos creado una empatía más arraigada y reforzada que cualquier otra profesión. Por esto, debemos contar con más participación para el bienestar de los pacientes que giran en torno a nuestro cuidado.

---

<sup>34</sup> Diario Oficial de la Federación. ACUERDO por el que se emiten los lineamientos que contienen el procedimiento y los criterios a los que deberán sujetarse los licenciados en Enfermería, así como los pasantes en servicio social de las carreras referidas en los numerales 1 a 5, del artículo 28 Bis, de la Ley General de Salud, para la prescripción de medicamentos [INTERNET].[Consultado 26 Sep 2018]. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5475523&fecha=08/03/2017](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5475523&fecha=08/03/2017)

Se revisó un estudio<sup>35</sup> realizado en un hospital del Vale do São Francisco, Brasil, donde a las enfermeras estudiadas, se les pregunta su opinión acerca del tema de eutanasia. Ellas refieren “contribuir en la prestación de cuidados en pos de una muerte digna”, aplicando la promoción de una muerte con dignidad.

Todas acordaron en cuanto a la importancia de la participación del paciente, de la familia y del enfermero en el proceso de toma de decisión en relación al tratamiento. No obstante, sólo tres consideraron el principio bioético de la autonomía del paciente como elemento esencial para este proceso; las demás afirmaron que la decisión debe ser del equipo multiprofesional.

Así mismo, de las encuestadas, tres de ellas, por el tiempo prolongado de desarrollo en una terapia intensiva, las ha llevado a digerir con mayor profundidad la estancia y el “sufrimiento” de los pacientes, haciéndolas a ellas, las que optarían por la eutanasia, conservando los principios bioéticos de individualidad en los pacientes, mientras que las otras tres, aún consideran la eutanasia como “la anticipación de la muerte de forma provocada”.

Otro estudio revisado, aplicado a estudiantes del área de la salud del Hospital Universitario Santa Terezinha, en Brasil, presenta que 38 estudiantes, 48 graduados y 48 técnicos concuerdan totalmente en la legalización de la eutanasia en casos terminales, permitiendo una muerte digna a los pacientes de dicho hospital.

En el caso hipotético de una ley que permitiese la eutanasia en Brasil, y la existencia de un participante portador de una enfermedad terminal en sufrimiento físico o psicológico, de todos los entrevistados, 159 personas practicarían suicidio asistido, de los cuales, 37 respondieron “decisivamente sí” y 122 “probablemente sí”. En las mismas condiciones, 202 solicitarían la eutanasia, de los cuales 56 respondieron “decisivamente sí” y 146 “probablemente sí”.

---

<sup>35</sup> Souza da Silva, R, de Souza Evangelista, CL, Duarte dos Santos, R, do Nascimento Paixão, GP, Alencar Marinho, CL, Grudka Lira, G. Percepção de enfermeiras intensivistas de hospital regional sobre distanásia, eutanásia e ortotanásia. Revista Bioética [Internet]. 2016;24(3):579-589. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361548490018>

Con esto, vemos que los profesionales tienen mayor acercamiento con el tema de eutanasia, sin embargo, aún existen titubeos y dudas en cuanto a la aplicación de la misma. Se solicita la ayuda para recibir eutanasia, sin embargo, ¿quién la aplicaría?

“Mi ética profesional me lo impide” “Mis creencias no me dejan” “No está dentro de mi código moral” Son muchas frases que se han escuchado en torno al tema del aborto. Actualmente, una práctica ya legalizada en México, pero igual de controversial como la eutanasia. Con esto, hacemos una comparación con estas distintas frases ya mencionadas. Por supuesto que hay controversia e indecisión a la hora de ejecutar una acción como la aplicación de la eutanasia, pero no hay que olvidar ni dejar de lado que la decisión final la ha tomado la otra persona, la que cursa por ese momento crucial en su vida, la que en ese momento está pasando por una situación completamente ajena a nuestro sentir, y habrá que respetar a toda costa la decisión, y favorecer un beneficio para el afectado.

## **CAPÍTULO III**

### **MUERTE DIGNA. LOS CUIDADOS PALIATIVOS Y SU FUNCIÓN EN EL BIEN MORIR DE LA PERSONA.**

“Cuando se dice que todo hombre tiene derecho a una muerte digna, o se pide el principio, o es mera retórica, pues muerte digna no es sólo muerte sin sufrimiento. Entre los soldados prusianos tener derecho a una muerte digna significaba, por ejemplo, tener derecho a ser fusilado con honores ceremoniales, al margen del placer o del dolor que se experimentase...”<sup>36</sup>

Una muerte digna, conlleva un pensamiento de alivio, culminación de una etapa, el cierre de un ciclo... La muerte digna sucede a la vida. Una vida plena y satisfecha debería culminar con una muerte digna, figurando honor a esa persona pronta a fallecer, sin embargo, una de las razones por las cuales, me hace pensar que el ser humano se niega a morir es porque no se ha llegado a la meta del éxito personal ni la satisfacción que se busca conseguir a lo largo del trayecto llamado vida. Es decir, esa serie de pasos en conjunto que nos hace sentir plenos, no se ha llevado a cabo hasta completarlo en su totalidad.

Ejemplo de esto, se observa en la famosa pirámide de Maslow<sup>37</sup>, conformada por cinco peldaños, llamadas también jerarquías de las necesidades, donde la base de ésta, siendo la más importante, es el cimiento para llegar a la autorrealización. Así, se conforma por medio de niveles, los cuales son las necesidades fisiológicas,

---

<sup>36</sup> 4. Soberón G, Fainholz D. Muerte digna. Una oportunidad real. 1st ed. México, D.F.: Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Bioética; 2008.

<sup>37</sup> Campos Doria CA., Díaz Ramírez O. Motivación Humana. (2003). Consultado 26 Sep. 2018. Disponible en: <http://psiquiatria.facmed.unam.mx/docs/ism/unidad2.2.pdf>



necesidades de seguridad, necesidades sociales, necesidad de estima y necesidad de autorrealización. Con esto, si alguna de las actividades de cada necesidad no se realiza, la persona no se siente satisfecha, presentando la ausencia del éxito tan anhelado, haciendo sentir a la persona incompleta.

- a) Necesidades fisiológicas: Se incluyen la satisfacción del hambre, el cansancio, sueño, el deseo sexual etc. Se trata de procesos primitivos, que conllevan al desarrollo del ser humano.
- b) Necesidades de seguridad: Por medio de estas, el individuo se protegerá de todo peligro ya sea imaginario o real. La búsqueda de estabilidad, huir del peligro, buscando un equilibrio con el entorno. Tiene que ver con la supervivencia de la persona.
- c) Necesidades sociales: Se trata de las relaciones con otras personas. Incluyen el amor, la participación, afecto y adaptación. La búsqueda de la integración en un grupo social. La formación de “amigos”
- d) Necesidades de estima: Confianza, autoestima elevada, reconocimiento ante los demás, empoderamiento. Se construye el amor propio.
- e) Necesidades de autorrealización: La punta del éxito. Se logra la realización del individuo. El progreso constante y la plenitud se reflejan expresando el desarrollo de todo el potencial y talento de la persona.

Así, la negación constante ante la muerte nos hace pensar que la persona aún no se siente autorrealizada. Es evidente que el ser humano es ambicioso por naturaleza. Es competitivo y busca siempre ser el mejor, sin embargo, por esta cuestión insatisfecha, se rehúsa rotundamente a finalizar abruptamente con su vida, y la palabra <muerte> le causa cierto temor, pero ¿Cómo continuar luchando

cuando una enfermedad terminal o lesión imposibilita el transcurso natural de la vida?



Imagen 4: PIRÁMIDE DE MASLOW. JERARQUÍA DE LAS NECESIDADES HUMANAS. Tomado de: <https://www.significados.com/piramide-de-maslow/>

Actualmente, el término **muerte digna** se equipara con el de **ortotanasia**, el cual como ya vimos anteriormente, se refiere a que es el bien morir de la persona, al brindársele los cuidados paliativos correspondientes en un estado terminal, sin embargo se acuña también a una correcta actuación ante la muerte por parte de personal de la salud principalmente, dándole el derecho a morir dignamente a la persona, sin emplear medios externos e innecesarios para prolongar la vida y la agonía de ésta.

Álvarez C.<sup>38</sup> menciona que “La muerte digna es la muerte que, deseada por una persona, se produce asistida de todos los alivios y cuidados paliativos médicos adecuados, así como con todos los consuelos humanos posibles” Es el derecho a finalizar la vida voluntariamente sin sufrimiento, propio o ajeno cuando la ciencia médica nada pueda hacer para la curación de una enfermedad mortal.

El Consejo de Europa<sup>39</sup> ha reconocido el derecho a morir dignamente, mencionando los siguientes principios:

1. Proporcionar información veraz y completa, siempre respetando (brindando consentimiento informado), en su caso, el derecho del paciente a no ser informado;
2. Garantizar que ningún enfermo terminal sea médicamente tratado contra su voluntad;
3. Asegurar que se respetará el rechazo a un determinado tratamiento médico en el caso de haberse formulado al respecto Testamento Vital, Directivas Previas o Voluntades Anticipadas;
4. Recibir los cuidados necesarios dirigidos para conllevar de la forma más confortable el proceso de enfermedad y muerte;
5. Recibir el tratamiento para combatir el dolor físico, aunque acorte la vida y;
6. Recibir el apoyo psicológico para paliar el sufrimiento mental.

Se habrá de garantizar el derecho a morir con dignidad en las diversas instituciones de salud, quienes tienen la responsabilidad de brindar confort y un espacio adecuado con el fin de bien morir. Los pacientes necesitan un lugar tranquilo, aislado pero acompañados de su familia y/o amigos con quien desee pasar los últimos momentos. Con esto, garantizaríamos un trato amable, humanizado, donde el personal de salud ya sea el médico o enfermera respete la decisión y la autonomía de la persona que atravesase por ese proceso.

---

<sup>38</sup> Álvarez Carolina, Evelyn. Muerte Digna. Aspectos Médicos, Bioéticos y Jurídicos, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación H.A.Barceló, Buenos Aires, 2014, p. 30

<sup>39</sup> Recomendación 1418/1999 Sobre la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad Humana en las Enfermedades Terminales y en los Moribundos. "Consejo de Europa, 24ª Sesión, 25 de junio de 1999

Por otra parte, el derecho a una muerte con dignidad es un derecho reconocido en la Declaración de Lisboa<sup>40</sup> de la Asociación Médica Mundial de los Derechos de los Pacientes, donde en su décimo punto del apartado “Derecho a la Dignidad” inciso C, refiere lo siguiente:

*c. “El paciente tiene derecho a una atención terminal humana y a recibir toda la ayuda disponible para que muera lo más digna y aliviadamente posible.”*

En Estados Unidos, en los años noventa, se aprobó la *“Ley de Autodeterminación del Paciente”*, en la que se exige a los hospitales, asilos y otras instituciones, informen a sus pacientes a la hora de residir en tal lugar, sobre voluntades anticipadas para los cuidados médicos, teniendo por objetivo que el paciente tome sus propias decisiones y sea él quien opte por los cuidados que desea recibir en caso de sufrir por alguna enfermedad terminal o padecer alguna lesión mortal.

En Oregon, en 1994, se aprobó una ley que legaliza el suicidio, denominada *“Ley de Oregon para la Muerte Digna”*. Dicho ordenamiento permite a los médicos suministrar fármacos letales a los pacientes desahuciados, los cuales tienen una esperanza de vida que no supera los seis meses. El paciente debe expresar por escrito su deseo de que se les administre el fármaco. Esta ley entró en vigor en 1998 tras ser refrendada en dos ocasiones por los votantes de Oregon.

---

<sup>40</sup> Asamblea Médica Mundial de Lisboa. Declaración de Lisboa de la AMM sobre los derechos de los pacientes. [INTERNET]. Portugal, Octubre 1981. [Consultado 26 Sep 2018]. Disponible en: <http://coebioetica.salud-oaxaca.gob.mx/wp-content/uploads/2018/libros/ceboax-0133.pdf>

Así, con esto expuesto, la Constitución de la Ciudad de México<sup>41</sup> proclamada el 5 de febrero del 2017, aborda, en su Artículo 6 inciso A el tema de Derecho a la Autodeterminación Personal, donde se menciona lo siguiente:

## **Artículo 6**

### **Ciudad de libertades y derechos**

#### **A. Derecho a la autodeterminación personal**

1. Toda persona tiene derecho a la autodeterminación y al libre desarrollo de una personalidad.
  
2. Este derecho humano fundamental deberá posibilitar que todas las personas puedan ejercer plenamente sus capacidades para vivir con dignidad. La vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna.

Gracias a la iniciativa del senador Jesús Ortega Martínez, se ha proclamado como un derecho que todas las personas deben tener, ya que él menciona que: “Una persona en estas condiciones, en el ejercicio del derecho a una muerte digna, puede decidir terminar con su vida, porque, así, puede morir con dignidad”

A pesar de que este derecho ya se encuentra en la Carta Magna de la Ciudad, hace falta una ley secundaria, respaldada por el Congreso, que indique bajo qué norma operará. Con esto, se busca no solo una forma de comenzar a buscar legalizar la eutanasia, sino la concientización a las personas de que la vida conlleva la muerte. Una muerte digna, ensalza la vida misma del ser humano<sup>42</sup>.

---

<sup>41</sup> CDMX.gob.mx [INTERNET]. Ciudad de México: Constitución de la Ciudad de México [Citado 26 Sep 2018] [Disponible en: <https://www.cdmx.gob.mx/constitucion>]

<sup>42</sup> Hernández M. La Muerte digna, considerada en la Carta Magna de la CDMX. Gaceta Digital UNAM 2017. [Consultado 26 sep 2018] (4841)(1). Disponible en: <http://www.gaceta.unam.mx/20170112/la-muerte-digna-considerada-en-la-carta-magna-de-la-cdmx/>

También, Ortega menciona lo siguiente: "Es una medida progresista, en una Constitución deben prevalecer las leyes civiles, no las morales, no comparto esa idea de que hay un dador de la vida y un dador de la muerte, eso no puede ser puesto en una Constitución".

En cierto punto, tendría razón. Ya que las leyes se hacen con base en reglas civiles, y no a opiniones moralistas ni doctrinas religiosas, sin embargo, la persona como ser integrado y holístico, se basa en cuestiones moralistas personales, haciéndonos distintos a otros animales.

Con el tema de la muerte digna, la enfermería tiende a sumarse e involucrarse en la aplicación de cuidados paliativos los cuales día con día crecen cada vez más para destinarse a personas en situación terminal principalmente. Aquí es donde el mayor porcentaje de profesionales forman parte de una red de apoyo que conforma a los enfermeros como piedra angular de los cuidados previos a la muerte del enfermo. Siendo una actividad con enfoque multidisciplinar, médicos, enfermeras, personal de atención a la salud mental, nutricional etc. Van de la mano con la familia y pacientes dando fortaleza y apoyo a las necesidades que en ese momento se requieren.

Si bien la muerte no es bien asimilada ni bien recibida en muchas ocasiones, es preferible en un estado fulminante, rápido y sin dolor, de preferencia cuando las personas duermen, para así evitar un sufrimiento innecesario, y tener un impacto menor en las emociones de quienes rodean a quien ha fallecido. Con esto se observa una alteración en el estado de ánimo del círculo que giraba en torno al paciente, siendo que los cuidados paliativos generan un estado de ansiedad y estrés menos altos que en cuestiones "inesperadas" ya que se enseña a "morir" poco a poco, asimilando el proceso de declive y muerte programada.

"Los cuidados paliativos son la rama de la medicina que se encarga de prevenir y aliviar el sufrimiento, así como brindar una mejor calidad de vida posible a pacientes

que padecen de una enfermedad grave y que compromete su vida, tanto para su bienestar, así como el de su familia”<sup>43</sup>

De acuerdo al National Institute of Nursing Research (NINR) los cuidados paliativos no son solo aquellos que se dan para el tratamiento de enfermedades terminales, sino que son un tratamiento alternativo a los tratamientos primarios para las enfermedades graves, dando alivio a molestias como náuseas, mareos, disnea, dolor y afecciones emocionales<sup>44</sup>

Sin embargo, éstos normalmente se aplican como ya se mencionó anteriormente, a pacientes con enfermedades terminales, y que no estén bajo algún tratamiento médico, donde ya no se busca prolongar la vida innecesariamente, teniendo por objetivos principales la interacción estrecha con la persona y su familia, brindando apoyo emocional y conservando la comunicación con el equipo que en su conjunto trabaja para brindar los cuidados paliativos<sup>45</sup>

Así mismo, el INCMNSZ menciona que los cuidados paliativos abarcan: “La comprensión y entendimiento de la enfermedad, su estado, el grado de severidad, su pronóstico y las opciones de tratamiento para la misma por parte tanto del paciente como de su familia se logra mediante la comunicación constante con su médico, así como del lazo de confianza que se debe crear entre el equipo médico encargado, el paciente y sus familiares. Con este proceso se logra evitar prolongación innecesaria de la vida o del sufrimiento y medidas terapéuticas que no tienen como objetivo ni el bienestar ni la mejoría del pronóstico de vida del paciente evitando así el encarnizamiento terapéutico. Es decir, favorecer la calidad de muerte. Logrando un adecuado tratamiento de los síntomas que provocan las

---

<sup>43</sup> INNSZ.MX [INTERNET]. CDMX;2013. [Actualizado 12 de Marzo de 2013; 26 Sep 2018]. Disponible en: <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/cuidadosPaliativos.html>

<sup>44</sup> NINR.NIH.GOV [INTERNET]. Maryland;2018 [citado 26 Sep 2018]. Disponible en: <https://www.ninr.nih.gov/sites/files/docs/cuidadospaliativos.pdf>

<sup>45</sup> WHO.int [INTERNET]. Suiza; 2017 [Actualizado Agosto 2017; 26 Sep 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

enfermedades terminales y mejorando la calidad de vida al final de la vida del paciente y asegurando el bienestar de sus familiares.”

Como la OMS<sup>46</sup> lo marca, los cuidados paliativos se ofrecen mayormente en un ambiente familiar, es decir, en el hogar, facilitando el cese al sufrimiento del enfermo en ese momento, y por consiguiente, si se trata de una enfermedad terminal, un acto de bien morir en la persona y su familia, haciendo más liviano el trayecto de la muerte en ese núcleo familiar. Dando como resultado, que las personas puedan tener más tiempo junto a sus enfermos, donde la comunicación y la unión juegan un papel importante en el cuidado del Ser, enseñando y educando las necesidades más prioritarias y más afectadas de esa persona, colaborando en la dignificación de la vida, donde siendo la muerte no lo contrario a ésta sino parte del ciclo que conlleva el nacimiento, el crecimiento, el desarrollo y la culminación, completándose así la función vital.

Como lo marca un estudio realizado<sup>47</sup> menciona que “La participación del enfermero en el contexto de los cuidados paliativos es imprescindible, si consideramos que esos cuidados son realizados en un área de intervención en salud, en la cual la actuación del enfermero representa el eslabón entre el paciente, la familia y los demás miembros del equipo, y que ese profesional posee mayor oportunidad de efectivar las prácticas de cuidado, en virtud de pasar gran parte del tiempo junto al paciente y a la familia” dándonos la pauta ya mencionada arriba. Enfermería pasa mucho tiempo en contacto con los pacientes. Con esto, conocemos las demandas de cada uno de ellos, y sus peticiones que quieren ser oídas por la comunidad médica a su alrededor, buscando ser respetada y tomada en cuenta la última palabra de ellos, aquí en el plano terrenal.

---

<sup>46</sup> WHO.int [INTERNET]. Suiza; 2017 [Actualizado Agosto 2017; 26 Sep 2018. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/palliative-care/es/>]

<sup>47</sup> Silva RS, Pereira A, Nóbrega MML, Mussi FC. Construction and validation of nursing diagnoses for people in palliative care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2914. [Access 26 Sep 2018]; Available in: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es\\_0104-1169-rlae-25-e2914.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2914.pdf). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1862.2914>.



# #CuidadosPaliativos

Los #CuidadosPaliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes que enfrenten enfermedades incurables y progresivas.

Buscan influir positivamente en el curso de la enfermedad, hasta la muerte y durante el duelo.

Proporcionan alivio del dolor y síntomas con un enfoque social, biológico y psicológico.

Apoyan a las familias de los pacientes.

## #SaludEnNúmeros en el Mundo (Organización Mundial de la Salud)

**20 millones**

de las personas que los necesitan al final de la vida, son niños.

Una **tercera** parte de quienes los necesitan tiene **cáncer**.



**42%** de la población mundial con ésta necesidad no tiene acceso.

### Personal médico:

Consulta la **Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos**

[http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dmp-paliar\\_00E.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dmp-paliar_00E.pdf)

Última actualización: Octubre del 2015 / Diseño: Dirección General de Información en Salud

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



Fuentes:

DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

IMAGEN 5: LOS CUIDADOS PALIATIVOS. TRATAMIENTO EFICAZ PARA EL ENFERMO. Tomado de: <https://www.gob.mx/salud/articulos/infografia-cuidados-paliativos?state=published>

## CAPÍTULO IV

### SUICIDIO ASISTIDO

El suicidio asistido es la ayuda o asistencia a otra persona que desea terminar con su existencia. Significa proporcionar a una persona los medios necesarios para poner fin a sus días. En este caso, es el propio paciente quien activa el mecanismo que termina con su vida. En el suicidio asistido la actuación del profesional médico proporciona los medios necesarios para que sea él mismo quien se produzca la muerte convirtiéndose en sujeto activo asistido.

En concreto, sería un procedimiento intermedio entre un suicidio y la eutanasia voluntaria, pero no es del todo fácil establecer la frontera entre ambos. Para algunos, la aceptación legal del suicidio asistido es un primer paso hacia la legalización de la eutanasia.

Úbeda J. expone: “El suicidio asistido tiene en común con el suicidio normal la circunstancia de que es el propio sujeto el que pone fin a su vida, mientras que con la eutanasia voluntaria comparte el hecho de que la muerte ocurre en el contexto de una enfermedad penosa e incurable (o en condiciones que se consideran parecidas, como la ancianidad) y con la intervención de un médico”<sup>48</sup>.

La asistencia al suicidio se considera como la entrega de ciertos medicamentos para la realización del mismo, siempre y cuando se los brinde personal médico y enfermero, en países como Bélgica. Sin embargo, en Suiza, se aplica por personas fuera del área de la salud sin tener ningún cargo jurídico a la hora de asistir a alguien en el suicidio.

---

<sup>48</sup> SIGLO XXI [Internet]. España: Javier Úbeda Ibáñez; 2007 (actualizado 20 noviembre 2007; citado 7 mayo 2018). Disponible en: <http://www.diariosigloxxi.com/texto-diario/mostrar/28865/suicidio-asistido>

En algunos países, para poder legalizar el suicidio asistido, han debido erradicar la palabra suicidio, para evitar cualquier significado negativo que pudiera tener la palabra suicidio y de ahí que se llame muerte asistida. Entonces, será que cuando escuchamos la palabra “suicidio asistido” tiene un menor impacto psicológico a cuando escuchamos la palabra “eutanasia” porque ¿estamos condicionados a que la segunda es un homicidio y la primera no? Al final de cuentas, el suicidio asistido es de algún modo, un tipo de eutanasia directa voluntaria.

Stephen Hawking, apoyaba el suicidio asistido en personas terminales. “Las personas que padecen una enfermedad terminal y sufren mucho dolor deberían tener el derecho de acabar con sus vidas, y aquellos que les ayuden no deberían ser perseguidos por la justicia”<sup>49</sup>. En México, en el artículo 11 inciso A de la Constitución Política de la Ciudad de México habla del Derecho a la Autodeterminación personal: “Toda persona tiene derecho a la autodeterminación y al libre desarrollo de una personalidad. Este derecho humano fundamental deberá posibilitar que todas las personas puedan ejercer plenamente sus capacidades para vivir con dignidad. La vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna”<sup>50</sup>. A pesar de que no se ha aprobado en el Congreso dicha ley, puede apelarse con base en el artículo 11.

Con esto tenemos, un avance en materia de muerte digna, y solo falta aprobar alguna ley que ampare la eutanasia en la Ciudad de México para poder hacerla vigente y aplicable a sus habitantes, favoreciendo y cumpliendo textualmente dicho artículo de la Carta Magna. Así como en Estados Unidos se permite el suicidio asistido en cinco estados: Washington, Oregón, Montana, Nuevo México y Vermont; en México ya no estamos tan lejos de lograr dicho cometido, ya que disponemos de Ley de Voluntad Anticipada y el Derecho a una Muerte Digna.

---

<sup>49</sup> EL MUNDO [Internet] Madrid: El mundo; 2003 [actualizado 17 sep 2013; citado 08 may 2018] Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundo/2013/09/17/ciencia/1379422832.html>

<sup>50</sup> Constitución Política de la Ciudad de México. Disponible en: <http://gaceta.diputados.gob.mx/ACCM/GP/20170130-AA.pdf>

Actualmente se cree que la eutanasia y el suicidio asistido debería poder proporcionársele solamente a adultos mayores o a enfermos terminales, ya que son el grupo que nos hace pensar que está más cercana a la muerte, sin embargo, cualquier persona debería ser candidata a recibir una muerte digna, sin importar estatus social, género, o condición, siempre y cuando cumpla los requisitos que anteriormente ya se han visto en países donde ya se ha legalizado dichos procedimientos.



*Imagen 6: "EL SUICIDIO MÉDICAMENTE ASISTIDO" Tomada de: <https://noticieros.televisa.com/ultimas-noticias/ocho-paises-eutanasia-y-suicidio-asistido-son-legales/>*

## CAPÍTULO V

### TANATOLOGÍA. NECESARIA PARA LA SENSIBILIZACIÓN DEL PERSONAL ENFERMERO ANTE LA MUERTE

De origen griego *thanatos* (muerte) y *logos* (estudio), se define como el estudio de la muerte. Más específico, de “encontrar el sentido al proceso de muerte” definido por el Instituto Mexicano de Tanatología A.C.<sup>51</sup>. Aquí mismo se define que la tanatología es “Una disciplina científica que se encarga de encontrar el sentido al proceso de la muerte, sus ritos y significado concebido como disciplina profesional, que integra a la persona como un ser biológico, psicológico, social y espiritual para vivir en plenitud y buscar su trascendencia.”

La tanatología no solo se encarga de la muerte, sino también de todas esas pérdidas derivadas en duelos significativos. Con esto, nos enseña a asumir cualquier tipo de pérdida, para aceptar a la muerte como un proceso natural al final del transcurso de la vida, dejando de lado las falsas creencias de que la muerte es mala, o que la muerte llega como un castigo consecuente a una acción realizada. Se busca tomar en cuenta la autonomía de la persona, tomando decisiones con base en el proceso de morir. Se educa con humanismo a quienes están cercanos a la muerte.

Esta educación, consiste en informar incluso sobre los diferentes documentos y acciones legales existentes, que pueden utilizarse como recursos para la aplicación de una muerte digna. Como ejemplo tenemos la realización de testamentos vitales, voluntades anticipadas, o suspensión de tratamientos, como ya se mencionaron arriba anteriormente.

Hay que entender que toda pérdida es única, personal e irrepetible, y cada pérdida representa una forma nueva de crecimiento emocional y espiritual. Cada pérdida tiene ciertas características, siendo éstas grandes, pequeñas, internas y externas, con solución, sin solución, colectivas y personales, pero teniendo presente que cada

---

<sup>51</sup> Tanatología.org [INTERNET]. Ciudad de México: Instituto Mexicano de Tanatología A.C. [Consultado 28 Nov 2018]. Disponible en: <http://tanatologia.org.mx/que-es-tanatologia/>

una de ellas, afectan o afectarán nuestra vida de forma significativa, dependiendo del enfoque que le brindemos.

Los tipos de pérdidas que podemos mencionar son las siguientes:

- Pérdida de la salud
- Pérdida de la pareja
- Pérdida de algún objeto material
- Pérdida ambigua: Refiriéndose a aquellas pérdidas donde una persona desaparece y no se tiene más contacto con ella, es decir, toda persona que “se pierde” de la noche a la mañana.
- Pérdida de lo no tenido: O en otras palabras, aquello que se anhelaba y al final no se pudo obtener, como en el caso de un embarazo que resultó interrumpido por un aborto espontáneo, por ejemplo.

Es importante conocer y saber que cualquier cosa que se pueda tener, se puede perder tarde o temprano. Al igual que en una vida humana. Tenemos consciencia de que moriremos algún día, pero nos aferramos a la idea de que eso sucederá una vez que nuestras funciones corporales y cognitivas se degeneren, sin embargo, sucederá en cualquier momento, sin importar la circunstancia.

Al momento de que la muerte llega, se atraviesa por un proceso llamado duelo, siendo éste, una reacción frente a la pérdida de algo significativo; una experiencia emocional única y dolorosa, el cual se convierte en un proceso de readaptación a la vida ante la nueva realidad, donde encontramos que los tipos de duelo son variados, siendo éstos:

- Duelo anticipatorio: Como en el caso de personas con cáncer y estados terminales, donde la persona y la familia se “preparan mentalmente” para la pérdida y poco a poco asimilan la situación
- Duelo congelado o encriptado: Donde no se avanza, o continua sin resolverse ya que la persona “se ha quedado atorada” en alguna fase del duelo

- Duelo crónico: Donde el tiempo “aproximado” de duelo se excede sin poder solucionarse
- Duelo patológico: Se combina con el duelo congelado y el duelo crónico, haciéndose un problema mayor, donde involucra la vida cotidiana de la persona, es decir, afecta a sus actividades normales, como no quererse bañar, no ingerir alimentos, no salir, y mantenerse todo el día encerrado o en cama, por poner ejemplos.

Tendiendo claros los tipos de pérdida, sus características y los tipos de duelo, Kubler E.<sup>52</sup>, nos muestra las etapas que conforman al duelo, siendo éstas cinco, las cuales se mencionan a continuación:

- Desconcierto: Al momento de la noticia, la persona se siente sorprendida, hasta tal punto de no creer lo que está sucediendo.
- Negación: El familiar o la persona allegada de quien fallece, se niega a la idea de que su ser querido ha fallecido. Su reacción es una negativa total, ya que se niega al hecho que le acontece en ese momento, no aceptando su realidad. Va de la mano con la ira.
- Ira: Siente enojo, y busca culpabilizar a terceros o incluso a sí mismo.
- Negociación: En esta etapa se busca un bienestar o una negociación con un ente religioso, ya sea Dios o alguna otra fuerza divina.
- Depresión: Viene la etapa donde la persona se siente vacía, triste, e incluso con malestares físicos somatizados por la situación, ya sea dolores de cabeza, sueño excesivo, disneas, insomnio, etc.
- Aceptación: Esta etapa sucede cuando se ha aceptado esta situación dolorosa; significa comprender y asimilar el desapego emocional y aprender a vivir con el recuerdo y los momentos positivos vividos con la persona que falleció.

---

<sup>52</sup> López Rodríguez, A. Importancia de la atención del paciente en duelo. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas [Internet]. 2009;14(4):153-154. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47326415001>

Cada etapa se vive de forma distinta, no es una regla el atravesar por cada una de ellas de forma sistemática, ya que puede haber regresiones o saltos por cada una de ellas, pero sí es importante tener en cuenta que no se puede estancar en una sola por mucho tiempo, porque se consideraría ya un duelo crónico o encriptado, donde se tendría que buscar ayuda psicológica, en conjunto con un equipo multidisciplinario para una correcta transición por éstas.

La labor enfermera ante la muerte y un correcto manejo tanatológico del paciente y su familia, incluye, como ya se mencionó al principio de este capítulo, una explicación detallada que abarque un manejo adecuado. Se pueden hacer recomendaciones para un correcto actuar en el momento del suceso, teniendo preparado el escenario, el material y los documentos a utilizar para facilitar el proceso legal.

Con esto, pueden hacerse recomendaciones de manejo de folders tanatológicos, los cuales incluyen documentos básicos e importantes como son, contar con Acta de Nacimiento, Clave Única de Registro de Población, Identificación del Instituto Nacional Electoral, Documentación funeraria, Testamento (oficial y no oficial), e incluso, carta u hoja del Epitafio, Carta de la última voluntad y Carta de Despedida.

Una carta de despedida consiste en pensamientos, palabras y expresiones escritas, siempre en positivo, hechas por la persona que se encuentra enferma, a punto de fallecer o difunta, que se tomó el tiempo para realizarla con anticipación, donde expresa su sentir, y las realiza para cada uno de los miembros de la familia, o amigos a los que se desea despedir.

Importante mencionar que esta carta no deberá contener algún tipo de condición, es decir, “Prométeme que no vas a llorar, prométeme que cuidarás, prométeme que harás...” ya que no se efectuaría un correcto manejo emocional en las personas que aún continúan en vida, pues se sentirán agobiadas y comprometidas con las condiciones del difunto, y el proceso de duelo podría ser más difícil si ellos sienten que “no cumplieron” con las voluntades de los allegados.



Evidentemente un manejo tanatológico no le corresponde completamente al enfermero que encuentre y sea partícipe de un caso similar, pero es importante tener las bases y saber qué hacer y qué decir en momentos cruciales como estos para la familia y los seres queridos de un difunto.

Evitar decir palabras sin sentido, o sin empatía emocional, es lo mejor que puede realizar el profesional enfermero. Es decir, evitar mencionar “Lo siento mucho”, “Cuente conmigo para lo que necesite”, “Estoy con usted cuando me requiera”, ya que muchas veces solo son promesas y no acciones que se cumplirán a largo plazo.

Por otra parte, es importante no condicionar ni tratar de ocultar los sentimientos. Al suprimirlos, lo que generamos es más presión y frustración, por esto, es que se es necesario desahogarse de todo sentimiento que se tenga en ese momento. Muchos de los profesionales sanitarios se sienten cohibidos al expresar sus emociones, razón por la cual no dejan fluir el llanto, pero es necesario hacerlo para evitar repercusiones posteriores



*Imagen 7: Hospital General de México Ayuda con Tanatología. Tomada de: <https://889noticias.mx/noticias/hospital-general-de-mexico-ayuda-con-tanatologia/>*

# CAPÍTULO VI

## ESTUDIOS RECIENTES

### CASOS CLÍNICOS PARA TOMAR EN CUENTA

A continuación, se toman varios casos verídicos<sup>53</sup>, en los cuales nos hace recapacitar en el uso de la eutanasia y la muerte asistida, para una muerte digna, tomando en cuenta la petición de los pacientes de acuerdo a su condición clínica. Diversos casos han sido parteaguas del tema de la eutanasia y el suicidio asistido. Entre los más destacados son los de Ramón San Pedro, Terri Schiavo, Anthony Crew, Diane Pret, Vincen Humbert, Karen Ann Quinlan y Nancy Cruzan.

- Ramón San Pedro Camean, fue un caso español, conocido por la película *Mar Adentro*, quien, tras sufrir sección medular, quedó tetraplégico en 1963. Su condición no le proporcionaba calidad de vida, por lo que decidió solicitar a los jueces, le dieran permiso a su médico de asistirle para suicidarse y poder aliviar sus dolores, sin embargo su petición fue rechazada. Finalmente en enero de 1998 en La Coruña, decidió tomar cianuro con ayuda de sus amigos, para finalmente poder así aliviar su dolor y sufrimiento, recurriendo al “suicidio asistido”.
- El caso de Terri Schiavo, quien estuvo 15 años en estado vegetativo, fue una ciudadana de Estados Unidos. El esposo de Terri pensó que ella no habría querido estar en esa situación, solicitando permiso para interrumpir el soporte vital que la mantenía en ese estado, pero los padres de ella se opusieron ante tal petición, dando incluso que, el expresidente George Bush presentó y firmó una ley para evitar que no se pudiese retirar dicho soporte. Más adelante, los jueces aceptaron y dieron la razón al marido de Terri en abril

---

<sup>53</sup> Sánchez C., López A. Med Pal. 2006; 13 (4): 207-215.

del 2005. Posteriormente, la autopsia reveló que su cerebro pesaba 600 gramos en lugar del peso normal que es 1.400 a 1.600 gramos. Dando como resultado un final justificado a la muerte de la mujer, quien biológicamente ya no presentaba autonomía, siendo el soporte artificial el que la mantenía “con vida”.

- Anthoni Crew, fue un inglés de 74 años, tetrapléjico quien viajó a Suiza para que le brindaran suicidio asistido, siendo la asociación Dignitas, creada en 1998, la que le apoyó en el proceso. Dicha institución ha ayudado alrededor de 91 personas hasta el año 2003 a morir, siendo dos terceras partes del porcentaje, extranjeros.
- Diane Pret, mujer británica quien sufría una enfermedad degenerativa, causante de dolores y parálisis, pidió a tribunales y jueces que le brindaran el derecho a morir dignamente, asistida por su esposo, siendo denegada la petición por parte incluso del Tribunal de Derechos Humanos de Estrasburgo. El 11 de mayo de 2002, murió después de días de dolores insoportables y agonía. De una forma indigna, de una forma en la que ella no hubiese querido, pero por las constantes negativas, así fue como cesó su sufrir.
- Vincent Humbert de 22 años, fue un francés quien sufrió un accidente, quedando tetrapléjico. El 26 de septiembre de 2003 murió con la ayuda de su madre y un médico del Hospital de Berch-Sur-Mer, quien le suministró un fármaco. Las consecuencias legales fueron, acusaciones por “envenenamiento” contra el médico y “administración de sustancias tóxicas con premeditación a personas vulnerables” contra la madre. El presidente de la República Francesa expresó su apoyo a la madre, públicamente. Sin embargo, ni la eutanasia ni la muerte asistida se han legalizado en dicho país.

- Karen Ann Quinlan cayó en coma 1975. Su padre, pidió al juez la retirada del soporte vital ya que consideraba que no tenía sentido prolongar la agonía de su hija. El juez de Nueva Jersey, le denegó el permiso debido a que no consideraba que debiera acabar con la vida de una persona, atribuyendo el respeto a las decisiones propias y a no tomar la decisión de terceros para quitarla, sin embargo Karen había expresado anteriormente no querer vivir en condiciones parecidas. El juez supremo de Nueva Jersey consideró que: “Hay una diferencia fundamental y en este caso determinante, entre acabar ilícitamente con la vida de una persona e interrumpir, por una cuestión de autodeterminación, los medios extraordinarios que la mantienen con vida”, y con esto, se suspendió la respiración artificial de Karen, pero vivió 10 años más debido a que se continuó con la alimentación artificial, puesto que se valoraba aquello “como eutanasia pasiva y esto como eutanasia activa”. Y así, para el año 1980, se creó la Federación Mundial de las Asociaciones del Derecho a Morir, ya que miles de personas consideraban esencial un “testamento vital” para evitar pasar por un caso similar.
- Por último, Nancy Cruzan se encontraba en estado vegetativo desde 1983. Sus padres solicitaron la ayuda al juez en 1987 para interrumpir el soporte vital que la mantenía aún “con vida”, justificando que su hija, habría referido no querer cruzar por una situación similar. En 1988, el juez dictaminó a favor, ya que refirió que existe un derecho constitucional a rechazar el soporte vital, en caso de que una persona caiga en estado vegetativo irreversible. Con esto, se propuso la introducción de documentos en ámbitos médicos y hospitalarios titulados “voluntades anticipadas”.

Con estos casos, es visiblemente obvia la necesidad de una regulación legal y sanitaria en materia de eutanasia y suicidio asistido. El hecho que una persona refiera “no querer cruzar por un estado vegetativo e invalidante” la hace libre de querer decidir sobre su futuro si en dado caso se llegase a presentar dicha situación.

El temor a la completa dependencia y a una vida “inútil” nos lleva a tomar decisiones, estando en un estado completo de salud, porque nos sentimos plenos y llenos de vitalidad, sin embargo, pensar que un día pudiese suceder algún accidente o alguna enfermedad terminal y agónica donde se comprometa nuestra integridad física, nos pone a pensar en la decisión de culminar el sufrimiento.

A su vez, esta decisión puede cambiar a través del tiempo. Es decir, si un adulto joven, teniendo ya la madurez mental y habiendo tomado la decisión de querer morir al atravesar por una situación que comprometa su integridad física, decide posteriormente retractarse de su decisión primaria, está en todo su derecho. Las personas cambian, y con ellas, los pensamientos. Y en caso contrario, sería la misma situación expuesta. Si una persona se niega rotundamente a la idea de atravesar por un caso de eutanasia y suicidio asistido, y posteriormente razona ambas situaciones y siente que sería la mejor opción, sin duda su decisión deberá ser apoyada y ejecutada, siempre y cuando se cumplan los criterios mencionados arriba anteriormente (como en el caso de la ley holandesa).

Por lo tanto, la labor enfermera sería el apoyo emocional constante y en todo momento para el paciente en estado terminal, seguido de una enseñanza y educación en cuanto al estado actual del paciente, la aplicación de los cuidados paliativos en caso dado que el paciente así los solicite, y si la ley regulase la eutanasia y el suicidio asistido, incluso sería, la aplicación de las mismas, ya que se busca satisfacer y buscar un confort, eliminando todo tipo de malestares y dolores en él.

Valorando los casos anteriores, podría pensarse incluso en la creación de centros o instituciones aquí en México como las ya existentes en Suiza las cuales son *Exit International*, *Dignitas* o *Eternal Spirit*, donde se brinda apoyo para la ejecución del suicidio asistido, haciendo que enfermería tenga una participación activa para con los pacientes y su familia, ya que se aplicarían todos los conocimientos tanatológicos arriba mencionados, y se trabajaría en conjunto y más apegado a un

tratamiento humanístico, recordando que es el propio paciente el que ejecuta tal acción, y enfermería es quien solamente le asiste a realizarlo, despejando dudas y disipando miedos e inquietudes.

*Exit International*<sup>54</sup>, una organización sin fines de lucro fundada por Philip Nitschke, estima que en 2015, tres mil quinientas personas expresaron el deseo de morir, ya sea por situación terminal o por “cansancio de la vida”, y de éstas, solamente 782 hicieron efectiva su petición. La solicitud del suicidio asistido ha aumentado de la edad de 76 a 78 años en promedio, y aunque solamente se presta a ciudadanos nativos de Suiza, es una opción digna y “favorable” para su deseo de poner fin al sufrimiento.

Caso contrario, tenemos las organizaciones *Dignitas* y *Eternal Spirit*. Éstas sí aceptan personas de alrededor de todo el mundo, quienes viajan a Suiza para poner fin a su vida, contando con un certificado médico que ampare que puede poner fin al sufrimiento de los pacientes, es decir, es necesario contar con una enfermedad terminal incurable que justifique su petición de morir.

Cabe destacar, que el precio por poner fin a la vida en este tipo de organizaciones es muy elevado, en primera por tratarse de organizaciones privadas y en segunda por encontrarse en Suiza, un país dentro de Europa donde los ingresos económicos son totalmente distintos a los de nuestro país. Y se replantea la incógnita del por qué no gozar de una muerte digna en México, sin tener que buscar métodos extraordinarios para tener tranquilidad y cesar el dolor. La legalización de la eutanasia y el suicidio asistido será un gran paso para nuestro país y contará con el apoyo de muchas personas a favor de la muerte digna, que cada vez está más cerca de replantearse y luchar por los derechos de los pacientes en estado terminal.

---

<sup>54</sup> <https://exitinternational.net/>

Con esto, la enfermería podría tener gran campo de desarrollo en una organización como las mencionadas anteriormente, debido a la aplicación de conocimientos tanatológicos y humanísticos, la interacción con el paciente y su familia y la empatía desarrollada con el ser humano para su cuidado hasta el último día de su vida, ayudando a comprender, a explicar y a amar hasta el final del proceso aplicado. La eutanasia y el suicidio asistido se espera sean, una pronta opción en México para una muerte digna.

## **METODOLOGÍA**

El presente trabajo se realizó mediante búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos como son: Scientific Electronic Library Online (Scielo), Biblioteca Virtual de Salud (BVS), Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc), entre otras, donde se consultaron las siguientes palabras clave: enfermería, eutanasia, eutanasia activa, eutanasia pasiva, muerte, muerte digna, suicidio, suicidio asistido, tanatología, Holanda, México, enfermería, enfermeros, cuidados paliativos, bioética, voluntad anticipada, derecho a morir, terapia intensiva, enfermos terminales, delimitando las búsquedas a un rango de 10 años (2017-2007), seleccionando los artículos de idioma español, inglés y portugués.

Se consultó también en diversas páginas del gobierno, como la página del Senado, el Código Penal, la Carta Magna, y la Constitución de la Ciudad de México.

A su vez, se consultaron páginas electrónicas de Instituciones públicas y privadas, así mismo en su biblioteca virtual, bases de datos y páginas expuestas a público en general. Se tomó información correctamente citada de compilados en materia de derecho de la Universidad Nacional Autónoma de México, así como contenido y definiciones de la Asociación Derecho a Morir Dignamente y de la Real Academia Española.

La técnica de investigación utilizada fue una recopilación bibliográfica, dando como resultado un trabajo de investigación meramente descriptivo.

Así mismo, se tomó un curso taller presencial, abordando el tema de *Tanatología y Resiliencia*, el cual, brindó herramientas y pautas para la correcta realización del presente trabajo.



## RESULTADOS

## CONCLUSIONES

El presente trabajo me llevó a conocer los aspectos legales, ético profesionales y religiosos de la eutanasia, para tener una pauta y consideración para que en México se pueda legalizar, con base en los antecedentes ya mencionados en países como Holanda, Suiza o Luxemburgo, esto a través de una muerte digna, tomando en cuenta igualmente los casos clínicos expuestos, los cuales demuestran que los pacientes son aquellos quienes piden el auxilio y una muerte digna en sus últimos momentos de vida. Mediante un enfoque enfermero, se garantiza un bien morir, ya que enfermería es quien está constantemente en sintonía con los pacientes, la mayor parte del tiempo es quien conjunta la empatía con las personas, y así, por medio de la aplicación de medidas tanatológicas y orientación sobre un bien morir, tranquilo y sin sufrimiento, aplicamos la muerte digna junto con los cuidados paliativos, y esperando a futuro, la ministración de la eutanasia, como medida paliativa del sufrimiento, cerrando el ciclo del cuidado, cesando del dolor.

Cuando el profesional de enfermería comprende, los conceptos básicos del tema de eutanasia, el panorama profesional se abre a la oportunidad de nuevas opciones de aplicación del cuidado, siendo el objeto de estudio de la profesión enfermera, brindando las herramientas para la aplicación de una muerte digna, para la humanización y dignificación de un bien morir. La creación de un criterio propio, basado en investigaciones científicas y definiciones bien establecidas, recrean un escenario más amigable sin repercusiones morales ni profesionales. Ahora bien, los conceptos dados anteriormente se toman a partir de instancias oficiales y países donde se ha legalizado ya la Eutanasia y la Muerte Asistida.

Un buen entendimiento de los temas, ayudan aún más al personal enfermero y médico de un hospital para poder esclarecer dudas posteriores en el entorno en el que va a trabajar como la familia, amigos, e incluso en el mismo paciente para disipar cuestionamientos que el miedo y la enfermedad le ocasionan, haciendo un mayor nivel empático enfermero-paciente.

A pesar de que en México aún falta mucho tiempo por delante para que se llegue a hablar de una forma abierta y libre de la Eutanasia, porque no existe actualmente una legislación que rijan el acto de ponerle fin a la vida en ciertas circunstancias, cumpliendo ciertos requisitos, porque en México aún existe mucho tabú y entre esta causa se encuentra el aspecto importantísimo de la religión, (qué papel juega la religión en nuestra cultura) donde aún no se toma real seriedad, porque aún falta más educación y cultura en temas de muerte para que nuestro gobierno respalde a profesionales sanitarios, se puede lograr que el gremio del área de la salud y personas ajenas al mismo, entiendan la forma, los términos y los alcances de la Eutanasia, brindando información clara y comprobable de varias fuentes nacionales e internacionales, para lograr mayor entendimiento de la Eutanasia, la Tanatología, los Cuidados Paliativos, la Muerte Digna, el Suicidio Asistido y la Voluntad Anticipada.

Al identificar al personal enfermero como profesional capaz de participar en un procedimiento eutanásico, se proporcionan herramientas para un mayor empoderamiento y la creación de criterio personal y discernimiento entre una “acción moral” y una “acción ética”, separando el bien y el mal, homogeneizando el único fin, el cual es el bienestar del paciente.

Así mismo, al reconocer a la muerte digna como derecho de todos los pacientes en estado terminal, se busca la concientización del personal enfermero para el alcance de la eutanasia, esperando igualmente la justificación del suicidio asistido como una acción tolerable, aplicable por el gremio enfermero, donde se hace la aclaración de ser exclusivamente para fines de muerte digna, siendo parte del tratamiento, sin llegar a causar mayor mal que beneficio.

El demostrar el alcance de la tanatología en el enfermo y su familia, así como en el personal enfermero y médico, mejorando el estado emocional, psíquico y físico ocurre en un buen manejo de los conocimientos y educación que se le brinden para asimilar y entender la situación por la que está cruzando en ese momento.

Se observa que el presente trabajo aborda correctamente cada objetivo anteriormente escrito, explicando de manera precisa y digerible las definiciones. El manejo de la información se realizó logrando de forma concreta y detallada la unión entre el título de este trabajo y la conexión con los objetivos, buscando un público interesado en un tema tan controversial y debatible ante la sociedad intra y extrahospitalaria, evanesciendo las dudas y retirando la venda de los ojos que por mucho tiempo se ha hecho presente en la sociedad mexicana, haciendo notar que mientras otros países han gozado ya de una decisión tan fuerte y tan importante, México puede hacerlo de igual forma, con el simple hecho de dar el primer paso, aceptando la muerte como parte del ciclo de la vida, haciéndola llamar muerte digna, para lograr el descanso de las personas con enfermedades terminales, evitando el sufrimiento y no prolongando el dolor ni la agonía.

## RECOMENDACIONES

Después de concluir la presente tesina, se recomienda:

1. En materia legal, se recomienda legislar la eutanasia y el suicidio asistido, para proporcionar los medios para un bien morir, ayudando aún más en las opciones ya existentes como voluntad anticipada y cuidados paliativos.
2. Proponer la especialización y la preparación para enfermeros en materia de cuidados paliativos y tanatológicos para un mejor manejo de casos críticos y contar con una red de apoyo para un abordaje más profesional y de calidad, para toda persona y su familia que lo requiera. Es esencial el conocer y saber hacer uso de los temas para un mayor entendimiento por parte de aquellos quienes se ven en la necesidad de buscar una fuente de apoyo profesional.
3. Explicar con lenguaje claro, veraz y sin emitir juicios de valor, la condición y/o la situación en la que el paciente se encuentra. Las posibles opciones que tiene en cuanto a su bien morir, y esclarecer cualquier duda sin irrumpir en estados en los que el paciente se sienta temeroso o inseguro de la decisión que ha tomado (como en la suspensión de tratamiento curativo por ejemplo).
4. Realizar investigaciones científicas que se publiquen en revistas electrónicas, abordando el tema de la muerte, eutanasia y tanatología, dirigidos para personal enfermero y médico, haciendo más el saber de cada uno para disipar cada vez más los tabús que se presentan con respecto a los temas antes abordados, generando áreas de interés y ansia de profundizar para un adecuado manejo de quienes lo necesitan.
5. Proponer que cada comité de bioética se conforme con por lo menos un enfermero, ya que es piedra angular en la interacción con los pacientes y su

familia, y así, se puedan elegir y optar con mayores recursos en el actuar de una muerte digna.

## GLOSARIO DE TÉRMINOS

**Algofobia:** Miedo al dolor.

**Apoyo emocional:** Aliento que le brinda una persona a otra para reducir sentimientos negativos y estrés generado por situaciones agobiantes.

**Autorrealización:** Logro efectivo de las aspiraciones u objetivos vitales de una persona.

**Código de Ética para Enfermeras:** Código internacional de Enfermeras (CIE) que dicta los deberes fundamentales de los enfermeros. Promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.

**Código Penal:** Conjunto ordenado y sistematizado de normas jurídicas punitivas del Estado Mexicano.

**Comité Nacional de Bioética:** Comité que trata sistémicamente y de manera continua sobre las dimensiones éticas de las ciencias de la salud, de las ciencias de la vida, y de las políticas innovadoras en materia de salud.

**Cuidado:** Objeto de estudio y razón de ser de la Enfermería. Acción de cuidar.

**Cuidados Paliativos:** Cuidado que se centra en el alivio de los síntomas causados por enfermedades graves, alivian el sufrimiento y brindan una mejor calidad de vida. También se prestan como coadyuvante en tratamientos primarios de enfermedades.

**Dignidad:** Cualidad intrínseca del ser humano que le confiere la condición de fin en sí mismo, no mediatizable y que implica respeto y decoro en el comportamiento. Cualidad interior sumamente apreciada de bienestar y valor personal. Excelencia de la condición humana.

**Distanasia:** Prolongación médicamente inútil de la agonía de un paciente sin perspectiva de cura.

**Duelo:** Dolor, lástima, aflicción o sentimiento. Demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien. Reunión de parientes, amigos o invitados que asisten a la casa mortuoria, a la conducción del cadáver al cementerio, o a los funerales.

**Enfermedad terminal:** Todo padecimiento reconocido, progresivo, irreversible e incurable que se encuentra en estado avanzado en el que existe certeza de muerte en un lapso no superior a seis meses.

**Enfermería:** Ciencia que se dedica al cuidado integral de las personas. Arte del cuidado, siendo su objeto de estudio el cuidado.

**Enfermero (a):** Persona dedicada a la asistencia de los enfermos.

**Empatía:** Sentimiento de identificación con algo o alguien.

**Estado de coma:** Estado grave de la pérdida de conciencia.

**Eutanasia:** Proviene del vocablo *Eu* que significa bueno y *Thanatos* que significa muerte, hace mención a una buena muerte o bien morir. La OMS la define como “toda acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente”.

**Eutanasia activa (positiva):** Es aquella en la que una persona, administra alguna droga en cantidades altas, provocando la muerte del paciente, y aliviando su dolor.

**Eutanasia directa:** Es la realización de un acto que deliberadamente provoca la muerte del paciente.

**Eutanasia indirecta:** Es la acción en que la muerte o la abreviación de la vida pueden resultar como efecto secundario no pretendido en sí.

**Eutanasia involuntaria:** Es cuando se actúa en contra del conocimiento de la persona, siendo este acto penado por la mayoría de los países en general.

**Eutanasia pasiva (negativa):** Es aquella acción donde se han de eliminar o retirar los aparatos que mantienen con vida a la persona, o suspender el tratamiento que se le proporcionaba para mantener y alargar la vida del paciente.

**Eutanasia voluntaria:** Es aquella donde el paciente es consciente de que va a realizársele dicho procedimiento.

**Holismo:** Doctrina que propugna la concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen.

**Homicidio:** Delito que consiste en matar a una persona sin que exista premeditación u otra circunstancia agravante.

**Holística, enfermería:** Toda práctica de enfermería donde la curación a la persona como un todo, es su meta.

**Ilícito:** No permitido legal o moralmente.

**Juramento Hipocrático:** Juramento público que hace todo aquel que se gradúa de médico, siendo una forma de orientación en su práctica profesional.

**Lesión medular:** Alteración de la médula espinal que puede provocar pérdida de sensibilidad o movilidad en el cuerpo. Las causas pueden ser por traumatismos o enfermedades.

**Lícito:** Justo, permitido, según justicia y razón.

**Muerte digna:** Es la muerte con todos los alivios médicos adecuados y los consuelos humanos posibles.

**Muerte cerebral:** Cese completo e irreversible de la actividad eléctrica cerebral



**Ortotanasia:** Vocablo nuevo de la tanatología. Consiste en todas las medidas encaminadas a mejorar la calidad de vida de los enfermos a quienes se pronostica la muerte a corto plazo, procurando que el paciente esté cómodo.

**Paciente en estado terminal:** Aquella persona a la que le haya sido diagnosticada alguna enfermedad terminal, cuyo tratamiento no pueda ser curativo, sino solamente paliativo; y tenga como consecuencia de la enfermedad la muerte, en un lapso de tiempo no superior a seis meses.

**Pirámide de Maslow:** Teoría que trata de explicar qué impulsa la conducta humana.

**Principios bioéticos:** Principios fundamentales que garantizan una asistencia adecuada al enfermo que está en situación terminal. Estos son beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

**Profesional de la salud:** Todo aquel profesional capacitado para brindar servicio asistencial en el ámbito de la salud, previo reconocimiento por instituciones acreditadas por las autoridades educativas, como son: escuelas, institutos y universidades de nivel técnico y superior, que autoricen el ejercicio de dichas labores.

**Secretaría de Salud:** Dependencia del Poder Ejecutivo que se encarga primordialmente de la prevención de enfermedades y promoción de la salud de la población.

**Solicitud de suspensión voluntaria de tratamiento.** Documento por medio del cual el representante legal de un paciente en estado terminal, menor de edad o que por su estado de salud no pueda hacer pleno uso de sus facultades mentales, solicita la suspensión voluntaria de tratamientos curativos o paliativos.

**Soporte vital:** Se refiere a las técnicas y tratamientos de emergencia realizadas en una situación de urgencia médica para mantener la vida del paciente tras el fallo de uno o más órganos vitales.

**Suicidio:** Acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza.

**Suspensión de tratamiento:** Derecho de los pacientes en estado terminal a decidir sobre la sustitución del tratamiento curativo por una de tratamiento paliativo. La suspensión de tratamiento comprende: la suspensión voluntaria de tratamiento curativo; la suspensión anticipada de tratamiento curativo y la suspensión voluntaria de tratamiento curativo o paliativo por suspensión anticipada.

**Suspensión anticipada de tratamiento curativo.** Al inicio del tratamiento paliativo sin que haya sido aplicado el tratamiento curativo, siempre y cuando el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad determine la imposibilidad de cura y el rápido avance de las condiciones de deterioro de la calidad de vida del paciente.

**Suspensión voluntaria de tratamiento.** Derecho de los pacientes en estado terminal, mayores de 18 años y en el pleno ejercicio de sus facultades mentales, para que, de manera libre y sin presión alguna, pueden solicitar la suspensión voluntaria de tratamiento.

**Tetraplejía:** Parálisis conjunta de las cuatro extremidades del cuerpo.

**Tratamiento del dolor y cuidados paliativos:** Todas aquellas medidas proporcionadas por profesionales de la salud especializados en la materia, orientadas a reducir los sufrimientos físico y emocional producto de una enfermedad terminal, que pueden tener como consecuencia el avance de la enfermedad terminal, sin que ello implique un menoscabo a su calidad de vida.

**Voluntad Anticipada:** Decisión que toma una persona de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando se encuentre en etapa terminal y, por razones médicas, sea imposible mantenerla de forma natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona.

## BIBLIOGRAFÍA

<sup>1</sup> Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 23ª ed. Madrid: Espasa. 2014.

<sup>2</sup> Keown J. La Eutanasia Examinada Perspectivas Éticas, Clínicas y Legales. 1ª ed. México: Fondo de Cultura Económica; 2004.

<sup>3</sup> Behar D. Cuando la Vida ya no es Vida ¿Eutanasia? 1ª ed. México. Pax México. 2007

<sup>4</sup> Merchán-Price Jorge. LA EUTANASIA NO ES UN ACTO MÉDICO. pers.bioét. [Internet]. 2008 June [cited 2019 Feb 07] ; 12( 1 ): 42-52. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-31222008000100005&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222008000100005&lng=en).

<sup>5</sup> Dmd.org.mx [Internet]. México: Fundación Espinosa Rugarcía [Citado 26 abr 2018]. Disponible en: <http://dmd.org.mx/suicidio-asistido/>

<sup>6</sup> Corte Constitucional de Colombia (2014). «Sentencia T-970/14 Eutanasia activa o positiva». Consultado el 26 de marzo de 2018.

<sup>7</sup> Corte Constitucional de Colombia (2014). «Sentencia T-970/14 Eutanasia pasiva o negativa». Consultado el 26 de marzo de 2018

<sup>8</sup> Behar D. Cuando la Vida ya no es Vida ¿Eutanasia? 1ª ed. México. Pax México. 2007

<sup>9</sup> Keown J. La Eutanasia Examinada Perspectivas Éticas, Clínicas y Legales. 1ª ed. México: Fondo de Cultura Económica; 2004.

<sup>10</sup> CONBIOETICA [Internet]. México: Secretaría de Salud [Citado 29 abr 2018]. Disponible en: [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento\\_informado.html](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html)

<sup>11</sup> Caldevilla Domínguez, D. SOBRE LA EUTANASIA. Vivat Academia [Internet]. 2005;(68):1-16. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=525753088001>

<sup>12</sup> INCMNSZ [Internet]. México. Dr. José Alberto Ávila Funes. [actualizado 12 marzo 2013; citado 4 mayo 2018]. Disponible en: <http://incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/eutanasiaOrtotanasiaDistanasia.html>

<sup>13</sup> *Ibidem*

<sup>14</sup> Gamarra, MdP. La asistencia al final de la vida: la ortotanasia. *Horizonte Médico* [Internet]. 2011;11(1):40-46. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=371637121006>

<sup>15</sup> Valadés D. *Debate Sobre la Vida* en Cano VF, Díaz AE, Maldonado deLE. Eutanasia: Aspectos Jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos. 1ª ed. México. Universidad Nacional Autónoma de México; 2001. p. XI-XIV.

<sup>16</sup> Behar D. *Cuando la Vida ya no es Vida ¿Eutanasia?* 1ª ed. México. Pax México. 2007

<sup>17</sup> [Facmed.unam.mx](http://www.facmed.unam.mx) [Internet]. México: FACMED [Citado 25 abr 2018]. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/Libro-NeuroFisio/Personas/Hipocrates/Hipocrates.html>

<sup>18</sup> *Ibidem*

<sup>19</sup> Küng H, Canadá D. *Las Religiones en Contra de la Eutanasia*. ChangeOrg. 2016 (1):52

<sup>20</sup> *Ibidem*

<sup>21</sup> Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*. 23ª ed. Madrid: Espasa. 2014.

<sup>22</sup> Küng H, Canadá D. *Las Religiones en Contra de la Eutanasia*. ChangeOrg. 2016 (1):52

<sup>23</sup> Bacon F. *El Avance del Saber*. 1ª ed. España: Alianza Editorial;1988.

<sup>24</sup> Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 23ª ed. Madrid: Espasa. 2014.

<sup>25</sup> Valadés D. *Debate Sobre la Vida* en Cano VF, Díaz AE, Maldonado deLE. Eutanasia: Aspectos Jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos. 1ª ed. México. Universidad Nacional Autónoma de México; 2001. p. XI-XIV.

<sup>26</sup> Cano VF, Díaz AE, Maldonado deLE. Eutanasia: Aspectos Jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos. 1ª ed. México. Universidad Nacional Autónoma de México

<sup>27</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía  
<http://www.beta.inegi.org.mx/temas/religion/>

<sup>28</sup> Díaz-Amado Eduardo. La despenalización de la eutanasia en Colombia: contexto, bases y críticas. Rev. Bioética y Derecho [Internet]. 2017 [citado 2019 Feb 08]; ( 40 ): 125-140. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872017000200010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872017000200010&lng=es).

<sup>29</sup> Dornewaard, J. (2001). *La Política De Eutanasia En Los Países Bajos*. [online] Archivos.juridicas.unam.mx. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/172/8.pdf> [Accessed 25 Nov. 2018].

<sup>30</sup> Derecho a Morir Dignamente [Internet]. Madrid: Derecho a Morir Dignamente Asociación Federal [actualizado 28 julio 2016; citado 9 mayo 2018]. Disponible en: [https://www.eutanasia.ws/documentos/Leyes/Internacional/\[TRADUCCI%C3%93N\]%20Holanda%20-%20Ley%20de%20terminaci%C3%B3n%20de%20la%20vida%20a%20petici%C3%B3n%20propia%20y%20sucidio%20asistido%20-%20abril%202001.pdf](https://www.eutanasia.ws/documentos/Leyes/Internacional/[TRADUCCI%C3%93N]%20Holanda%20-%20Ley%20de%20terminaci%C3%B3n%20de%20la%20vida%20a%20petici%C3%B3n%20propia%20y%20sucidio%20asistido%20-%20abril%202001.pdf)

<sup>31</sup> Vega Gutiérrez, J. La práctica de la eutanasia en Bélgica y la «pendiente resbaladiza». Cuadernos de Bioética [Internet]. 2007;XVIII(1):71-87. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87506203>

<sup>32</sup> Dyer O, White C, Garcia Rada A. Assisted dying: law and practice around the world. BMJ. 2015;351:h4481

<sup>33</sup> Gaceta del Senado. *Iniciativa Con Proyecto De Decreto Por El Que Se Reforma El Artículo 312 Del Código Penal Federal Y Se Crea La Ley General De Suspensión De Tratamiento Curativo*. Ciudad de México; 2007, [http://www.senado.gob.mx/64/gaceta\\_del\\_senado/documento/12043](http://www.senado.gob.mx/64/gaceta_del_senado/documento/12043)

<sup>34</sup> Diario Oficial de la Federación. ACUERDO por el que se emiten los lineamientos que contienen el procedimiento y los criterios a los que deberán sujetarse los licenciados en Enfermería, así como los pasantes en servicio social de las carreras referidas en los numerales 1 a 5, del artículo 28 Bis, de la Ley General de Salud, para la prescripción de medicamentos [INTERNET].[Consultado 26 Sep 2018]. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5475523&fecha=08/03/2017](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5475523&fecha=08/03/2017)

<sup>35</sup> Souza da Silva, R, de Souza Evangelista, CL, Duarte dos Santos, R, do Nascimento Paixão, GP, Alencar Marinho, CL, Grudka Lira, G. Percepção de enfermeiras intensivistas de hospital regional sobre distanásia, eutanásia e ortotanásia. *Revista Bioética* [Internet]. 2016;24(3):579-589. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361548490018>

<sup>36</sup> Soberón G, Fainholz D. Muerte digna. Una oportunidad real. 1a ed. México, D.F.: Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Bioética; 2008.

<sup>37</sup> Campos Doria CA., Díaz Ramírez O. Motivación Humana. (2003). Consultado 26 Sep. 2018. Disponible en: <http://psiquiatria.facmed.unam.mx/docs/ism/unidad2.2.pdf>

<sup>38</sup> Asamblea Médica Mundial de Lisboa. Declaración de Lisboa de la AMM sobre los derechos de los pacientes. [INTERNET]. Portugal, Octubre 1981. [Consultado 26 Sep 2018]. Disponible en: <http://coebioetica.salud-oaxaca.gob.mx/wp-content/uploads/2018/libros/ceboax-0133.pdf>

<sup>39</sup> CDMX.gob.mx [INTERNET]. Ciudad de México: Constitución de la Ciudad de México [Citado 26 Sep 2018 [Disponible en: <https://www.cdmx.gob.mx/constitucion>]

- <sup>40</sup> Hernández M. La Muerte digna, considerada en la Carta Magna de la CDMX. Gaceta Digital UNAM 2017. [Consultado 26 sep 2018] (4841)(1). Disponible en: <http://www.gaceta.unam.mx/20170112/la-muerte-digna-considerada-en-la-carta-magna-de-la-cdmx/>
- <sup>41</sup> INNSZ.MX [INTERNET]. CDMX;2013. [Actualizado 12 de Marzo de 2013; 26 Sep 2018]. Disponible en: <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/cuidadosPaliativos.html>
- <sup>42</sup> NINR.NIH.GOV [INTERNET]. Maryland;2018 [citado 26 Sep 2018]. Disponible en: <https://www.ninr.nih.gov/sites/files/docs/cuidadospaliativos.pdf>
- <sup>43</sup> WHO.int [INTERNET]. Suiza; 2017 [Actualizado Agosto 2017; 26 Sep 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- <sup>44</sup> WHO.int [INTERNET]. Suiza; 2017 [Actualizado Agosto 2017; 26 Sep 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/palliative-care/es/>
- <sup>45</sup> Silva RS, Pereira A, Nóbrega MML, Mussi FC. Construction and validation of nursing diagnoses for people in palliative care. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2914. [Access 26 Sep 2018]; Available in: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es\\_0104-1169-rlae-25-e2914.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2914.pdf). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1862.2914>.
- <sup>46</sup> SIGLO XXI [Internet]. España: Javier Úbeda Ibáñez; 2007 (actualizado 20 noviembre 2007; citado 7 mayo 2018). Disponible en: <http://www.diariosigloxxi.com/texto-diario/mostrar/28865/suicidio-asistido>
- <sup>47</sup> EL MUNDO [Internet] Madrid: El mundo; 2003 [actualizado 17 sep 2013; citado 08 may 2018] Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundo/2013/09/17/ciencia/1379422832.html>
- <sup>48</sup> Constitución Política de la Ciudad de México. Disponible en: <http://gaceta.diputados.gob.mx/ACCM/GP/20170130-AA.pdf>
- <sup>49</sup> Tanatología.org [INTERNET]. Ciudad de México: Instituto Mexicano de Tanatología A.C. [Consultado 28 Nov 2018]. Disponible en: <http://tanatologia.org.mx/que-es-tanatologia/>

50 López Rodríguez, A. Importancia de la atención del paciente en duelo. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas [Internet]. 2009;14(4):153-154. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47326415001>

51 Sánchez C., López A. Med Pal. 2006; 13 (4): 207-215.

52 Kübler-Ross E. La Rueda de la Vida. Grupo Zeta, Ediciones. Barcelona, España 1999, Quinta Edición

53 Quintero Silverio Odalys, Rodríguez Hernández Jorge Félix. Implicaciones jurídicas para el debate cubano sobre eutanasia. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2015 Sep [citado 2018 Nov 24] ; 41( 3 ): 547-565. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662015000300012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000300012&lng=es).

54 Maqueo V. El papel de la Enfermera en la Tanatología. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica [INTERNET]. 2008 [Consultado 20 Enero 2019. 1-4 (69-73). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2000/en001-4n.pdf>

55 Freitas Tiago Luan Labres de, Banazeski Ana Claudia, Eisele Adriane, de Souza Elaine Natália, Bitencourt Julia Valéria de Oliveira Vargas, Souza Silvia Silva de. La visión de la Enfermería ante el Proceso de Muerte y Morir de pacientes críticos: una revisión integradora. Enferm. glob. [Internet]. 2016 Ene [citado 2019 Ene 21] ; 15( 41 ): 322-334. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412016000100015&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000100015&lng=es).

56 Padovani Cantón Antonio Manuel, Clemente Rodríguez María Elisa. Eutanasia y legislación. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2008 Dic [citado 2018 Nov 27] ; 12( 2 ): 139-149. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942008000200016&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942008000200016&lng=es).

57 Delgado, E. (2017). Eutanasia en Colombia: una mirada hacia la nueva legislación. En Justicia, 31, 226-239. <http://dx.doi.org/10.17081/just.22.31.2608>



<sup>58</sup> CONAMED.GOB. [INTERNET]. México; 2008 [Actualizado 18 Sep 2008, Citado 7 dic. 18] Disponible en:

[http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/codigo\\_enfermeras.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf)

<sup>59</sup> Martínez Garduño, M., Gómez Martínez, L., & Siles Juárez, L. (2012). Apoyo emocional: conceptualización y actuación de enfermería; una mirada desde la perspectiva del alumno. *Enfermería Universitaria*, 6(3). doi:<http://dx.doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2009.3.29935>

<sup>60</sup> Álvarez Carolina, Evelyn. Muerte Digna. Aspectos Médicos, Bioéticos y Jurídicos, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación H.A.Barceló, Buenos Aires, 2014, p. 30