



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**



**OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DE  
LA EUTANASIA EN PACIENTES EN ESTADO TERMINAL**

**TESIS PROFESIONAL**  
**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**  
**LICENCIADA (O) EN ENFERMERÍA**

**PRESENTAN:**

**ELIZABETH ROJO MORALES**  
**RAYMUNDO BARRIOS OLIVARES**

**DIRECTORA DE TESIS**

**DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES GODÍNEZ RODRÍGUEZ**

**LOS REYES IZTACALA, ESTADO 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.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**



**OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ACERCA DE LA  
EUTANASIA EN PACIENTES EN ESTADO TERMINAL**

**TESIS PROFESIONAL**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA (O) EN ENFERMERÍA**

**PRESENTAN:**

**ELIZABETH ROJO MORALES  
RAYMUNDO BARRIOS OLIVARES**

**DIRECTORA DE TESIS:**

**DRA. MARÍA DE LOS ÁNGELES GODÍNEZ RODRÍGUEZ**

**SINODALES:**

**PRESIDENTA: DRA. LETICIA CUEVAS GUAJARDO**

**VOCAL: DRA. MARIA DE LOS ANGELES GODINEZ RODRIGUEZ**

**SECRETARIO: DR. LUIS ALBERTO REGALADO RUIZ**

**SUPLENTE: MTRA. MARICRUZ SOLIS CAMARILLO**

**SUPLENTE: LIC. ALEJANDRA MARTINEZ MIRANDA**

## Tabla de contenido

AGRADECIMIENTOS.....	6
DEDICATORIA .....	7
CAPÍTULO I. DESCRIPCIÓN DEL FENÓMENO .....	8
1.1 INTRODUCCIÓN.....	9
1.2 FENÓMENO A ESTUDIAR.....	12
1.3 OBJETO DE ESTUDIO.....	14
1.4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	14
1.5 OBJETIVO.....	14
1.6 JUSTIFICACIÓN.....	15
CAPÍTULO II. ABORDAJE TEÓRICO.....	18
2.1 ESTADO DEL ARTE .....	19
2.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA EUTANASIA.....	24
2.2.1 ANTECEDENTES RELIGIOSOS .....	27
2.2.2 ANTECEDENTES LEGALES .....	30
2.3 MARCO CONCEPTUAL .....	36
CAPÍTULO III. ABORDAJE METODÓLOGICO.....	54
3.1 ENFOQUE.....	55
3.2 DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO UTILIZADO .....	56
3.3 PERSONAS INFORMANTES .....	57
3.3.1 Número de personas informantes .....	57
3.4 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	58
3.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	59
3.6 MÉTODO PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS.....	59
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	60
3.8 CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO .....	62
3.8 CONTEXTO DE ESTUDIO .....	63
CAPÍTULO IV. HALLAZGOS Y DISCUSIÓN .....	68
4.1 HALLAZGOS .....	69
CATEGORÍA 1. ACEPTACION DE LA EUTANASIA .....	70
SUBCATEGORÍA 1.1 EVITAR EL SUFRIMIENTO.....	71
SUBCATEGORÍA 1.2 PORQUE EL PACIENTE Y LA FAMILIA LO PIDE .....	73
SUBCATEGORÍA 1.3. DESGASTE DE LA FAMILIA .....	76

SUBCATEGORÍA 1.4. MI PROPIA MUERTE .....	79
CATEGORÍA 2. ASPECTOS QUE INFLUYEN EN LA DECISIÓN .....	82
SUBCATEGORÍA 2.1. DILEMA ÉTICO .....	83
SUBCATEGORÍA 2.2. LA VOLUNTAD DE DIOS .....	87
SUBCATEGORÍA 2.3. EXPERIENCIAS PREVIAS .....	91
SUBCATEGORÍA 2.4. ASPECTOS LEGALES .....	96
SUBCATEGORÍA 2.5. INFLUENCIA DE LA ÉTICA Y LOS VALORES .....	101
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES, PROPOSICIONES, BIBLIOGRAFIA Y ANEXOS.....	104
5.1 CONCLUSIONES .....	105
5.2 PROPOSICIONES .....	107
5.3 BIBLIOGRAFÍA .....	108
5.4 ANEXOS .....	113
ANEXO 1. Consentimiento Informado.....	113
ANEXO 2. Guía de preguntas semi-estructuradas.....	114
ANEXO 3. Juramento Hipocrático .....	115

***“NO SE DEBE QUERER DEMASIADO LA VIDA, NI ODIARLA DEMASIADO, SINO  
BUSCAR UN TÉRMINO MEDIO Y PONERLE FIN CUANDO LA RAZÓN LO ACONSEJE.  
NO SE TRATA DE HUIR DE LA VIDA, SINO DE SABER DEJARLA”***

**SÉNECA**

## AGRADECIMIENTOS

### **GRACIAS A NUESTROS PADRES**

Por la fortaleza que nos han dado como un legado inapreciable, y que nos enseñaron a pescar y así llegar finalmente a alcanzar nuestros logros y metas, pues en ese final, los triunfos son suyos. Los hemos amado toda la vida con el alma y el corazón, ya que ellos son nuestro principal motor.

### **GRACIAS A LA DRA. ÁNGELES**

Por sus conocimientos, paciencia, dedicación y apoyo incondicional para el desarrollo en la construcción de esta tesis.

### **GRACIAS A DIOS**

Por darnos la vida, y darnos cuenta lo maravillosa que es, el que nos haya puesto en el camino, para ver la misión por la cual estamos aquí. Y saber cuán grande es, que al mismo tiempo nos hace sentir tanta plenitud (ayudar a los demás), con nuestra propia experiencia.

## DEDICATORIA

Dedicamos este proyecto a nuestros padres por mostrarnos el camino de la superación, por estar a nuestro lado cada vez que los necesitamos y tomarnos de la mano y fortalecernos día a día.

A las enfermeras (os) para que encuentren el valor de curar el cuerpo, saciar el alma y tratar dignamente a sus pacientes.

# CAPÍTULO I.

# DESCRIPCIÓN DEL

# FENÓMENO

## 1.1 INTRODUCCIÓN

La vida es un conjunto de situaciones, desafíos, alegrías y pérdidas; es un proceso dinámico que requiere una adaptación y un ajuste continuo para poder mantenerse. Tal como afirmó Weismann "la duración de la vida está gobernada por necesidades de la especie, la existencia ilimitada de los individuos sería un lujo sin una correspondiente ventaja evolutiva"<sup>(1)</sup>. Haciendo memoria sobre los procesos ontogénicos, es importante afirmar que los seres vivos nacen, crecen, se reproducen y mueren.

Por consiguiente, la muerte es el destino inevitable de todo ser humano, una etapa en la vida de todos los seres vivos que constituye el horizonte natural del proceso vital. La muerte es la culminación prevista de la vida, aunque incierta en cuanto a cuándo y cómo ha de producirse, y, por lo tanto, forma parte de nosotros porque nos afecta la de quienes nos rodean y porque la actitud que adoptamos ante el hecho de que hemos de morir determina en parte cómo vivimos <sup>(2)</sup> la muerte del otro, más aún cuando es cercana tendrá un mayor impacto en quien la presencia.

La muerte vista desde un proceso de vida biológico, psicológico y social que representa, puede adelantarse o atrasarse por medio de la eutanasia, por lo cual se ve como una "buena muerte" que tiene como finalidad eliminar a toda costa cualquier dolor que esté sufriendo el paciente, lo cual ha venido generando una serie de controversias tanto en el contexto mundial así como en nuestro país.

En México la eutanasia se considera como un problema de moral, teniendo repercusiones sociales, económicas, legales, religiosas, morales y sobre todo familiares. Bajo esta perspectiva, es necesario hacer una revisión en los aspectos éticos, psicosociales y clínicos de la eutanasia.

En este sentido el equipo de salud dentro del ámbito hospitalario juega un papel importante dado que este tiene la experiencia necesaria para ayudar a brindar información al enfermo en estado terminal y al familiar y/o cuidador que se encuentre a cargo del mismo, de ¿Qué hacer? o ¿Cómo actuar?.

No hay que perder de vista que en el caso de los pacientes en fase terminal, resulta sumamente doloroso e innecesario mantenerles con vida, a pesar de que muchas veces ya se encuentran con muerte cerebral y, la vida que se les proporciona no es verdadera y cualitativa, sino mecánica y lastimosa; siendo muchas veces los familiares quienes más sufren. En la mayoría de las ocasiones, se asume que el hecho de dar asistencia médica es suficiente para cumplir con las obligaciones legales del enfermo terminal y sus familiares.

La medicina actual se debate en la paradoja de utilizar sus grandes adelantos, ya sea para salvar una vida o para prolongar la vida de una existencia tortuosa.

Y ante esta realidad científica, se enfrentan los familiares, quienes firman un documento ante las autoridades del hospital, sin leerlo en muchas ocasiones; en donde se autoriza a los médicos, para aplicar en el paciente todos los recursos técnicos con que se cuenten. De esta manera, médicos y familiares caen en la trampa del avance tecnológico, prolongando irracionalmente la vida, emprendiendo con ello, una acción contra la buena muerte, que dificulta el proceso de morir; prolongando la agonía y el dolor, cayendo en el llamado encarnizamiento terapéutico con lo cual incurren los médicos en una responsabilidad ética compleja y difícil de resolver.

Dado a la experiencia en la práctica hospitalaria el objetivo de la presente investigación es conocer la opinión del personal de enfermería acerca de la eutanasia en pacientes en estado terminal.

La presente tesis consta de cinco capítulos, los cuales se explicaran a continuación:

En el primer capítulo se aborda el fenómeno a estudiar que da una pequeña introducción por la cual se eligió el tema y en quienes fue aplicado así como los objetivos de la presente investigación, también la justificación sobre la importancia de dicho tema.

El segundo capítulo habla sobre el abordaje teórico en el cual se citan varias investigaciones previas de acuerdo al tema, antecedentes religiosos y legales, así como los distintos conceptos que engloba el tema.

En el tercer capítulo se expone el abordaje metodológico que describe el método utilizado y el enfoque en el cual está basada la investigación, la selección de informantes, la técnica de recolección de datos y el método que se utilizó para procesarlos.

En el cuarto capítulo se encuentran los hallazgos obtenidos de las entrevistas con su respectivo análisis y discusión, además se describen las diferentes categorías y subcategorías de cada uno.

El quinto capítulo contiene las conclusiones del tema, algunas sugerencias, anexos y la bibliografía citada de la presente investigación.

## 1.2 FENÓMENO A ESTUDIAR

De acuerdo a nuestra experiencia en la práctica clínica, nos hemos percatado que el rol de la enfermera es indispensable y único en cualquier entorno, debido al contacto directo y a la confianza que se establece con el paciente. Dicho contacto nos permite compartir situaciones difíciles de la vida del paciente, incluso los que se refiere a la última etapa de su vida.

Por lo tanto la eutanasia en términos genéricos, es aquel comportamiento que, de acuerdo con la voluntad o interés de otra persona que padece una enfermedad o una lesión incurable, generalmente mortal, que causa graves sufrimientos y afecta considerablemente la calidad de vida de la persona, de tal manera la eutanasia daría la producción, anticipación o el no aplazamiento de la muerte del afectado. La vida de los seres terminales a veces suele ser calificada como una vida indigna, porque la decadencia y el dolor en el que viven, son constantes, duro e incurable, no obstante durante nuestras prácticas hospitalarias hemos estado en contacto con pacientes en estado crítico y el sufrimiento que presenta es inexplicable.

Esta práctica puede ser por petición del mismo paciente, de sus familiares o sencillamente, por iniciativa de una tercera persona que presencia, conoce e interviene en el caso concreto del moribundo; no obstante el personal de enfermería está expuesto a este tipo de situaciones, en las cuales ve el sufrimiento de los pacientes así como el de los familiares dando como resultado un ambiente hostil dentro de núcleo paciente-enfermera y por más que se trate de dar un cuidado holístico, se ve afectado todo el panorama.

La muerte del paciente ante este acontecimiento es inevitable y como personal que se encuentra en contacto con el enfermo debemos satisfacer la necesidad de una muerte digna. El hecho de la no vida, ha sido en todas las sociedades, para todos los grupos humanos y para todos los individuos una situación que se ha afrontado de muy diversas formas. En general, a pesar de que la muerte es una parte, un fenómeno de la propia existencia, existe un rechazo hacia ella, hacia las personas que se hallan cercanas a la situación de muerte.

La muerte es uno de los grandes dilemas de la ética, la filosofía, la ciencia y la medicina, hay un debate intenso sobre las facultades humanas y el derecho que tiene el hombre para reclamarla como él quiera, y no cuando la naturaleza o su reloj biológico lo establezca, y esperar que sea concedido su deseo, adicionado todo con un ingrediente nuevo: legalidad de la petición tanatofila de quien ya no quiere vivir.

No obstante, los códigos médicos, desde la época de Hipócrates, prohíben los actos de asesinato, pero aprueban y de hecho requieren interrumpir el tratamiento de pacientes que agonizan o no iniciarlos si estos se encuentran fuera del alcance de la ayuda médica <sup>(3)</sup>

Se tiene entendido que el derecho de culminar la vida con dignidad, conlleva una serie de visiones éticas, antropológicas, sociales, médicas, jurídicas, económicas, criminológicas, etc., que necesariamente se complementan, por lo tanto deben ser estudiadas holísticamente.

La muerte es, finalmente inevitable. Todos los seres humanos somos mortales y, a partir de cierta edad, todos lo sabemos, aunque muchos prefieren ignorarlo.

### 1.3 OBJETO DE ESTUDIO

Opinión del personal de enfermería con respecto a la eutanasia en pacientes en estado terminal.

### 1.4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la opinión del personal de enfermería con respecto a la eutanasia en pacientes en estado terminal?

### 1.5 OBJETIVO

Analizar la opinión del personal de enfermería con respecto a la eutanasia en un paciente en estado terminal.

## 1.6 JUSTIFICACIÓN

La medicina actual ha aumentado la esperanza de vida en los mexicanos. Los procedimientos médicos salvan tantas vidas en lo que se refiere al uso de instrumentos que mantengan vivo a un enfermo en etapa terminal. Según el INEGI <sup>(4)</sup>, en México, la esperanza de vida ha aumentado considerablemente; en 1930 las personas vivían en promedio 34 años; 40 años después en 1970 este indicador se ubicó en 61; en el 2000 fue de 74 y en 2016 es de 75.2 años. Las mujeres viven en promedio más años que los hombres, en 1930, la esperanza de vida para las personas de sexo femenino era de 35 años y para el masculino de 33. Al 2010 este indicador fue de 77 años para mujeres y 71 para los hombres, en 2016, se ubicó en casi 78 años para las mujeres y en casi 73 años para los hombres.

Esto da como resultado que las personas vivan más tiempo, y por tanto presenten enfermedades propias de la edad, estas enfermedades se complican o bien no existe un tratamiento efectivo, también se encuentran aquellos pacientes que tuvieron un accidente y que lamentablemente presentan muerte cerebral u otras complicaciones en donde difícilmente regresaran a gozar de una buena salud, cuando esto sucede, tanto el paciente como la familia entran en una dinámica de desgaste físico y emocional incluso de gastos continuos que no siempre es fácil de sobrellevar.

Aun así en la mayoría de las ocasiones los familiares se aferran a mantener a su paciente con vida aún aunque tengan el conocimiento de su pronóstico o bien aunque lo vean que está conectado a un respirador.

En respuesta a ello, en algunos países del mundo se han creado leyes “de voluntad anticipada” que permiten expresar por adelantado el tipo de tratamiento médico que se desea recibir frente a enfermedades terminales y accidentes. En México, el Distrito Federal, ahora Ciudad de México, fue la primera entidad en autorizar una “Ley de Voluntad Anticipada”, la cual fue publicada en la gaceta Oficial del Distrito Federal el 7 de Enero de 2008, la cual representa una postura que defiende la

dignidad del enfermo terminal ante su constante deterioro físico y mental y le brinda una serie de derechos en la legislación de la entidad capitalina.

El portal de la Secretaría de Salud del Distrito Federal define Voluntad Anticipada:

Es la 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. La Voluntad Anticipada favorece la atención paliativa y los cuidados al final de la vida, el énfasis está en el acompañamiento del paciente durante esta etapa de su vida. No prolonga ni acorta la vida, respeta el momento natural de la muerte. <sup>(5)</sup>

Esta Ley de Voluntad Anticipada que constó de 47 artículos, se expidió siguiendo la tendencia de otros países del mundo y tomando en consideración diversos documentos internacionales que buscaban reconocer tanto la autonomía del enfermo para aceptar o rechazar diversos tratamientos médicos, como su mayoría de edad para tomar determinaciones respecto de su persona, dejando de ser únicamente un sujeto pasivo.

En Enero del 2017 la Asamblea Constituyente en la Ciudad de México con 57 votos a favor, 27 en contra y una abstención, el pleno aprobó incluir en la constitución de la Ciudad de México el derecho a la eutanasia. Al presentar una reserva en el artículo 11, inciso A, el que se menciona que “toda persona tiene derecho a la autodeterminación y al libre desarrollo de su personalidad” así como “el derecho a tener una muerte digna o eutanasia”. Este derecho posibilitará que todas las personas puedan ejercer libremente sus capacidades para vivir con dignidad (la vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna). <sup>(6)</sup>

Sin embargo parece que no es suficiente contar con el apoyo legal ya que los pacientes en estado terminal sufren demasiado a causa del padecimiento y/o tratamiento que implica. Dentro de todo esto el personal de enfermería juega un papel muy importante en la atención del paciente en fase terminal puesto que está

más implicado en el cuidado y proceso que vive el enfermo, así como el contacto con la familia que se encuentra alterada en todos los sentidos a causa del padecimiento de su familiar, que está en proceso de aceptación al saber que su enfermedad no tiene cura, siendo el cuidado la razón de ser de la enfermería, ayudando a todos los que se ven inmersos en el proceso que conlleva tener un enfermo terminal.

# CAPÍTULO II.

## ABORDAJE

## TEÓRICO

## 2.1 ESTADO DEL ARTE

Se tiene entendido que el derecho de culminar la vida con dignidad, conlleva una serie de visiones éticas, antropológicas, sociales, médicas, jurídicas, económicas, criminológicas, etc., que necesariamente se complementan. Por lo tanto deben ser estudiadas holísticamente, de esta manera existen diversos autores que han realizado una serie de investigaciones para abordar el tema desde su propia perspectiva.

En México Ramírez López en 1996 <sup>(7)</sup> hace mención sobre el dilema ante la muerte, estudio desarrollado en el Centro médico de occidente (Guadalajara), del IMSS. En él se obtuvo de que las enfermeras consideran que la eutanasia no es un crimen 33.4%, la enfermera debe asistir a un paciente para suicidarse 5.8%, ignora la diferencia entre eutanasia activa y pasiva 20.3%, la tercera parte se pronuncia a favor de la eutanasia como un acto de misericordia; el 39% contesta lo contrario.

Así mismo, en un estudio realizado por Garduño y colaboradores, en 1998 <sup>(8)</sup>, se encontró que de los pacientes con enfermedad terminal y eutanasia, el 88% profesaba alguna religión. El 48% de los médicos señalaron que debía prolongarse la vida solo si se esperaba una buena calidad de vida; lo mismo opino el 30% de las enfermeras, el 16% de los médicos, el 37% de las enfermeras indicaron que debían hacerse todos los esfuerzos para prolongar la vida, a favor de usar medidas paliativas, estuvieron a favor el 21% de los médicos, 11% de las enfermeras, 95% del personal de salud estuvo de acuerdo de la necesidad del apoyo por psicología, el 52% de los médicos, 40% de las enfermeras están de acuerdo con la eutanasia, el 51% de los médicos, 44% de las enfermeras consideran que la eutanasia debería legislarse en México.

En Estados Unidos de América, en la revista “Journal of American Medical Association” <sup>(9)</sup>, en el año 2000 se publicó un artículo para detectar la actitud hacia la eutanasia entre pacientes terminales y sus familiares, y en qué medida su opinión se mantiene en el tiempo entre los años 1996 y 1997, obteniendo datos que muestran que el 60.2% de pacientes terminales apoyaban la eutanasia en teoría,

pero solo el 10.6% la consideraban una solución para sí mismos. El 5.6% lo habían comentado con sus médicos, el 2.5% había acumulado fármacos. Los autores concluyen que para el 90% de los pacientes terminales, la eutanasia no es un problema importante en su vida.

De acuerdo a los estudios realizados por la investigadora María en Canadá en el 2002 <sup>(10)</sup>, refiere que los pacientes ancianos con cáncer terminal, obtuvo que el 80% de ellos consideran ser una carga pesada para sus familiares y por este motivo los pacientes aceptan la aplicación de la eutanasia; en relación a los que están a favor tanto del suicidio asistido son los que tienen una creencia religiosa débil o sin religión. También por presentar cuadros de depresión, ansiedad, dificultad respiratoria, las ideas suicidas fueron más frecuentes cuando se les pregunto si lo habían considerado terminar con su vida en el último mes. El 69% de los individuos contesto que nunca, 10% a veces, un 5% a menudo y el resto sin información.

En Francia, Peretti y, colaboradores <sup>(11)</sup> en el 2003 realizaron una encuesta a los médicos de si estaban a favor de legalizar la eutanasia, se obtuvo que de un total de 1552 seleccionados contestaron a favor, con un 83% los médicos oncólogos, 69% neurólogos y médicos generales con un 50%. De estos, solo una minoría era especializada en cuidados paliativos, especialmente los neurólogos. Los médicos oncólogos en particular estaban más familiarizados con el trato y cuidado de los pacientes con una enfermedad terminal.

James JM. <sup>(12)</sup> en 2004 en una investigación nos menciona que, en Holanda el 1.8% de las muertes son el resultado de la eutanasia activa con la participación del médico y se reconocen 1.884 casos de eutanasia en el año 2004. En dicho país también se ha reportado que la eutanasia es involuntaria en uno de cada tres casos, por lo tanto, la eutanasia se ha transformado en rutina de tal manera que 20,000 de los 130,00 personas que mueren cada año son ayudados a un buen morir por médicos.

Maza y colaboradores <sup>(13)</sup> en 2008, realizaron un estudio descriptivo correlacional, cuyo propósito fue valorar la actitud de los profesionales de enfermería ante la muerte de pacientes, relacionándola con factores que la condicionan, así como

identificar instancias de preparación en esta temática. Tomaron una muestra constituida por 157 profesionales de enfermería de los hospitales Guillermo Grand Benavente de Concepción y Las Higueras de Talcahuano. Para la recolección de información utilizaron un instrumento con tres escalas: 1) Características biosociodemograficas, tomadas de Tejada y adaptadas por los investigadores; 2) Escala de medición de actitud ante la muerte, creada por Urrutia; 3) Cuestionario de actitudes ante la muerte, adaptación de Templer. Los resultados principales mostraron que la edad, la preparación de pregrado acerca de la temática, la edad de su primer contacto con la muerte y los años de experiencia profesional influyen significativamente en la actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes.

Gálvez G.M y colaboradores <sup>(14)</sup> en 2011, realizaron un estudio cualitativo descriptivo de carácter fenomenológico, cuyo objetivo fue conocer las vivencias y actitudes del profesional de enfermería ante el fenómeno de la muerte en la Unidad de Cuidados Intensivos. La técnica de recogida de datos empleada fue la entrevista en profundidad semiestructurada, las entrevistas fueron grabadas y transcritas literalmente, los datos obtenidos fueron verificados por los informantes y analizados siguiendo los pasos propuestos por Taylor-Bogdan. Dicho análisis revelo cinco categorías: la muerte y las creencias, trabajo emocional, factores ambientales, toma de decisión frente a la limitación del soporte vital y relación con la familia.

Pascual F.M. <sup>(15)</sup> en 2011, realizo un estudio observacional, descriptivo, transversal, con el objetivo de evaluar los niveles de ansiedad ante la muerte en profesionales de enfermería de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), dicho estudio fue realizado en la UCI pediátrica y de adultos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, mediante las encuestas realizadas a enfermeras y auxiliares de enfermería de dicha unidad. Dentro de sus resultados encontraron que las enfermeras de la UCI pediátrica presentaron niveles más altos de ansiedad que las de la UCI de adultos, así como los profesionales con menor experiencia y aquellos que declaran no sentirse formados en el tema, llegando a la conclusión de que la

formación y la experiencia son elementos clave que ayudan a los profesionales a enfrentarse a la muerte.

Orozco-González M.A y colaboradores <sup>(16)</sup> en 2013, realizaron un estudio transversal, descriptivo, exploratorio en el cual su objetivo principal era identificar conocimientos y experiencias de estudiantes de la licenciatura de enfermería, sobre la muerte de pacientes hospitalizados. En dicha investigación participaron 188 alumnos de 500, pertenecientes a 4°, 6° y 8° semestre que contaban con experiencia clínica. Consideraron tanto hombres como mujeres, sin distinción de edad o experiencia previa ante la muerte. Diseñaron un instrumento ex profeso para el levantamiento de datos, el cual fue validado por expertos mediante técnica Delphi, dicho proyecto fue avalado por un comité de investigación y bioética. Los resultados obtenidos fueron que el 85% de los alumnos han experimentado un proceso de muerte de un familiar o amigo, y el 75% de un paciente (en la práctica hospitalaria). El 46% no se consideran preparados para vivir esta experiencia, el 37.7% consideran que el personal de las instituciones no están preparados para manejar la muerte de los pacientes. Los alumnos mencionaron que saben sobre tanatología y que es el duelo, aunque no se sienten competentes con el tema.

Vega-Vega P. y colaboradores <sup>(17)</sup> en 2013, realizaron una investigación cualitativa fenomenológica basada en Husserl, cuyo objetivo era develar el significado del duelo en enfermeras que enfrentaron la muerte de niños con cáncer, la muerte de un niño por cáncer genera un gran impacto en el equipo de enfermería, lo que produce impotencia, frustración y pena, que puede llegar a causar Burnout. Recogieron la experiencia de diez enfermeras oncólogas pediatras que enfrentaron la muerte de pacientes con cáncer bajo su cuidado, Los datos los obtuvieron mediante entrevistas grabadas y transcritas literalmente. Los resultados develaron tres unidades de significado: vivencias de la muerte de un paciente a través del transitar entre su propia forma de enfrentar la muerte y el cuidado profesional que otorgan. Con ello aparición un aprendizaje de vida dado por la comprensión de lo que es trabajar en oncología.

García S. y colaboradores <sup>(18)</sup> en 2013. Realizaron un estudio cualitativo descriptivo, enfoque fenomenológico, referente hermenéutico de Schütz, para explorar la experiencia de enfermeras (os) de cuidados intensivos pediátricos, en la muerte de un niño, en su significado o vivencia, duelo y aspectos bioéticos. Tomaron una muestra intencional de 7 participantes; dicha información fue recolectada mediante una entrevista no estructurada; obteniendo como resultado metacategorías: A: Vivencias y subcategorías: a) tragedia que impacta y afecta emocionalmente, b) impotencia ante las expresiones de dolor de la familia; B: Duelo y subcategorías: a) tiempo para vivir el duelo, b) trato humanizado (respeto); C: Aspectos bioéticos, subcategorías: a) autonomía, b) justicia, c) no maleficencia. La experiencia estresante develada en el estudio se manifiesta en sentimientos que impactan en la percepción, cognición y comportamiento.

Guedes F.E y colaboradores <sup>(19)</sup> en 2013, realizaron un estudio cualitativo, fenomenológico en el cual su objetivo principal fue comprender como las enfermeras vivencian el cuidado a las personas en el proceso de morir. Tomaron una muestra de 14 enfermeras con experiencia en cuidados a personas en el final de su vida, a dicha población les realizaron entrevistas con duración de treinta minutos, se encontró que las enfermeras mostraban ansiedad, miedo y la muerte como una experiencia inolvidable, revelando la difícil aceptación y el vacío existencial.

García-Solís y colaboradores <sup>(20)</sup> en 2014, realizaron un estudio cualitativo hermenéutico, cuyo objetivo fue conocer los diferentes estados de ánimo que manifiesta la enfermera ante la muerte del paciente, participaron cinco enfermeras que laboran en un hospital público, se les aplicó una encuesta semiestructurada y utilizaron una técnica de análisis de contenido. Como resultado se obtuvo que los sentimientos que manifiestan las enfermeras cuando muere el paciente son: tristeza, angustia, ansiedad, impotencia, culpabilidad y tranquilidad principalmente, por lo que sugieren que se debe tener conocimiento en tanatología, así como tener un lugar en el hospital donde las enfermeras puedan descargar estas emociones, y también recibir apoyo psicológico.

## 2.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA EUTANASIA

Para algunos autores la eutanasia se inició en Grecia, ya que los griegos fueron los primeros en aceptar el suicidio, bajo ciertas condiciones, como veremos a continuación. Sócrates y Platón <sup>(21)</sup> sostenían que padecer una enfermedad dolorosa constituía una buena razón para dejar de vivir, por lo cual equiparaban al suicidio con una forma de eutanasia. Los romanos, por su parte, consideraban que el enfermo terminal que se suicidaba tenía motivos suficientes para hacerlo, como la manera de liberarse de un sufrimiento insoportable; es decir, como una forma de morir tranquilamente, o sea, un especie de eutanasia. Así, griegos y romanos consideraban que la forma de morir constituía la medida del valor final de la vida, en especial para aquellas existencias consumidas por la enfermedad y el sufrimiento.

En la historia del hombre, según relata J.L Jiménez Garrote <sup>(21)</sup>, podemos encontrar a personas que influyeron con su pensamiento la conducta de otros; tal es el caso de Platón, filósofo griego (427 - 348 o 347 a.C.) quien escribió: "Establecerán en el Estado una disciplina y una jurisprudencia que se limite a cuidar de los ciudadanos de cuerpo y alma; se dejará morir a quienes no sean sanos de cuerpo". Por su parte Aristóteles <sup>(22)</sup>, filósofo griego (384 - 332 a.C.) discípulo de Platón, consideraba que la eutanasia era aceptable cuando tuviera un fin político útil. En algunas comunidades se practicaron algunas acciones encaminadas a suprimir la vida humana y fueron toleradas por las autoridades. Los pueblos celtas que habitaron grandes regiones de la vieja Europa abreviaban la agonía de los enfermos y heridos de guerra contribuyendo a la muerte de los mismos.

### **Difusión de la eutanasia en el siglo XX y principios del XXI <sup>(21)</sup>**

- 1932. Dr. Millar, presidente de la Society Medical of Health, exigió la legalización de la "mercy killing" en Inglaterra.
- 1935. Lord Moynihan, presidente del Real Colegio de Cirujanos, funda la asociación Exit en Inglaterra.

- 1938. EEUU: se funda la “Euthanasia Society of America”, más tarde se llamó “Society for the Right to Die”.
- 1939. Alemania Nazi, Adolf Hitler estableció la eutanasia como política de Estado. Con fecha primero de septiembre de 1939 se emitió la orden que autorizaba la eliminación física de personas epilépticas, débiles mentales, personas con deformidades, niños recién nacidos con defectos físicos y otros.
- 1967. Surgen los testamentos de vida (Living Will). Se refiere al documento escrito por el que un ciudadano manifiesta anticipadamente su voluntad “con objeto de que ésta se cumpla en el momento que no sea capaz de expresarse personalmente” sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de sus órganos.
- 1974. Cuarenta personalidades de la cultura y la ciencia (entre ellos tres premios Nobel: Jacques Monod, Linus Pauling y George Thomson) afirmaron que: ninguna moral racional puede prohibir categóricamente que el individuo ponga fin a su existencia si está enfermo de un mal horrible contra el cual los medios conocidos carecen de efecto.
- 1976. California: se aprueba la primera Ley "Bill of Rights" o Carta de los derechos de los enfermos de los hospitales. En este documento, se cita el derecho "a rechazar el tratamiento en la extensión permitida por la Ley y a ser informados de las consecuencias médicas de su decisión", en virtud de la cual todo adulto tiene derecho a rechazar todo tratamiento que no tenga otro resultado que retrasar una muerte inminente e inevitable. Esta ley fue imitada por otros estados americanos, y diferentes Naciones. La Ley no supuso la legalización de la eutanasia, pero si la afirmación del derecho del enfermo a poner límites a los tratamientos extraordinarios, y fuera de lugar.
- 1986. EEUU: 35 estados y el distrito de Columbia ya han aprobado leyes relativas a los Testamentos de Vida.
- 1989. Filipinas: proyecto de legislación a favor de la eutanasia.

- 1991. Final Exit: libro publicado por Dereck Humphrey; explica las diferentes formas de matarse sin dolor.
- 1991. EEUU: se aprueba la Ley Patient Self-Determination Act (PSDA) *Ley de Libre Determinación del Paciente* que Impone obligaciones referentes a las instrucciones anticipadas y los derechos individuales de toma de decisiones sobre asistencia médica recogidos por las leyes estatales tanto a los distintos estados como a los profesionales sanitarios como hospitales, residencias geriátricas, centros de cuidados paliativos, organismos de asistencia domiciliaria y organizaciones de asistencia sanitaria prepagada; incluye el derecho a aceptar o rechazar tratamiento médico o quirúrgico.
- 1994. Oregón: sus habitantes aprobaron por votación 51% a 49% la primera ley a favor de la eutanasia, en la historia y en todo el mundo.
- 2001. Holanda: el senado aprobó la ley que permite la eutanasia. Se logra definitivamente legalizar la eutanasia en Holanda incluyendo una eximente en el Código penal, para que el médico que cumpla con las exigencias objetivas, subjetiva y administrativas cause la muerte de un paciente a petición del mismo o cuando hubiera prestado auxilio al suicidio del moribundo

### 2.2.1 ANTECEDENTES RELIGIOSOS

En el Código ético básico de la religión judeocristiana, el decálogo, así manifiesta: “No Matarás”. (Éxodo 20, 13), la iglesia Católica Romana de que “Todos somos responsables de la vida que dios nos ha dado. Dios es el dueño de la vida. Estamos obligados a aceptarla y preservarla por su honor y salvación de nuestras almas. Somos los administradores, no los propietarios de la vida que Dios nos ha confiado, no es nuestra para disponer de ella” Para la iglesia católica la eutanasia es punible y condenable. Sin embargo el papa Pio XII, el 9 de septiembre de 1958, mencionó que, está permitido utilizar con moderación narcóticos que dulcifiquen el sufrimiento, aunque también entrañe una muerte más rápida. <sup>(23)</sup>

La sagrada congregación para la Doctrina de la Fe, en su declaración del 5 de mayo de 1980, dice que << es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que producirían únicamente es una prolongación precaria y penosa de la existencia... máxime cuando a veces las técnicas empleadas imponen al paciente sufrimientos y molestias mayores que los beneficios que puedan obtener de los mismos >>. <sup>(23)</sup>

Ruiz <sup>(24)</sup> menciona que, el papa Pacelli afirmaba que existe, sin duda, una obligación de conservar la vida y la salud, pero esto no obliga habitualmente más que el empleo de los médicos ordinarios (según las circunstancias de personas, lugares, época, cultura) es decir, a medios que no impongan ninguna carga extraordinaria para sí mismo o para otro. El cristianismo ha considerado, desde sus orígenes, a la eutanasia como irreconciliable con la ética que surgió del mensaje de Jesús. El concepto y realidad de la eutanasia eran extrañas al mundo de la biblia. La concepción cristiana de Dios, como el único señor de la vida y de la muerte.

Así mismo los cristianos consideran que la vida es sagrada, un don del creador otorgado al hombre para que la disfrute y la enaltezca en su gloria, de la que puede disponer para honrar su imagen, pero sin facultades para exterminarla; esto último es tarea que corresponde exclusivamente a Dios. Por eso el suicidio asistido como el homicidio son pecados de la mayor gravedad. <sup>(25)</sup>

Gómez <sup>(26)</sup> nos dice que, con el paso de los años la muerte continúa considerándose como una intervención deliberada y personal de Dios, y así durante la Edad Media; dramatizada en el momento de la agonía, donde se alude a una lucha encontrada entre ángeles y demonios que se disputan el alma del que va a morir. Por eso era importante morir de “buena muerte”, para acceder a la esperanza de ganar el reino de los cielos.

No obstante Lara M. cuestiona, ¿Cuál es la posición de la iglesia ortodoxa y la cristiandad? La vida es un don de Dios, un regalo inmerecido que el hombre ha recibido de Dios, por lo que debe cuidarlo y ser agradecido. Se puede replicar que, si es un regalo, el hombre puede hacer con su regalo lo que quiera. El hombre es solo administrador de los dones recibidos de Dios y al final entregara cuentas de su administración como leemos en el libro de Mateo 25:14-30.

Solo Dios, que es el dador de la vida, puede disponer de la vida, pues está escrito: “no está en vuestra mano hacer blanco o negro uno solo de vuestros cabellos”, (San Mateo 5:36) y otra vez, “pues aun vuestros cabellos están todos contados delante de Dios”. (San Mateo 10:30)

El hombre debe respetar su vida y la de sus semejantes. Somos corresponsables de la vida de los demás.

La voluntad de Dios es que el hombre haga siempre lo bueno. Ahora bien, como sabe el hombre que es lo bueno si lo que uno juzga que es bueno el otro dice que es malo, lo que en un pueblo y cultura es vicio, en otro es virtud. ¿Cómo se puede distinguir objetivamente lo bueno y lo malo?, es decir, ¿Qué diferencia objetiva existe entre un acto bueno y otro que se dice malo?, o acaso no hay diferencia objetiva y todo depende de las personas que juzgan conforme a costumbres, educación, conveniencias o imposiciones. Algunos juzgan lo bueno y lo malo de acuerdo con un criterio que para otros resulta equivocado, o por lo menos insuficiente.

¿Cuál es el criterio correcto para juzgar el bien y el mal? No es una cultura o una época quien nos dictamina que es lo que está bien y lo que está mal, necesitamos

de un árbitro universal que nos diga la diferencia de lo bueno y lo malo, y este arbitro universal es Dios; que es y será el mismo ayer, hoy y mañana. Es Dios quien nos da una línea de conducta objetivamente buena para conducirnos dentro de una ética y moral supremas.

Dice Dios en su palabra: “mira, yo he puesto delante de ti hoy la vida y el bien, la muerte y el mal; porque yo te mando hoy que ames a Jehová tu Dios, que andes en sus caminos, y guardes sus mandamientos... que os he puesto delante la vida y la muerte, la bendición y maldición; escoge pues, la vida para que vivas tú y tu descendencia” (Deuteronomio 30: 15-19)

Todo el que tiene fe espera en el auxilio divino, dice el filósofo: la risa y el llanto, lo amargo y lo dulce, el placer y el dolor son parte de la vida; somos peregrinos en esta vida... Ilegaremos cuando Dios nos llame, no toca a nosotros decidir cuándo debemos partir.

Lo que la iglesia pretende enseñarnos es que hagamos del amor una forma de vivir, bajo cualquier circunstancia, y si yo hago mía esta nueva vida, mía esta hambre y sed del reino, mía esta expectación por Cristo, mía esta certeza de que Cristo es vida, entonces mi muerte será un acto de comunión con la vida. Y ni la vida ni la muerte podrán separarme del amor de Cristo. <sup>(27)</sup>

### 2.2.2 ANTECEDENTES LEGALES

Los países a nivel mundial están reformando sus códigos penales en relación a la eutanasia, unos a favor y otros en contra; lo que está llevando a la confrontación y debates entre las diversas esferas sociales, religiosas, morales, políticas, familiares, instituciones de salud, económicas, encontrando lo siguiente:

Han sido diversas causas las que han operado a favor de prácticas tolerantes respecto a la eutanasia, podría enumerar algunas: 1) la aparición de sociedades más democráticas con la presencia de pensamientos plurales, tolerantes, complejos. 2) la dilución del fervor religioso en las sociedades contemporáneas occidentales. 3) la aparición de numerosos grupos ateos que, dentro de su lógica de exaltado individualismo, exigen el control sobre su cuerpo. 4) la expansión del materialismo económico que hace ver la vida como una relación costo beneficio. 5) los altos costos causados por la industria de la salud. 6) la inversión de la pirámide de edades provocada por el incremento de los viejos. 7) la existencia cada vez mayor de discapacitados. 8) la incidencia mayor de enfermedades crónico degenerativas. 9) los avances tecnológicos y científicos de la medicina. 10) la deshumanización médica.

Las causas anteriores se han visto traducidas a favor de la eutanasia en diversas encuestas de la siguiente manera: en España, el 67%; en los Estados Unidos de América, 75%; en la Gran Bretaña, 80%; en Australia el 81%; en Holanda 92%. <sup>(28,29)</sup>

García D. <sup>(30)</sup> 1996 nos menciona que, en el Código Penal Español se encuentra estipulado en el apartado 4º artículo 149 que el suicidio, es decir “la muerte propia querida y ejecutada por una persona capaz” no constituye delito, se infiere que se trata de comportamientos activos, encaminados de forma directa a producir la muerte del que lo solicita, por lo que las clásicas eutanasias (activa y pasiva, la ortotanasia) quedan al margen del precepto legal.

No obstante Flores L. <sup>(31)</sup> 2015 nos dice que, en México la eutanasia se encuentra sujeta a un intenso debate. Sólo en el Distrito Federal (ahora Ciudad de México) se ha avanzado en cuanto a las disposiciones aplicables a la voluntad anticipada.

En el documento de voluntades anticipadas conocido como testamento vital, la persona manifiesta expresamente por escrito su voluntad sobre la disposición de cuerpo y órganos después de su muerte total o cerebral. También manifiesta su voluntad para recibir atención terapéutica o no, en caso de padecer una enfermedad irreversible o terminal que le incapacite en un futuro para expresarse por sí mismo. Además, en México, la voluntad anticipada no se encuentra regulada por los códigos civiles. A pesar de que dicho documento esté regulado en la Ley de Voluntad Anticipada, prevé que debe hacerse ante notario público; por lo tanto, el concepto del documento de voluntad anticipada suele ser sinónimo del testamento vital. Con base en lo anterior, es necesario conocer que el testamento es un acto jurídico unilateral, personalísimo, libre, revocable. A través de éste, una persona capaz transmite sus bienes, derechos y obligaciones, que no se extinguen por la muerte, a sus herederos o legatarios, o declara y cumple deberes para después de su muerte.

En este sentido, la autonomía del paciente tiene un rol destacado en la voluntad anticipada; en primer lugar, porque se involucra el derecho de autodeterminación cuando con plena competencia y suficiente información el paciente decide y comunica su aceptación o rechazo a la asistencia o tratamientos indicados o, incluso, solicita un tratamiento no indicado o un tratamiento médico contraindicado de acuerdo con su enfermedad, y en segundo, porque el equipo médico no actúa ciegamente en el campo moral, precisamente porque conoce los deseos, intereses e inquietudes del paciente y, quizá con mayor importancia, su propia escala de valores, lo cual permite ofrecer una mejor atención médica que más allá del poner, quitar o limitar, sea de acompañar, y en la medida de lo posible aliviar el sufrimiento.

Ríos R.A <sup>(32)</sup> 2016 nos dice que, en México la legislación penal prohíbe y castiga la aplicación de la eutanasia y del suicidio asistido, Art. 312 del Código Penal Federal, incluyendo un eximente de responsabilidad aplicable al médico, que, bajo ciertos criterios de cuidado y esmero profesional establecidos legalmente, hiciera terminar la vida de un paciente a petición del mismo, o prestarle auxilio para su suicidio.

El Código Penal Federal en su artículo 312 establece que el que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años.

La Ley General de Salud, considera la posibilidad de llevar a cabo acciones que permitan que a un paciente no se le extienda la vida, cuando no existe posibilidad de cura. De acuerdo al artículo 343 de la Ley General de Salud, considera que la pérdida de la vida ocurre cuando se presentan la muerte encefálica o el paro cardíaco irreversible.

El artículo 345 de la misma ley, dice: No existirá impedimento alguno para que a solicitud o autorización de las siguientes personas: el o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme al orden expresado; se prescindiera de los medios artificiales que evitan que en aquel que presenta muerte cerebral comprobada se manifiesten los demás signos de muerte a que se refiere la fracción II del artículo 343. <sup>(33)</sup>

### **La Ley de Voluntad Anticipada en México**

En enero de 2008 se promulgó en la ahora Ciudad de México la Ley de Voluntad Anticipada, cuyo objetivo es regular la voluntad de un enfermo en etapa terminal a no someterse a medios, tratamientos o procedimientos que prolonguen su vida. Dicha ley pretende proteger la dignidad de la persona para lograr una buena muerte. Dicho documento prescribe que un enfermo al que le queden menos de seis meses de vida tiene derecho a solicitar que su vida no sea prolongada mediante ninguna acción terapéutica y se encuentra limitado para mantener su vida de manera natural. Las medidas mínimas ordinarias del paciente en etapa terminal son hidratación, higiene, oxigenación, nutrición y/o curaciones

La ley de voluntad anticipada establece en su artículo 1 que es de orden público e interés social, y tiene por objeto establecer y regular las normas, requisitos y formas de realización de la voluntad de cualquier persona con capacidad de ejercicio, respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos

médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona, cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural.<sup>(34)</sup>

Asimismo, se enumeran las definiciones de los conceptos técnicos y médicos referidos en la ley. El artículo 3 define que la Voluntad Anticipada como el documento público suscrito ante Notario, en el que cualquier persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Médica.

En el capítulo segundo se establecen los requisitos del documento de Voluntad Anticipada. En el artículo 7 establece que:

El Documento de Voluntad Anticipada podrá suscribirlo:

- I. Cualquier persona con capacidad de ejercicio;
- II. Cualquier enfermo en etapa terminal, médicamente diagnosticado como tal.
- III. Los familiares y personas señaladas en los términos y supuestos de la presente Ley, cuando el enfermo en etapa terminal se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad.
- IV. Los padres o tutores del enfermo en etapa terminal cuando éste sea menor de edad o incapaz legalmente declarado. Para los efectos de las fracciones III y IV del presente artículo el signatario deberá acreditar con el acta correspondiente el parentesco a que haya lugar.

El artículo 8 que el documento de Voluntad Anticipada deberá contar con las siguientes formalidades y requisitos:

- I. Realizarse por escrito de manera personal, libre e inequívoca ante Notario
- II. Suscrito por el solicitante, estampando su nombre y firma en el mismo
- III. El nombramiento de un representante para corroborar la realización del Documento de Voluntad Anticipada en los términos y circunstancias determinadas en él.

IV. La manifestación respecto a la disposición de órganos susceptibles de ser donados.

La Ley de Voluntad Anticipada tiene el objetivo de defender la voluntad de cualquier persona enferma, que se encuentre en fase terminal, para no someterse a ningún tipo de procedimiento, medio o tratamiento médico que prolongue de manera innecesaria su vida, salvaguardando su dignidad como persona, si en algún momento es imposible mantener su vida de manera natural. Además, la ley es muy clara al señalar que, si el paciente no está en etapa terminal, no es posible realizar lo dispuesto en el Documento. Se prohíbe además la administración de medicamentos y tratamientos que provoquen intencionalmente la muerte del enfermo en etapa terminal (Art. 43 y Art. 44).

El artículo 2 de La Ley de Voluntad Anticipada prohíbe la práctica de la eutanasia activa, al señalar que no se permiten ni facultan bajo ninguna circunstancia la realización de conductas que tengan como consecuencia el acortamiento intencional de la vida.<sup>(35)</sup>

Los diputados de Ciudad de México aprobaron por mayoría incluir en su nueva Constitución el derecho a la eutanasia, según un artículo aprobado el 4 de enero del 2017 en el Congreso capitalino.

El artículo relacionado con la “autodeterminación personal” incluyó la posibilidad de que una persona decida cuándo quiere terminar con su vida.

“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”, dice el texto aprobado

El artículo se aprobó en la Asamblea Constituyente, una institución en la que se redacta una nueva Constitución para Ciudad de México que desde principios de 2016 se convirtió en la entidad 32 de ese país. A partir de la reforma política la capital mexicana se abrió paso para crear su propia Constitución bajo la cual se regirá el Gobierno local a partir de 2018.

El artículo 11 fue avalado con 56 votos a favor, según se informó en la cuenta de Twitter de la Asamblea Constituyente.

Varios diputados de diferentes partidos, entre ellos Cecilia Romero, del partido PAN y Hugo Eric Flores del partido PES criticaron la iniciativa aprobada por el órgano legislativo pues según ellos, los legisladores defendieron el derecho a morir, pero no defendieron el derecho a la vida.

En diciembre del 2016, el diputado del PRI Israel Betanzos Cortés, aseguró que el “derecho a la eutanasia” debía estar contemplado en la Constitución de la capital mexicana y por ello “se debe respetar la opción de bien morir de aquellos que enfrentan una enfermedad incurable”.

En la Ciudad de México está vigente desde 2008 la Ley de Voluntad Anticipada, que es la decisión que puede tomar una persona para ser sometida o no a tratamientos médicos para prolongar su vida cuando se encuentre en etapa terminal. Con el nuevo artículo en la Constitución local, una persona en estado terminal no solo podrá decidir no recibir más tratamientos, sino además decidir cuándo ponerle fin a su vida, sólo en la capital de México.

Consultando la nueva constitución de la Ciudad de México en la parte donde habla sobre el derecho a la autodeterminación no hace mención literal acerca de la eutanasia por lo que a nuestro criterio queda inconcluso y haría falta profundizar acerca del tema.

## **CAPÍTULO II DE LOS DERECHOS HUMANOS**

### **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.

**Figura 1. Constitución de la Ciudad de México**

### 2.3 MARCO CONCEPTUAL

La eutanasia es la acción mediante la cual cedemos la vida, de una manera indolora, evitando en todo momento el sufrimiento de una persona en un estado terminal

La Organización Mundial de la Salud (OMS) <sup>(36)</sup> define la eutanasia como “aquella acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente”.

El médico francés L. Dérobert <sup>(37)</sup> 1949 afirma que “eutanasia es la muerte dulce y sin sufrimiento que se da los enfermos incurables, la evolución cuya enfermedad es fatal y que son torturados por dolores físicos intolerables y persistentes que los medios terapéuticos no pueden atenuar”.

El sociólogo español Gonzalo Higuera <sup>(38)</sup> 1977 definió la eutanasia como: “la práctica que procura la muerte o, mejor, abrevia la vida para evitar grandes dolores y molestias al paciente, a petición del mismo, de sus familiares o, sencillamente, por iniciativa de tercera persona que presencia, conoce o interviene en el caso concreto del moribundo”.

Por su parte, Roxin <sup>(39)</sup> 2001 afirma que “como eutanasia se entiende como la ayuda prestada a una persona gravemente enferma, por su deseo o por lo menos en atención a su voluntad presunta, para posibilitarle una muerte humanamente digna en correspondencia a sus propias convicciones”.

Siguiendo con las definiciones, llegamos a la más aceptada, la de la Asociación Médica Mundial “eutanasia es el acto deliberado, y contrario a la ética, de dar fin a la vida de un paciente, ya sea por su propio requerimiento o a petición de sus familiares”

Para algunas personas la concepción de muerte es la suspensión definitiva de toda manifestación fisiológica, es la extinción de la vida sin ninguna consecuencia; para otras, la muerte está considerada como divina y por tanto se establece una relación más allá de esta vida y de lo material, es un nuevo ciclo de vida.<sup>(40)</sup>

Patricia B. <sup>(41)</sup> 2017 nos dice que, la muerte es un hecho trascendental que pone fin a la vida y que suscita en el hombre las más grandes reflexiones y profundas

preguntas. El mundo occidental se caracteriza por tener la incertidumbre de la muerte, y con frecuencia sentimos temor de morir, aunque de antemano sabemos que es el único porvenir seguro que tenemos como seres humanos, así mismo Bonnet define a la muerte como el cese definitivo o irreversible de las funciones vitales autónomas, cerebrales, cardiorrespiratorias y de oxigenación víscerotisular, con pérdida de la relación sujeto-mundo circundante y de su condición de ente humano de existencia visible.

## **TIPOS DE EUTANASIA**

- **Por acción u omisión**

### ***Eutanasia activa o positiva***

Es la que surge como resultado de una acción encaminada a procurar la acción del paciente.

Sin embargo Bernhard Haring <sup>(42)</sup> define que la eutanasia activa o positiva es la institución planificada de una terapia encaminada a procurar la muerte antes de lo que sería esperado en otro contexto.

Paul Sporken: “La eutanasia activa o positiva consisten en la intervención en el proceso de morir que, según la definición de Binding, implica la sustitución de una causa natural de muerte por una causa artificial de muerte o, en otras palabras el poner fin a ciencia y consciencia de manera positiva a una vida humana”.

### ***Eutanasia pasiva o negativa***

La eutanasia pasiva consiste en abstenerse de proporcionar un tratamiento, sin embargo la eutanasia negativa es la suspensión del tratamiento cuando se considera que, más que prolongar la vida, éste prolonga la agonía.

- **Según la intención del agente**

#### ***Eutanasia directa o indirecta***

La eutanasia directa se define como “la realización de un acto que deliberadamente provoca la muerte del paciente”.

La eutanasia indirecta se define como “la acción en que la muerte o la abreviación de la vida pueden resultar como efecto secundario no pretendido en sí”.

Sin embargo la moral judeo-cristiana considera ilícita la eutanasia directa y lícita la eutanasia indirecta.

- **En relación con la voluntad del paciente**

#### ***Eutanasia voluntaria e involuntaria***

La eutanasia voluntaria es la que realiza a petición de paciente, o con su consentimiento.

La eutanasia involuntaria es impuesta o se lleve a cabo sin tomar en cuenta sin tomar en cuenta la decisión del paciente.

No obstante la moral judeo-cristiana menciona que la eutanasia voluntaria se asemeja al suicidio.

- **Terminología actual o nueva**

#### ***Distanasia***

Higuera menciona que la eutanasia es la práctica que tiende a alejar lo más posible la muerte, mediante una prolongación exagerada del proceso de muerte de un enfermo, de un anciano o de un moribundo, ya sea desahuciado, sin esperanza humana de recuperación.

#### ***Ortotanasia***

Higuera define la ortotanasia como la postura que tiende a conocer y respetar el momento natural de la muerte de cada hombre y sus concretas circunstancias, sin querer adelantar ni prolongar artificialmente la vida.

La investigadora Alma de los Ángeles Ríos propone otra clasificación de eutanasia: Nos menciona que la eutanasia tiene varias clasificaciones y son según las condiciones en que se presente. Para clasificarla son tomados en cuenta algunos factores: la voluntad del paciente, el estado del paciente y el que practica la eutanasia.

- **Por su finalidad Eugénica.**

Muerte a personas deformes o enfermas para no degenerar la raza. Piadosa. Por sentimiento de compasión hacia el sujeto que está soportando graves sufrimientos sin ninguna esperanza de sobrevivir.

***Solidaria.***

Muerte indolora a seres desahuciados con el fin terapéutico de utilizar sus órganos o tejidos para salvar otras vidas.

- **Por la modalidad de acción**

***Eutanasia Activa.***

Muerte del paciente en etapa terminal, solicitada por éste y provocada por la acción positiva de un tercero.

***Eutanasia Pasiva.***

Muerte de alguien por omisión de un tratamiento terapéutico necesario (benemortasia: el bien morir. Interrupción de la terapia con la finalidad de no prolongar los sufrimientos de un paciente que ya no tiene esperanzas).

- **Por el contenido volitivo.**

***Voluntaria.***

Es la que se realiza por petición de la víctima, ya sea por reiteradas e insistentes peticiones, o al menos con su consentimiento informado, expreso y consiente.

### ***No Voluntaria.***

Muerte a un ser humano que no es capaz de entender la opción entre la vida y la muerte.

### ***Involuntaria.***

Es la que se impone a un paciente en contra de su voluntad, contraviniendo sus propios deseos, pero nunca actuando en contra de sus intereses.

- Impuesta. Por la intención Directa. Provocación de la muerte con medios certeros (inyecciones letales, por ejemplo). Indirecta o lentitiva. Se suspenden tratamientos o se les dan tratamientos que solo mitiguen el dolor y no produzcan ninguna mejoría, por lo tanto, la consecuencia es la muerte.

## **MUERTE DIGNA**

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. En otras palabras; una muerte digna es el hecho y el derecho a finalizar la vida voluntariamente sin sufrimiento, propio o ajeno, cuando la ciencia médica nada puede hacer para la curación de una enfermedad mortal.

## **TIPOS DE MUERTE**

### ***Muerte aparente***

Se presenta cuando junto a la suspensión respiratoria existe una intensa disminución de los movimientos cardíacos que aparecen imperceptibles clínicamente, e incluso pueden detenerse momentáneamente, acompañado de movimientos involuntarios. El estado de muerte aparente puede presentarse en los casos de electrocución, de intoxicación oxicarbonada, sincopes anestésicos, en la catalepsia, en los estados de coma alcohólico.

### ***Muerte súbita***

Es la muerte que sobreviene inesperadamente, fuera de toda causa violenta en una persona que ya por su estado de salud aparente o por una enfermedad que no inspira temores inmediatos para esperar su desenlace fatal.

### ***Muerte violenta***

Es la muerte producida por causas externas de tipo mecánico, físico o químico, y de efectos rápidos. Por ejemplo: Muerte por arrollamiento, por una herida con arma de fuego, por envenenamiento, etc.

### ***Muerte cerebral***

Es la caracterizada por la suspensión total, definitiva e irreversible de las funciones cerebrales.

### ***Muerte repentina***

Es la muerte que se produce de forma rápida en un individuo que sufre de una enfermedad bien sea aguda o crónica, de quien se espera su deceso.

### ***Muerte por inhibición***

Es una muerte súbita que se produce en pocos segundos o a lo sumo en uno o dos minutos en personas que han sufrido un traumatismo mínimo o un estímulo sensorial, que es ordinariamente inocuo en la mayoría de las personas.

### ***Muerte natural***

Es la muerte producida por consecuencia de una patología o enfermedad de cualquier etiología, ya sea infecciosa, tumoral, degenerativa, etc; y donde no ha intervenido ninguna causa externa violenta.

## MODELO DE ELIZABETH KUBLER-ROSS

En el libro que publicó en 1969 *On Death and Dying* (Sobre la muerte y los moribundos), propone las cinco etapas del duelo como un patrón ajustable y variable de las personas con enfermedades terminales que ven la muerte como algo inminente.

Las cinco etapas que se pueden experimentar a nivel social y emocional son las siguientes: <sup>(43)</sup>

1. **Negación:** la primera reacción que suele aparecer cuando se le comunica al paciente que padece una enfermedad terminal es una defensa "No, yo no, no puede ser verdad." Lo más común es negar que esto pueda estarle ocurriendo a uno mismo, pero esta fase tendrá que ser sustituida, por lo menos, por una aceptación parcial de la realidad.

2. **Ira:** El sentimiento de rabia, ira, envidia y resentimiento es el que sigue a la etapa de negación, cuando la persona ya empieza a hacerse cargo de su situación, la pregunta que surge ahora es "¿Por qué yo?". Esta fase es especialmente complicada también para los familiares cercanos al paciente, ya que la ira se proyecta contra todo lo que les rodea.

3. **Pacto o negociación:** Ante la trágica realidad el paciente recapacita e intenta negociar para afrontar la enfermedad con una buena conducta, con el deseo y la posibilidad de que sea recompensado, por lo menos, con una muerte menos dolorosa o unos días más de vida.

4. **Depresión:** en esta etapa la sensación de pérdida se hace más evidente. Suele manifestarse cuando el paciente tiene más síntomas o está más débil o tiene que estar más tiempo hospitalizado. La tristeza que provoca la pérdida inminente de todo lo querido causa al paciente una profunda depresión. En esos casos la tendencia humana es animar a la persona y hacerle ver el lado positivo de la vida, pero no sería una buena opción tratar de animar así a un enfermo terminal, ya que sólo aceptando su estado y dejando que exprese su dolor se puede preparar para la última etapa.

5. **Aceptación:** Fase prácticamente desprovista de sentimientos en la que el paciente ya contempla su fin con relativa tranquilidad. Se alcanza cierta paz y se necesita momentos de soledad y la desconexión del mundo exterior. Esta fase es quizás más dura para la familia que para el propio paciente, ya que necesitará ayuda y comprensión. Sólo los que han pasado por las etapas anteriores y han expresado sus sentimientos podrán llegar a aceptar la muerte.

## **CUIDADOS PALIATIVOS**

Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y las familias que se enfrentan con enfermedades amenazantes para la vida, mitigando el dolor y otros síntomas, y proporcionando apoyo espiritual y psicológico desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo. <sup>(44)</sup>

Los cuidados paliativos:

- Alivian el dolor y otros síntomas angustiantes
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal
- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte
- Integran los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en su propio duelo
- Utilizan un enfoque de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluido el apoyo emocional en el duelo, cuando esté indicado
- Mejoran la calidad de vida, y pueden también influir positivamente en el curso de la enfermedad
- Pueden dispensarse en una fase inicial de la enfermedad, junto con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, como la quimioterapia o la

radioterapia, e incluyen las investigaciones necesarias para comprender y manejar mejor complicaciones clínicas angustiosas.

## **PRINCIPIOS BIOÉTICOS**

### ***Principio de Beneficiencia***

Este principio obliga al profesional de la salud a poner el máximo empeño en atender al paciente y hacer cuanto pueda para mejorar su salud, de la forma que considere más adecuada. Es un principio ético básico que se aplica primariamente al paciente, aunque también a otros que pueden beneficiarse de un avance médico en particular. Es el principio ético primero de las actuaciones médicas y responde al fin primario de la medicina, que es el promover el bien para el enfermo y la sociedad; en él se han fundamentado los códigos médicos, desde el Juramento de Hipócrates.

La palabra beneficencia tiene aquí su sentido etimológico, no el de una caridad ineficaz y paternalista y resulta más adecuada que el de benevolencia, en cuanto subraya el hecho de tener que hacer efectivamente el bien y no simplemente querer hacerlo o desear hacerlo.

### ***Principio de No-maleficencia***

La práctica médica ha estado asociada con la máxima latina *primum non nocere*, “sobre todo, no hacer daño” que los médicos hipocráticos practicaban y enseñaban. Este principio es distinto a la beneficencia, ya que el deber de no dañar es más obligatorio que la exigencia de promover el bien. Implica, sobre todo, el imperativo de hacer activamente el bien y de evitar el mal. El daño que se hace a una persona es más rechazable, en ciertas circunstancias, que el de no haber promovido su bien; la exigencia ética es más imperativa. De este principio se derivan para el médico normas concretas como “no matar”, “no causar dolor”, etc.

### ***Principio de autonomía***

Este principio se basa en la convicción de que el ser humano debe ser libre de todo control exterior y ser respetado en sus decisiones vitales básicas. Se refiere al respeto debido a los derechos fundamentales del hombre, incluido el de la autodeterminación. Es un principio profundamente enraizado en el conjunto de la cultura occidental, aunque ha tardado en tener repercusiones en el ámbito médico. Significa el reconocimiento de que el ser humano, también el enfermo, es un sujeto y no un objeto.

Cabe aclarar que el reconocimiento de este principio no significa que la decisión moral no tenga en cuenta el bien de los demás; la autonomía no significa automáticamente que el paciente haga o elija lo que quiera. Sucintamente, el principio de autonomía significa, en el terreno médico, que el paciente debe ser correctamente informado de su situación y de las posibles alternativas de tratamiento que se le podrían aplicar. Asimismo, significa que deben respetarse las decisiones de los pacientes que, después de una adecuada información, tienen la suficiente competencia para tomar la decisión. En cualquier caso, no debe entenderse de manera absoluta el principio de autonomía: no se respetan las opciones del enfermo, aunque posea competencia, cuando son contrarias a las normas de la práctica profesional o a la ética del médico. La conclusión más concreta del reconocimiento del principio de autonomía en el enfermo se centra en el llamado “**consentimiento informado**”, que regula la relación entre el médico y su paciente.

### ***Principio de Justicia***

Se refiere a la obligación de igualdad en los tratamientos y, respecto del Estado, en la distribución equitativa de los recursos para prestar los servicios de salud, investigación, etc. Tradicionalmente, la justicia se ha identificado con la equidad, con dar a cada uno lo que le corresponde. Esta justicia o equidad no significa que se deba tratar a todos los pacientes de la misma forma, pero sí que cada uno tenga acceso a los servicios médicos adecuados, dignos y básicos.

Asimismo, en el trato con el paciente, el médico u odontólogo no deben anteponer juicios de valor ni hacer distinciones por origen racial, sociocultural o socioeconómico, creencias religiosas, ideológicas o de otra índole, sino que el médico solamente debe ver en el paciente al ser humano sufriente que acude a él en busca de alivio a su dolor o sufrimiento.

## ÉTICA

Ética deriva de la palabra griega ethos. Hay dos significados de “ética” en el lenguaje griego que revelan dos modos de entender y explicar el comportamiento moral de las personas:

- a) Êthos (ἦθος): significaba “carácter”, “modo de ser”. Este es el sentido que tiene la palabra “ética” en los poemas de Homero (s. -IX o -VIII), Iliada y Odisea. Según este modo de entender la ética, el comportamiento moral depende del “carácter” o “modo de ser” de las personas. El “carácter” o “modo de ser” está determinado por la herencia (genética o social) y, por tanto, no se puede cambiar. Así, pues, las normas y los valores morales son inmutables.
- b) Posteriormente (s. -V), êthos (ἔθος) significó “uso”, “costumbre”, “hábito”. Con este sentido aparece la palabra “ética” en los escritos de la sofística, de Platón, de Aristóteles. Según esta manera de entender la ética, el comportamiento moral depende de los hábitos o costumbres. Los hábitos o costumbres son producto del acuerdo social y, por tanto, se pueden modificar mediante nuevos acuerdos sociales. Además como los hábitos o costumbres los aprendemos, necesitamos de la educación moral para adquirir hábitos de “buen” comportamiento.<sup>(45)</sup>

## MORAL

Moral” deriva del latín mos, moris. Su significado etimológico era “costumbre”, y también “norma” o “precepto”. De la fusión de ambos sentidos (“costumbre” y “norma”) surge la concepción latina de la moral. La moral, entendida como “buena

costumbre” está formada por los diversos modelos sociales de comportamiento. Estos modelos funcionan como patrones de buena conducta y sirven para valorar el comportamiento de las personas. Así, “moral” hace referencia a las “formas de vida”; éstas reflejan las ideas compartidas acerca de los valores y del sentido de las cosas. <sup>(46)</sup>

## ÉTICA Y MORAL

Si unimos los significados etimológicos de las palabras “ética” y “moral”, podemos decir que la moral se refiere tanto a las acciones como a los productos humanos susceptibles de ser valorados como “buenos” o “malos. Y que la ética es una reflexión filosófica sobre nuestro comportamiento moral (sobre las costumbres, normas, responsabilidad, valores, obligación) orientada a buscar soluciones a los problemas que tiene una persona consigo misma (resolución de conflictos intrasubjetivos) y a los que genera la convivencia con otras personas (resolución de conflictos intersubjetivos).

Así pues, la ética es la reflexión filosófica sobre la moral. Dicho de otro modo, *el objeto de estudio de la ética es la moral.* <sup>(46)</sup>

## VALORES

La palabra valor proviene del latín *valor, valere* (fuerza, salud, estar sano, ser fuerte). Cuando decimos que algo tiene valor afirmamos que es bueno, digno de aprecio y estimación. En el campo de la ética y la moral, los valores son cualidades que podemos encontrar en el mundo que nos rodea. <sup>(47)</sup>

Los valores aunque son complejos y de varias clases, todos coinciden en que tienen como fin último mejorar la calidad de nuestra vida.

- **Valores biológicos:**

Traen como consecuencia la salud, y se cultivan mediante la educación física e higiénica.

- **Valores sensibles:**

Conducen al placer, la alegría, el esparcimiento.

- **Valores económicos:**

Proporcionan todo lo que nos es útil; son valores de uso y de cambio.

- **Valores estéticos:**

Nos muestran la belleza en todas sus formas.

- **Valores intelectuales:**

Nos hacen apreciar la verdad y el conocimiento.

- **Valores religiosos:**

Nos permiten alcanzar la dimensión de lo sagrado.

- **Valores morales:**

Su práctica nos acerca a la bondad, justicia, libertad, honestidad, tolerancia, responsabilidad, solidaridad, agradecimiento, lealtad, amistad, paz, etc.

## **DILEMA ÉTICO**

La ética y la moral son constructos que regulan el comportamiento humano y permiten su dirección a lo que tanto de manera individual (ética) como colectiva (moral) se considera aceptable y positivo. Qué es bueno y qué es malo, que deberíamos hacer y que no deberíamos hacer e incluso de qué aspectos nos preocupamos y valoramos son elementos derivados en gran medida de nuestro sistema ético. <sup>(48)</sup>

Pero a veces nos encontramos con situaciones en que no sabemos qué hacer: escoger A o B tiene, en ambos casos, repercusiones negativas y positivas a la vez y los diferentes valores que nos rigen entran en un conflicto. Estamos ante situaciones que nos suponen dilemas éticos.

Se entiende por dilema ético a toda aquella situación en la que se dé un conflicto entre los diferentes valores de la persona y las opciones de actuación disponibles. Se trata de situaciones en que se va a generar una pugna entre varios valores y creencias, no existiendo una solución totalmente buena y otra opción totalmente mala, teniendo ambas repercusiones positivas y negativas a la vez.

Este tipo de dilemas requieren de una reflexión más o menos profunda sobre las alternativas de las que disponemos, así como del valor otorgado a los valores morales con los que nos regimos. A menudo nos tocará priorizar uno u otro valor, entrando ambos en conflicto de cara a tomar una decisión. Asimismo, permiten ver que las cosas no son o blancas o negras, así como entender a personas que toman decisiones distintas a las propias.

La existencia de dilemas éticos existentes en la vida real, o posibles han generado una interesante rama de estudio centrada en nuestras creencias y valores y cómo éstas son gestionadas.

Permiten ver cómo reflexionamos y que elementos tenemos en cuenta para tomar una decisión. De hecho, es frecuente que se empleen dilemas éticos como mecanismo para educar en el uso y gestión de emociones y valores, para concienciar sobre algunos aspectos o para generar debate y compartir puntos de vista entre personas. También se emplean en el ámbito laboral, concretamente en selección de personal.

## **TIPOS DE DILEMAS ÉTICOS**

El concepto de dilema ético puede parecer claro, pero lo cierto es que no existe un solo tipo. En función de diversos criterios podemos encontrarnos con distintas tipologías de dilemas, que pueden variar en su nivel de concreción, en el papel del sujeto al que se le presenta o en su verosimilitud. En este sentido, algunos de los principales tipos son los siguientes:

- ***Dilema hipotético***

Se trata de dilemas que colocan a la persona a quien se le pregunta en una posición en la que se ve confrontando una situación que es muy poco probable que suceda en la vida real. No se trata de fenómenos imposibles, pero son algo a lo que la persona debe enfrentarse en su día a día de manera habitual. No es necesario que la persona a quien se le plantea el dilema sea el protagonista de este, pudiendo preguntársele qué debería hacer el personaje.

- ***Dilema real***

En este caso el dilema planteado versa sobre un tema o situación que resulta cercana a la persona a quien se le plantea, sea porque se refiere a un suceso que ha vivido o a algo que puede ocurrir con relativa facilidad en su día a día. Aunque suelen ser menos dramáticos que los anteriores, pueden resultar tanto o más angustiantes por este motivo. No es necesario que la persona a quien se le plantea el dilema sea el protagonista de este, pudiendo preguntársele que debería hacer el personaje.

- ***Dilema abierto o de solución***

Los dilemas planteados como abiertos o de solución son todos aquellos dilemas en que se presenta una situación y las circunstancias que la rodean, sin que el protagonista de la historia (que puede o no ser el sujeto a quien se le plantea) haya realizado aún ninguna acción para solucionarlo. Se pretende que la persona a quien se le sugiere este dilema escoja cómo proceder en dicha situación.

- ***Dilema cerrado o de análisis***

Este tipo de dilema es aquel en el que la situación planteada ya ha sido solucionada de una forma u otra, habiendo tomado una decisión y realizado una serie de conductas concreta. La persona a quien se le plantea el dilema no debe decidir qué se hace, sino valorar la actuación del protagonista.

- ***Dilemas completos***

Se trata de todos aquellos dilemas en los que se informa a la persona a quien se le plantean de las consecuencias de cada una de las opciones que se pueden tomar.

- ***Dilemas incompletos***

En estos dilemas no se hacen explícitas las consecuencias de las decisiones que tome el protagonista, dependiendo en gran medida de la capacidad del sujeto para imaginar ventajas y desventajas.

Los dilemas éticos son un elemento de gran interés que pone a prueba nuestras convicciones y creencias y nos obligan a reflexionar sobre lo que nos motiva y cómo organizamos y participamos en nuestro mundo. Y no se trata de algo abstracto y ajeno a nosotros, sino que pueden formar parte de nuestro día a día.

## **TEORIA DE LAS ACTITUDES <sup>(49)</sup>**

Una definición clásica de actitud es la establecida por Allport, que la consideraba un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones.

### **Teorías Clásicas de la Formación de las Actitudes**

Las teorías clásicas de la formación de las actitudes postularon que éstas se aprendían de la misma forma que otras respuestas aprendidas. Se consideraba que las respuestas actitudinales se reforzaban por procesos de condicionamiento clásico e instrumental.

## **El Condicionamiento Clásico de las Actitudes**

El condicionamiento clásico plantea que un estímulo neutral no capaz de elicitar una determinada respuesta, adquiere esta capacidad gracias a la asociación de éste, de forma repetida, con un estímulo que provoca dicha respuesta.

Diferentes autores han considerado que la formación de las actitudes podía darse por un proceso de condicionamiento clásico y que éstas podían afectar a posteriores respuestas comportamentales. Según el condicionamiento clásico, la respuesta actitudinal es debida a la mera asociación entre el estímulo condicionado y el incondicionado.

En definitiva, las investigaciones desde la perspectiva del condicionamiento clásico sugieren que nuestras actitudes pueden ser 'teñidas' sin querer por el contexto en que un objeto se ha experimentado, siendo un proceso bastante funcional cuando la relación entre el estímulo y el contexto es estable (Stroebe y Jonas, 1996).

## **El Condicionamiento Instrumental de las Actitudes**

Según el paradigma del condicionamiento instrumental una respuesta que forma parte del repertorio comportamental del sujeto puede ser reforzada. Así, aquellas respuestas que vengan acompañadas de consecuencias positivas para el sujeto tenderán a ser repetidas en mayor medida que aquellas que eliciten consecuencias negativas (Stroebe y Jonas, 1996).

Sin embargo, aunque se acepta que el refuerzo verbal puede suscitar un cambio de actitud, una crítica que se establece a este paradigma es que no llega a explicar si estos efectos se dan automáticamente o si, por el contrario, existen diferentes procesos cognitivos que median la relación. En este sentido, Cialdini e Insko (1969) plantean que el refuerzo verbal presenta dos funciones: a) es un indicador de la posición actitudinal del entrevistador; y, b) establece una relación entrevistador-entrevistado.

## **Comparación entre Actitudes y otros Constructos Representacionales**

Actitudes y valores. En su concepción más consensual, podemos considerar la actitud como la evaluación de un objeto social. En este sentido, tanto las actitudes como los valores suponen evaluaciones generales estables de tipo positivo-negativo. A pesar de ello, no se deben confundir ambos constructos. Los valores, a diferencia de las actitudes, son objetivos globales y abstractos que son valorados positivamente y que no tienen referencias ni objetos concretos. Los valores sirven como puntos de decisión y juicio a partir de los cuales el sujeto desarrolla actitudes y creencias específicas. Los valores se tratarían, de alguna forma, de actitudes generalizadas (Garzón y Garcés, 1989).

Actitudes y opiniones. Existe una cierta similitud entre estos dos constructos si se tiene en cuenta su aspecto cognitivo. Las opiniones son verbalizaciones de actitudes o expresiones directas de acuerdo-desacuerdo sobre temas, que no necesariamente tienen que estar asociadas a actitudes ya desarrolladas. Además, las opiniones son respuestas puntuales y específicas, mientras que las actitudes son más genéricas.

Actitudes y creencias. Las creencias son cogniciones, conocimientos o informaciones que los sujetos poseen sobre un objeto actitudinal. La diferencia entre creencia y actitud reside en que, si bien ambas comparten una dimensión cognitiva, las actitudes son fenómenos esencialmente afectivos.

Actitudes y hábitos. Tanto las actitudes como los hábitos son fenómenos aprendidos y estables. Los hábitos son patrones de conducta rutinizados generalmente inconscientes. Sin embargo, las actitudes son orientaciones de acción generalmente conscientes. Además, la actitud es un conocimiento de tipo declarativo, es decir, que el sujeto puede verbalizar, lo que ocurre difícilmente con el hábito que es un conocimiento de tipo procedimental procedimental (Perloff, 1993; Zimbardo y Leippe, 1991; McGuire, 1985).

# CAPÍTULO III. ABORDAJE METODÓLOGICO

### 3.1 ENFOQUE

La presente investigación es de tipo cualitativo; podemos definir la investigación cualitativa como el estudio de la gente a partir de lo que dicen y hacen las personas en el escenario social y cultural.

El objetivo de la investigación cualitativa es el de proporcionar una metodología de investigación que permita comprender el complejo mundo de la experiencia vivida desde el punto de vista de las personas que la viven Taylor y Bogdan, <sup>(50)</sup> 1984. Las características básicas de los estudios cualitativos se pueden resumir en que son investigaciones centradas en los sujetos, que adoptan la perspectiva emic o del interior del fenómeno a estudiar de manera integral o completa. El proceso de indagación es inductivo y el investigador interactúa con los participantes y con los datos, busca respuestas a preguntas que se centran en la experiencia social, cómo se crea y cómo da significado a la vida humana.

### 3.2 DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO UTILIZADO

El método utilizado para la presente investigación fue mediante un método fenomenológico basado en los estudios de Husserl.

La fenomenología surgió como una necesidad de explicar la naturaleza de las cosas (fenómenos). Los primeros pensadores trataron de definir si era un método o una filosofía,<sup>(51)</sup> dado que lejos de ser una secuencia de pasos, es un nuevo paradigma que observa y explica la ciencia para conocerla exactamente y, de esta forma, encontrar la verdad de los fenómenos.<sup>(52)</sup>

No obstante, lejos de dilucidar si se trataba de una estructuración de pensamiento para llegar a la verdad, se encontró que la representación de los fenómenos es una subjetividad del pensamiento; de esta manera, al intentar darle un sentido indiscutible encontraron que existen dos razonamientos: uno pre científico y otro científico. El pre científico se refiere a aspectos del espíritu; el científico a los de las ciencias objetivas. Al mismo tiempo, se enfrentaron a otro problema de índole filosófica, pues al tratar de explicar los hechos, éstos tenían que ser verdaderos para ser científicos.

El dilema filosófico consistió en darle carácter científico a la subjetividad del pensamiento; de esta manera, se permitiría rechazar los postulados del realismo empírico y establecer los fundamentos del positivismo, y por tanto, de lo científico. Sin embargo, para entender lo subjetivo del pensamiento no existía una estructura científica que definiera estos conceptos para hacerlos reales, por lo cual se juzgaron empíricos.<sup>(53)</sup> Husserl, en este sentido, trató de explicar y fundamentar que la ciencia apela a las características psicológicas de la especie humana (en específico de su mente), y puso de ejemplo a las matemáticas; su fundamentación fue: analizar la estructura científica de la mente humana.

Husserl argumentó, además, que existe en nosotros un “medio vital cotidiano”; también explicó cómo este mundo de vida funge constantemente de trasfondo con sus dimensiones valorativas pre lógico y funcional para las verdades lógicas y teóricas; refiere así que todo conocimiento teórico es como un soporte vital y natural.

Para Husserl, la fenomenología es la ciencia que trata de descubrir las estructuras esenciales de la conciencia. <sup>(54)</sup>

### 3.3 PERSONAS INFORMANTES

Los criterios de selección fueron los siguientes:

- Haber estado en contacto con pacientes en estado terminal.
- Que se encuentren activamente laborando.
- Que acepten participar en la investigación.

Se utilizó la técnica de la bola de nieve la cual sustenta que los miembros de la población tienen una red social, la cual nos permitirá contactarlos. Trata que los individuos seleccionados para ser estudiados recluten a nuevos participantes entre sus conocidos, así el tamaño de la muestra incrementa durante el desarrollo del muestreo. Este tipo de técnica de muestreo funciona en cadena. Luego de observar al primer sujeto, el investigador le pide ayuda a él para identificar a otras personas que tengan un rasgo de interés similar. <sup>(55)</sup>

#### 3.3.1 Número de personas informantes

En esta investigación el número de informantes fueron seis debido a que entre la quinta y sexta entrevista se presenta la saturación de datos.

La saturación de datos se refiere al momento en que, después de la realización de un número de entrevistas, grupos de discusión, etc. el material cualitativo deja de aportar datos nuevos y esta comienza a ser redundante. En ese instante, los investigadores dejan de recoger información. Al tamaño de la muestra en la investigación cualitativa, no hay criterios ni reglas firmemente establecidas, y se determinan en función de las necesidades de información. Por ello, uno de los principios que guía el muestreo es la saturación de datos. <sup>(56)</sup>

## Descripción de las personas informantes

NOMBRE	EDAD	SERVICIO	NIVEL ACADEMICO
Atenea	45 años	Consulta Externa	Enfermera Especialista
Apolo	52 años	Jefe de Enseñanza	Doctorado
Artemisa	47 años	CEYE	Licenciada en Enfermería
Hera	59 años	Coordinadora de la especialidad en rehabilitación	Licenciada en Enfermería y Obstetricia
Hércules	30 años	Terapia Intensiva de Quemados	Enfermero Especialista
Afrodita	28 años	Terapia Intensiva de Quemados	Enfermero Especialista

### 3.4 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica de recolección de datos fue una entrevista semiestructurada a través de una guía de preguntas. Para mantener los códigos vivos intactos fue necesario audio grabar cada una de las entrevistas (previo consentimiento informado).

La entrevista cualitativa es más íntima, flexible y abierta, esta se define como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados). En el último caso podría ser tal vez una pareja o un grupo pequeño como una familia (claro está, que se puede entrevistar a cada miembro del grupo individualmente o en conjunto; esto sin intentar llevar a cabo una dinámica grupal, lo que sería un grupo de enfoque).

Las entrevistas semiestructuradas, por su parte, se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (es decir, no todas las preguntas están predeterminadas). <sup>(57)</sup>

### 3.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de la información se les pidió a las personas informantes, nos dedicaran al menos una hora de su tiempo, de preferencia al término de su turno, para ello fue necesario solicitar al jefe de enseñanza una aula para la realización de las entrevistas.

Se realizó una programación conjuntamente con los informantes para que ellos escogieran el día que les fuera más fácil quedarse a la entrevista.

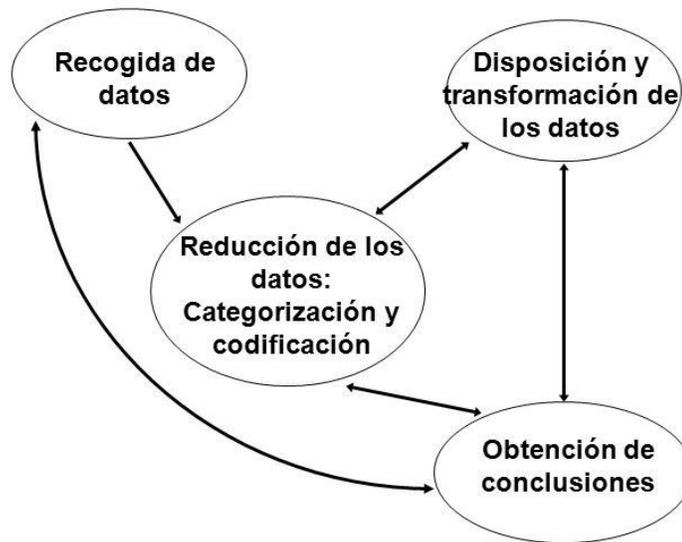
Se procuró que el lugar fuera lo más adecuado posible para lograr la comodidad de los informantes y los investigadores, las entrevistas se realizaron en un periodo de tres meses ya que fue un poco complicado que los informantes se quedaran después de su hora de salida ya que aun teniendo el día programado hubo personas que cancelaban por situaciones personales, de tal forma que se volvían a programar las fechas.

### 3.6 MÉTODO PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS

- 1) Se realizaron entrevistas semiestructuradas que contaban con tres preguntas detonantes las cuales fueron audio grabadas.
- 2) Posteriormente se transcribieron las entrevistas tal cual se escuchan en el audio.
- 3) Ya teniendo la transcripción completa se realizó la reducción de datos y organización de los datos obtenidos.
- 4) Se codificaron cada una de las entrevistas, dándole colores a los párrafos que hicieran alusión al objeto de estudio.
- 5) Se identificaron categorías y con base a estas surgieron las subcategorías.
- 6) Finalmente se realizó la extracción de los discursos.

Se realizó el método descrito por Miles & Huberman (1994) el cual nos dice que la recolección de datos es inevitablemente un proceso selectivo, no podemos ni logramos abarcar todo aunque pensemos que podemos y que lo hacemos.

## **EL PROCESO DE ANÁLISIS DE DATOS CUALITATIVOS** (Miles i Huberman, 1994)



Es un método de análisis que “agudiza, clasifica, focaliza, descarta y organiza los datos, de tal suerte que las conclusiones finales puedan ser obtenidas y verificadas a partir de los datos condensados o reducidos”. Miles & Huberman (1994) entienden el análisis como un constante ir y venir reflexivo y cíclico entre cuatro categorías de análisis que denominan recolección de datos, reducción de datos, presentación de datos, extracción/verificación. <sup>(58)</sup>

### **3.7 ASPECTOS ÉTICOS**

La investigación cualitativa comparte muchos aspectos éticos con la convencional. Así, los aspectos éticos que son aplicables a la ciencia en general lo son también a la investigación cualitativa.

Para esta investigación utilizamos los siguientes aspectos éticos:

Con base el reglamento de la Ley General de Salud (1987) en Materia de Investigación para la salud Título segundo Cáp. I Art. 14 fracción V, que se refiere al consentimiento informado de las personas implicados en una investigación. El Consentimiento Informado es un proceso de explicación verbal y escrita. La

explicación verbal se refiere a una conversación entre el Investigador Responsable y el participante voluntario. Es una instancia en la cual se busca un diálogo entre dos o más personas, para crear en primer término un vínculo de confianza que lleva a una colaboración y que conlleva compromisos, tanto por parte del investigador como del informante.

La explicación escrita es absolutamente necesaria y es recogida, a través de un documento firmado por el informante para confirmar que otorga consentimiento para participar en la investigación.

El Proceso de Consentimiento Informado es fundamental para la protección de las personas que participan voluntariamente en las investigaciones, debe incluir un documento en el cual se le describe a los informantes, todos los aspectos relacionados con su participación en la investigación, se sugiere utilizar un lenguaje sencillo y comprensible; por lo antes mencionado es que se realizó un consentimiento informado el cual fue proporcionado a cada uno de los informantes y se les explico en qué consistía la investigación.

La confidencialidad es la garantía de que la información personal será protegida para que no sea divulgada sin consentimiento de la persona. Dicha garantía se lleva a cabo por medio de un grupo de reglas que limitan el acceso a ésta información

Para asegurar la confidencialidad de cada individuo en lugar de utilizar el nombre y apellidos reales, se modificaron los nombres reales por nombres de personajes mitológicos.

### 3.8 CRITERIOS DE RIGOR CIENTÍFICO

El rigor es un concepto transversal en el desarrollo de un proyecto de investigación y permite valorar la aplicación escrupulosa y científica de los métodos de investigación, y de las técnicas de análisis para la obtención y el procesamiento de los datos

Los investigadores, al estar amparados en el paradigma cualitativo, deben ser conscientes de que cuando se exploran fenómenos humanos, las realidades que observan o analizan con múltiples explicaciones y significados se convierten en realidades tangibles y singulares reconstruidas a través de la versatilidad del investigador. Esto hace que el rigor adquiera un valor, ya que no solo se trata de la adherencia a las normas y reglas establecidas, sino que se relaciona con la preservación y la fidelidad del espíritu del trabajo cualitativo

#### **FIABILIDAD Y VALIDEZ COMO EJES DEL RIGOR**

La fiabilidad y la validez son cualidades esenciales que deben tener las pruebas o los instrumentos de carácter científico para la recogida de datos, debido a que garantizan que los resultados que se presentan son merecedores de crédito y confianza.

#### **Fiabilidad o consistencia**

La fiabilidad se refiere a la posibilidad de replicar estudios, esto es, que un investigador emplee los mismos métodos o estrategias de recolección de datos que otro, y obtenga resultados similares. Este criterio asegura que los resultados representan algo verdadero e inequívoco, y que las respuestas que dan los participantes son independientes de las circunstancias de la investigación.

#### **Validez**

La validez concierne a la interpretación correcta de los resultados y se convierte en un soporte fundamental de las investigaciones cualitativas. La validez da cuenta del

grado de fidelidad con que se muestra el fenómeno investigado. Por tanto, se dice que existe validez cuando hay un cuidado exhaustivo del proceso metodológico, de modo que la investigación se hace creíble.

### **Transferibilidad o aplicabilidad**

La transferibilidad o aplicabilidad consiste en poder transferir los resultados de la investigación a otros contextos. La manera de lograr este criterio es a través de una descripción exhaustiva de las características del contexto en que se realiza la investigación y de los sujetos participantes. Dicha descripción servirá para realizar comparaciones y descubrir lo común y lo específico con otros estudios.

### **Relevancia**

La relevancia permite evaluar el logro de los objetivos planteados en el proyecto y da cuenta de si finalmente se obtuvo un mejor conocimiento del fenómeno o hubo alguna repercusión positiva en el contexto estudiado.

### **Adecuación o concordancia teórico-epistemológica**

La coherencia epistemológica de una investigación cualitativa está determinada por la consistencia entre el problema o tema que se va a investigar y la teoría empleada para la comprensión del fenómeno.

## **3.8 CONTEXTO DE ESTUDIO**

La presente investigación se llevara a cabo con el personal de enfermería que se encuentra laborando en el Instituto Nacional de Rehabilitación “Luis Guillermo Ibarra Ibarra” perteneciente a la Secretaria de Salud, que se encuentra ubicado en Calzada México-Xochimilco 289, Arenal Tepepan, C.P.14389 Ciudad de México, CDMX.

- **Propiedad:** Gubernamental
- **Tipo de atención medica:** 3er nivel
- **Población que atiende:** Abierta-discapacidad (niños, adultos y adultos mayores)
- **Tipo de construcción:** Mixta

- **Temporalidad:** Definitiva

**Que consta de las siguientes especialidades:**

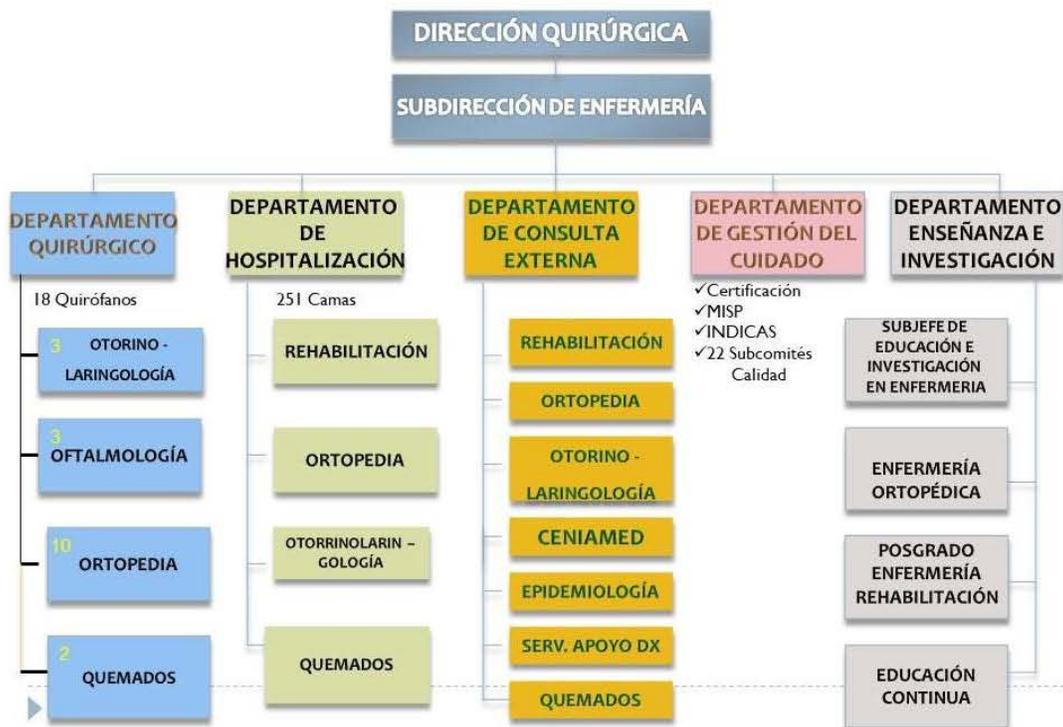
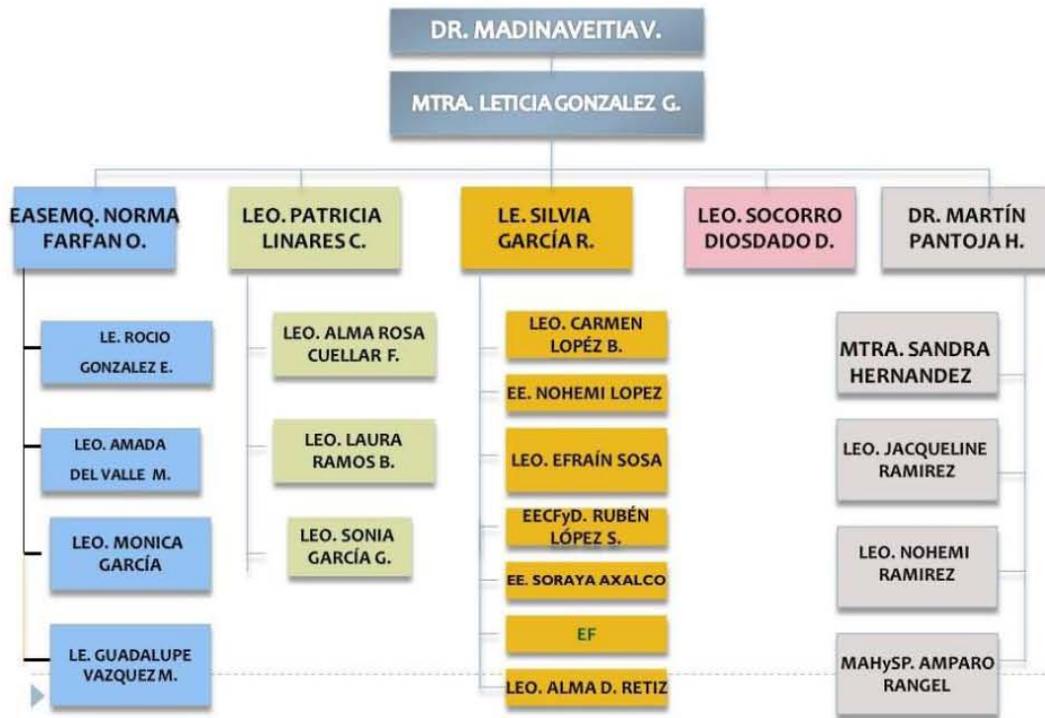
- Medicina en Rehabilitación
- Ortopedia
- Centro de Investigación Nacional y de Atención a Quemados (CENIAQ)
- Oftalmología y Otorrinolaringología

**Total de enfermeras**

CATEGORIA	T.MATUTINO	T.VESPERTINO	T.NOCTURNO	TOTAL
ENF. GENERALES	20	26	26	72
ENF. CON POSTECNICO	37	11	34	82
LIC. EN ENFERMERÍA	123	80	80	283
ENF. CON ESPECIALIDAD	34	30	27	91
ENF. CON MAESTRIA	16	8	8	32
ENF. CON DOCTORADO	2	-	-	2
<b>TOTAL</b>	<b>232</b>	<b>155</b>	<b>175</b>	<b>562</b>

**Figura 3. Total de personal de enfermería**

**Organización de la plantilla de Subdirección de Enfermería:**



**Figuras 4 y 5. Organización de la subdirección de enfermería**

## **Morbilidad en el INR LGII:**

- Consulta externa
  - Padecimientos de columna vertebral
  - Fracturas
  - Hipoacusia
  - Osteoporosis
  - Trastornos del lenguaje
  - Cataratas
  - Glaucoma
  - Retinopatía diabética
  - Trastorno lectográfico
  - Secuelas de fracturas
  - Síndrome doloroso patelofemoral
  - 
  - Lesión de ligamento cruzado anterior
- Hospitalaria
  - Fracturas
  - Osteoartrosis
  - Padecimientos de columna vertebral
  - Tumores óseos
  - Parálisis cerebral infantil
  - Secuelas de fracturas
  - Displasias del desarrollo de la cadera
  - Lesión de ligamento cruzado anterior
  - Quemaduras
  - Tumores en tejidos blandos

**Promedio de estancia de los pacientes:**

**DIAS DE ESTANCIA**

Oftalmología	<b>AMBULATORIA</b>
Otorrinolaringología	<b>1</b>
Ortopedia	<b>3 a 7</b>
Rehabilitación	<b>30</b>
CENIAQ (Quemados)	<b>Entre 30 y 90</b>

**CAPACIDAD**

Camas censables

- Ortopedia 170
- Rehabilitación 40
- ORL 15
- CENIAQ 26

**TOTAL 251**

# CAPÍTULO IV. HALLAZGOS Y DISCUSIÓN

## 4.1 HALLAZGOS

Después de codificar y analizar la información obtenida del personal entrevistado, surgieron dos categorías analíticas y nueve subcategorías que hacen alusión a la opinión del personal de enfermería acerca de la eutanasia en pacientes en fase terminal que se presentan a continuación:

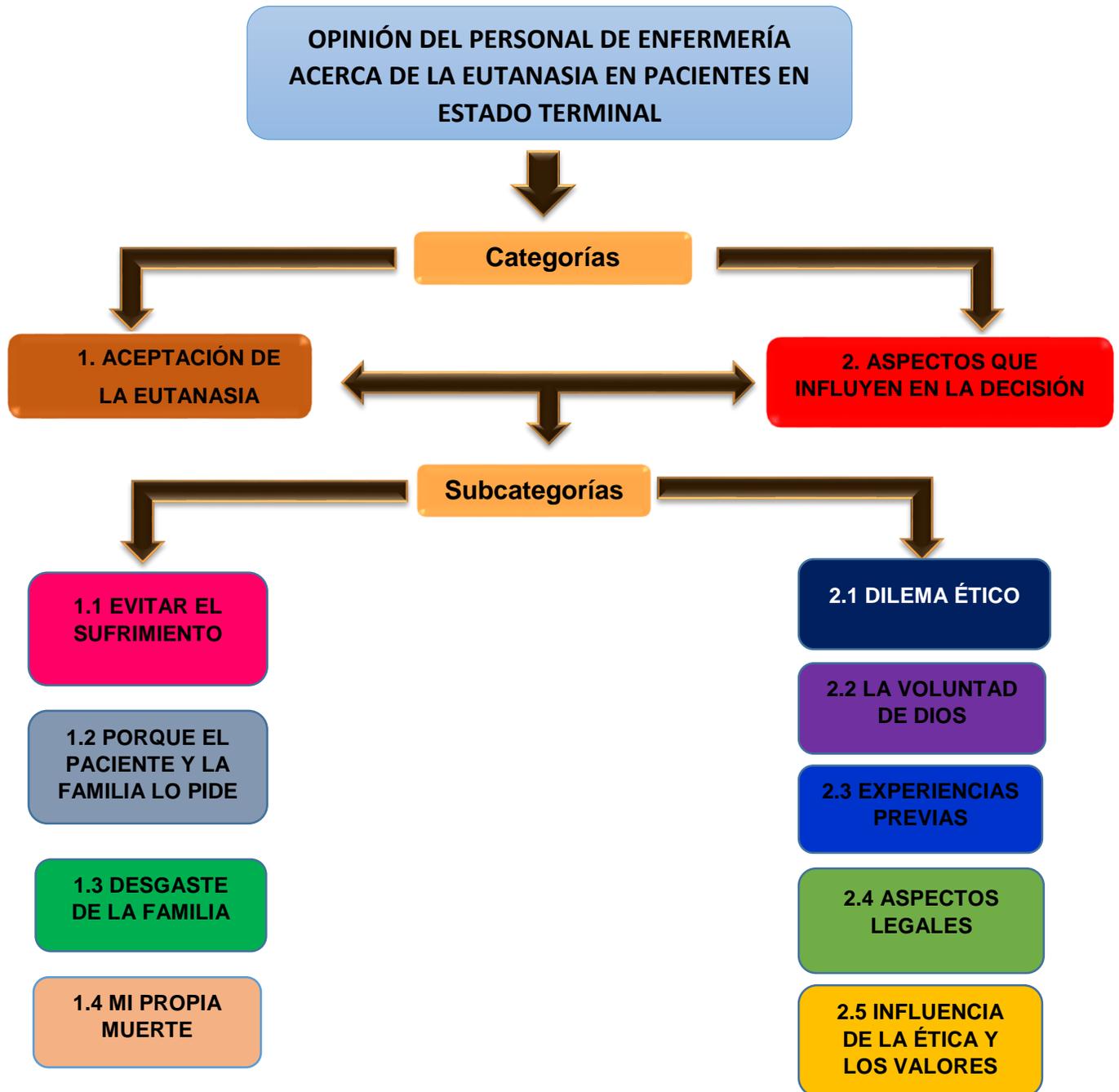


Figura 6. Categorización de las variables y hallazgos

## CATEGORÍA 1. ACEPTACION DE LA EUTANASIA

Si lo vemos desde la perspectiva de enfermeros o familiares nos podemos dar cuenta que al aceptar la eutanasia evitamos que nuestro paciente o familiar continúe sufriendo, que siga bajo un tratamiento, el cual en lugar de proporcionarles una mejora simplemente les produce más complicaciones; la pregunta aquí es: ¿Por qué aplicar el encarnizamiento terapéutico? Si uno como personal sabe que a veces los pacientes ya no son viables y ya no tienen una calidad de vida óptima.

Una encuesta hecha por la Asociación Civil Por el Derecho a Morir con Dignidad (DMD) reveló que un 68.3 por ciento de mexicanos considera que un paciente en etapa terminal debería tener la opción de adelantar su muerte y que las leyes deben cambiar para que ello sea posible.

A pesar de que la eutanasia se contrapone con las creencias católicas, 69% de quienes profesan esa religión apoya esa alternativa para el final de la vida. Así lo reveló la DMD.

Dicha encuesta, realizada a una muestra de 4 mil personas, detalla que un 54.4% de los ciudadanos están de acuerdo en que un paciente pida a su médico que le ayude a morir proporcionándole sustancias legales; en tanto, 58.3% prefiere la aplicación directa de una dosis letal de medicamento.

La investigación también identifica las diferencias sobre el tema, según el nivel de escolaridad y el lugar de residencia. 79% de individuos con nivel profesional y posgrado acepta la opción de anticipar la muerte, incluso la propia, si tiene algún padecimiento incurable, contra 56% de encuestados con estudios de primaria.

## SUBCATEGORÍA 1.1 EVITAR EL SUFRIMIENTO

Esta primera subcategoría trata de como el personal de salud trata de evitar el sufrimiento del paciente, ya sea físico, emocional o ambos a toda costa, ya que el continuar a veces con el tratamiento hace que sufra más de lo que la propia enfermedad lo está haciendo. La adecuada atención a los enfermos en el tramo final de la vida y los conflictos éticos que surgen sobre las decisiones que se deben tomar en ese momento para evitar el sufrimiento innecesario, es un reto para la medicina y abre un debate del que no es ajeno el resto de la sociedad.

Desear tener una buena muerte, morir bien, es una legítima aspiración de los seres humanos. Y este deseo nos obliga a los profesionales de la salud a ayudar a nuestros enfermos a que mueran bien, sin sufrimiento alguno, con un control adecuado y enérgico de los síntomas aunque con los tratamientos para dicho control se pudiera adelantar la muerte; y, si fuera preciso porque aún no hemos conseguido aliviar su sufrimiento, recurriendo a la sedación para garantizar una muerte serena.

### AFRODITA

[...] A mi punto de vista es mejor la eutanasia, así evitas el sufrimiento de las personas, de la familia y pues hasta de la economía de la persona, es lo mejor que puede pasar en la vida porque el sufrimiento se prolonga por mucho tiempo, para que al final siga siendo el mismo fin: la muerte [...]

### HERA

¡SI! ¡Se enfocaría más en evitar el sufrimiento de toda su familia! (...) Si, y por ende seria el mío, y para tomar esa decisión también yo tendría que pensar bastante [...]

## HÉRCULES

[...] Hace algunos años tuve un evento personal de un familiar que padeció cáncer y llego un momento en el que uno de verdad lo que quieres es que la otra persona no sufra, que haya un final de la vida que sea digno y sobretodo que la persona también pueda tomar esa decisión [...]

### **Análisis y discusión**

No es fácil lograr que un paciente asuma que se encuentra en la fase terminal de su vida y que decida si los últimos momentos los quiere pasar despierto, aunque sufriendo, o privado de la consciencia (sedado). No podemos ignorar ni mirar hacia otro lado cuando el enfermo nos manifiesta que no desea continuar viviendo de la manera en que lo está haciendo: acompañado por un sufrimiento continuo e insoportable. Entonces es aquí en donde el paciente expresa que no quiere continuar con el sufrimiento, por lo cual el personal de salud tiene la obligación de aliviar dicho sufrimiento.

Cuando, a lo largo de nuestra experiencia, cuidamos el final de la vida de las personas a quienes la ciencia médica no ha podido curar de una grave enfermedad, aprendemos que en esos momentos necesitan de nuestro acercamiento humano. Ante un enfermo en situación terminal lo que se hace o se deja de hacer, con la intención de prestarle el mejor cuidado y permitiendo la llegada de la muerte, no sólo es moralmente aceptable sino que muchas veces llega a ser obligatorio desde la ética de las profesiones sanitarias.

Hablar del cese de la vida por alguna enfermedad y/o estado de salud que impida el desarrollo funcional del individuo causa conflictos en las personas, los informantes mencionan que evitar el sufrimiento de los pacientes en la última etapa de su vida es importante, ya que a veces en las unidades hospitalarias con la finalidad de mantener con vida a la persona a toda costa se realizan ciertos

procedimientos en donde la mayoría de las ocasiones se cae en encarnizamiento terapéutico llevando al paciente, a sus familiares, incluso al mismo personal de salud a un estado de sufrimiento (físico/emocional).

En muchas de las ocasiones los pacientes ya no son viables, ni funcionales, entonces dicho por los entrevistados, sugieren que la eutanasia es una de las opciones más confiables para evitar el sufrimiento de los pacientes llevando a este a una muerte digna, siempre y cuando se cuente con la información necesaria.

De igual manera los resultados obtenidos en el artículo publicado en la revista “Journal of American Medical Association” <sup>(9)</sup>, en el año 2000 se publicó un artículo para detectar la actitud hacia la eutanasia entre pacientes terminales y sus familiares, y en qué medida su opinión se mantiene en el tiempo entre los años 1996 y 1997, obteniendo que el 60.2% de pacientes terminales apoyaban la eutanasia en teoría, pero solo el 10.6% la consideraban una solución para sí mismos. El 5.6% lo habían comentado con sus médicos. El 2.5% había acumulado fármacos. Los autores concluyen que para el 90% de los pacientes terminales, la eutanasia no es un problema importante en su vida.

## SUBCATEGORÍA 1.2 PORQUE EL PACIENTE Y LA FAMILIA LO PIDE

La palabra petición proviene en su etimología del latín “petitionis”, integrado por el verbo “petere” que indica pretender alcanzar un objetivo, de donde se derivó “pedir” y por el sufijo “tionis” que indica acción. La petición es una solicitud, un pedido que alguien efectúa a otro para lograr alguna concesión, la que puede hacerse en tono de ruego o bajo amenazas o advertencias, pudiendo efectuarse por cualquier medio de comunicación y en forma oral o escrita.

En esta segunda subcategoría hablaremos de la opinión del personal de enfermería sobre la petición que tiene el paciente y el familiar acerca de la eutanasia ante una situación donde se encuentre en estado terminal.

## ATENEA

[...] Desde mi punto de vista la eutanasia, en un paciente en estado terminal para mí sí debería de aceptarse, porque a veces ellos mismos te están pidiendo que ya no quieren vivir así, debería de hacerse un minucioso estudio para aceptarla cuando te lo pide la familia o la persona más cercana, como vuelvo a mencionar no es vivir así, con una calidad de vida que no [...]

## APOLO

[...] Si, ella se murió bien, como ella quería, no es que estuviera en el hospital, de echo ella murió en su casa, y te sientes bien, porque hiciste lo que ella pidió, a diferencia de intúbenla, háganle, pónganle, cuando ya no hay un remedio o algo más que hacer, pero ahí yo no me siento mal porque es algo que ella pedía [...]

## ARTEMISA

[...] Digo si, con conocimientos, si, con información adecuada si, y el profesional de enfermería siempre tiene que salvaguardar y respetar la decisión del paciente [...]

### **Análisis y discusión**

En muchos países, el personal sanitario cada vez se ve enfrentado ante decisiones que giran en torno al final de la vida. Ello viene esencialmente causado por el dolor que en la mayoría de las ocasiones causa un sufrimiento insoportable para el enfermo y la familia, el desahucio a causa de saber que son pacientes terminales donde ya no tienen remedio y el deseo de una muerte digna, estos son los motivos principales por los que se solicita la eutanasia.

Respetar las decisiones de un paciente así como la de su familiar es fundamental para el personal sanitario pues estamos cumpliendo con el principio de autonomía.

De acuerdo con lo antes mencionado los informantes refieren que es importante respetar la decisión del paciente así como la de su familia de en qué momento quieren dejar de sufrir y por ende como es que desean que sea su muerte.

### SUBCATEGORÍA 1.3. DESGASTE DE LA FAMILIA

La enfermedad en fase terminal puede provocar en los familiares confusión, miedo, rechazo, silencio. Y quizá, la familia todavía con expectativas de curación de la persona enferma, no esté capacitada para afrontar esta situación.

La enfermedad terminal supone una profunda crisis en el funcionamiento de la familia, que sufre un gran desgaste emocional y físico, posteriormente deberá enfrentarse al duelo por la pérdida de su ser querido. Ninguna familia volverá a ser igual que antes de pasar por el proceso de la enfermedad y la pérdida. Por ello la familia necesita educación, información, ayuda y mucha comprensión para que en este doloroso recorrido puedan atender a su familiar en su fase final y seguir adelante después de su fallecimiento.

En esta tercera subcategoría hablaremos de la situación familiar ante el estado complicado en el que se encuentra el enfermo en fase terminal y como esta va desarrollando una serie de acontecimientos que se ven reflejados en fatiga, cansancio, depresión, tristeza, desesperanza, falta de fe, etc.

[...] Cuando tienes este enfrentamiento entre lo profesional y tu familia, es difícil entenderlo, al final lo haces porque entiendes que tu familiar va a estar sufriendo, que tu familiar está en ese momento y en ese lugar tan terrible y que no puedes dejarlo ahí, tienes que dejarlos ir con amor [...]

[...] ¿Realmente es vida lo que la familia vive? estarse acostando en un suelo esperando a que en su familiar haya un milagro, el cual no hay, porque si hay una falla orgánica múltiple ¿Dónde se va a llevar a cabo un milagro? No hay más y está sufriendo la familia y el paciente y todo mundo está en esa situación [...]

## AFRODITA

[...] La eutanasia es lo mejor que puede haber existido para este tipo de pacientes, muchos de los pacientes ya no son recuperables entonces la familia empieza a tener mayor cantidad de gastos sabiendo que el paciente no va a ser recuperable [...]

### **Análisis y discusión**

La familia es un pilar básico en la provisión de cuidados del paciente terminal, la enfermedad terminal supone una profunda crisis en el funcionamiento de la familia.

Es difícil el momento en el que se recibe la noticia de que nuestro padre, madre, pareja, hijo/a o algún familiar está enfermo y que no hay probabilidad de curación. A partir de este instante, invade una avalancha de preguntas, dudas y temores que desestabilizan por completo el equilibrio familiar y por ende el del enfermo.

Al suponer la enfermedad una crisis profunda en la familia, que sufre un gran desgaste emocional y físico posteriormente deberá enfrentarse al duelo por la pérdida de su familiar.

Por lo tanto, como nos menciona el personal entrevistado el desgaste que se produce en la familia del paciente terminal es inmenso, ya que este no implica solo lo emocional sino lo físico por el hecho de estar largas horas, días e incluso meses en el hospital, incluso los gastos acumulados generan desgaste.

Muchas veces el familiar a causa de las esperanzas creadas (generalmente de índole religiosa, como son los milagros) sufre y sufre porque cree que su paciente va a mejorar y esto genera cierto grado de incertidumbre y sufrimiento porque está a la espera de que su paciente mejorara pero la realidad es otra, esto mismo crea desgaste a todos los que se ven involucrados en el cuidado del enfermo.

De acuerdo a los estudios realizados por la investigadora María en Canadá en el 2002 <sup>(10)</sup>, refiere que los pacientes ancianos con cáncer terminal, encontró que el

80% de ellos consideran ser una carga pesada para sus familiares y por este motivo los pacientes aceptan la aplicación de la eutanasia.

## SUBCATEGORÍA 1.4. MI PROPIA MUERTE

En esta cuarta subcategoría tenemos la concepción del personal y como quieren verse reflejados ante la situación propia de muerte, tomando en cuenta el contexto en que se encuentren.

Dicho lo anterior mencionan en su gran mayoría que prefieren estar rodeados de su familia, fuera del ámbito hospitalario, evitando el sufrimiento para que cuando llegue la hora, estén preparados para afrontar la muerte de una manera digna.

La experiencia de la muerte en una persona cercana puede ser, sin duda, un detonante que nos lleve a replantearnos nuestra propia vida. El modo de ver la muerte cambia según la edad, las circunstancias y la formación de quién la experimenta más de cerca. En la literatura se pueden encontrar ejemplos maravillosos de esta realidad.

En la edad de la niñez los niños ven esto como algo totalmente inofensivo y su definición no es muy clara, pero cuando se hace a la juventud es la etapa de la vida en cual se siente en ocasiones inclinado hacia la muerte y tiende a dejar trastornos, secuelas de no querer morir, muchas veces se opta por la locura pero son pocos los casos, la mayoría lo asume y sigue. Después de esto la persona llega a una edad en donde sus conceptos éticos y morales tienen ya sus bases bien definidas, por lo que se le es más fácil saber que es la muerte, los cuales optan a ver la muerte desde una forma más compleja y en ocasiones más dolorosa de lo normal.

### ATENEA

[...] Si yo tuviera una lesión medular tampoco me gustaría que me dejaran así, no viviría, no sería lo mismo, porque tienes hijos, familia, tienes todo pero, ¿qué calidad de vida te espera?, eso es lo que a mí me hace pensar y es por eso que digo sí a la eutanasia [...]

### APOLO

[...] Yo por decir he hablado con mi familia y les he dicho “yo no me quiero morir en un hospital, el día que yo me ponga mal a mí no me lleven a un hospital, a mi déjenme morir en la casa, porque yo me quiero morir rodeado de toda mi familia [...]

HERA

[...] A lo mejor, tomaría la decisión para no causar sufrimiento a mi familia, ya no tanto a mí, está en mis manos y es mi decisión, porque es mi persona [...]

[...] Es buena la eutanasia en todos los sentidos para quien le funcione y si estamos hablando de cuando me preguntaron que si para mi funcionaba, ¡Yo si lo tomaría para mí! [...]

HÉRCULES

[...] Yo creo que probablemente sí, en mi caso sería ya en un momento en el cual mi condición física ya estuviera muy complicada, el que yo pueda decidir, “hoy es el día, quiero a mis hijos, quiero mi mascota, quiero a mi esposa, quiero a mis hermanos, quiero a mi gente allegada, quiero un abrazo” y pues aquí sería el momento [...]

### **Análisis y discusión**

La muerte forma parte de la vida de cada uno y constituye un momento personal y único. La muerte del otro es un recuerdo de la propia muerte, vivir y morir forman parte de lo mismo; morir es uno de los parámetros del vivir.

La noción de la propia muerte cambia con el desarrollo y la madurez de la persona; las experiencias de muerte influyen en esto, el manejo de la propia muerte es un nuevo proceso de aprendizaje quizás el más importante hasta ahora.

Llegar al final de la vida es algo que a todos nos causa confusión, en este momento donde conceptualizamos nuestra propia muerte surgen varios sentimientos encontrados con respecto al tema, sentimos miedo, ansiedad, tristeza, angustia, etc. Los informantes llegan a una misma conclusión, “la muerte digna” la cual consigo entrelaza el evitar el sufrimiento de la familia teniendo esta como principal punto de partida para emitir su opinión.

Todos sabemos que tarde o temprano vamos a morir, y sin embargo tenemos una gran dificultad para pensar y hablar de la muerte, en especial la que nos afecta directamente, la que representa nuestro fin, de ella no queremos saber nada.

## CATEGORÍA 2. ASPECTOS QUE INFLUYEN EN LA DECISIÓN

La vida es una toma de decisiones constante, entre simples y otras que nos marcan, cada día tomamos decisiones en nuestra vida, algunas son trascendentales y otras son muy rutinarias y cotidianas, sin embargo, todas ellas influyen de manera directa en nuestro bienestar porque en cada decisión nos acercamos o nos alejamos de nuestros objetivos.

Tomar una decisión es un proceso reflexivo que requiere de tiempo para valorar distintas opciones y también, las consecuencias de cada decisión. Todo ser humano tiene los recursos internos necesarios para tomar decisiones, sin embargo, las personas también tienden a buscar apoyo externo en la toma de una decisión importante.

Las decisiones pueden llegar a ser en algunos casos más determinantes que en otros casos y es por eso que muchas veces el proceso de toma de decisión se vuelve más complejo e involucra diversos aspectos a tomar en cuenta.

La eutanasia es un tema difícil de tratar, el hablar de ella implica una serie de cuestiones que involucran todo el contexto en que se ve envuelto el paciente, desde lo más sencillo hasta lo más complejo, aquí el personal emite su opinión acerca de que piensa con relación a aspectos legales, religiosos, experiencias, etc., en el cual se encuentran inmersos a tener un paciente en fase terminal.

## SUBCATEGORÍA 2.1. DILEMA ÉTICO

Se entiende por dilema ético a toda aquella situación en la que se dé un conflicto entre los diferentes valores de la persona y las opciones de actuación disponibles. Se trata de situaciones en que se va a generar una pugna entre varios valores y creencias, no existiendo una solución totalmente buena y otra opción totalmente mala, teniendo ambas repercusiones positivas y negativas a la vez.

Este tipo de dilemas requieren de una reflexión más o menos profunda sobre las alternativas de las que disponemos, así como del valor otorgado a los valores morales con los que nos regimos. A menudo nos tocará priorizar uno u otro valor, entrando ambos en conflicto de cara a tomar una decisión. Asimismo, permiten ver que las cosas no son o blancas o negras, así como entender a personas que toman decisiones distintas a las propias.

En la siguiente subcategoría se aborda la presencia de dilemas éticos ante la situación de muerte, ya sea de algún paciente o algún familiar y como ellos toman la decisión más óptima que le sea favorable al enfermo ante este hecho.

### ATENEA

[...]La eutanasia es un tema demasiado controversial porque yo me dedico a postergar la vida, sí, pienso que eso no es vivir, aunque las funciones vitales estén bien, no es vivir porque no estas desarrollándote como un ser humano en todas sus esferas para que seas una persona productiva, una persona que va creciendo y una persona que va viviendo, para mí eso no es vivir [...]

[...]Tengo creencias por supuesto y tengo ética y tengo valores muy fuertes, eso a veces hace que uno no quiera aceptarlo (...) es controversial porque se presta a esto,

yo te puedo decir que sí, como persona pero como enfermera puedo decir que no [...]

#### APOLO

[...] No lo permite ni mi ética, mis principios morales, mis valores, ni el juramento que yo hice, que realmente no haces un juramento para matar a la gente sino para ayudarlo y agotas los recursos cuando ya no hay nada, por más que quieras [...]

#### ARTEMISA

[...] Estamos hablando de un tema en el cual la controversia siempre va a estar, no es fácil que dejes ir a tu familiar y tampoco es un tema fácil que puedas abordar [...]

#### HERA

[...] La eutanasia es uno de los temas más controvertidos y yo conozco casos verídicos en donde la gente dice: “cuando yo me ponga mal no quiero que hagas nada, déjame morir” y cuando vuelve a presentar el evento dicen: “llévame, no me dejes morir” o sea llega un momento en el que te ves en esa circunstancia y solicitas no morir (...) Esa dualidad puede ocurrir con la familia al momento de decidir “saben que desconéctenlo no hay resucitación, no les hagan nada” y ya cuando va a suceder el evento toman la decisión de decir “No” porque es su ser amado aunque sea un vegetal [...]

[...] Yo siento que es un dilema, un dilema personal muy fuerte y que si en mis manos estuviera, pues la verdad no sabría qué hacer [...]

[...] Tienen que ver con connotaciones también aparte de las legales principalmente de cuestiones de valores, religiosas, morales y también mi formación como profesional porque va en contra de lo que te han enseñado a lo largo de toda tu vida [...]

[...] ¿Cuál es la mejor decisión? eso nunca lo vamos a saber ¿Cuál va a ser el momento adecuado? Jamás lo vamos a saber, hasta que veas el resultado y buena o mala la decisión está el vuelo en la moneda así de simple [...]

#### HÉRCULES

[...] Es una cuestión bastante controvertida sobre todo por las características sociales de nuestro país, es un tema donde hay que analizar muchas cosas y situaciones, el aspecto religioso y el aspecto político al final del día es lo que da origen, es lo que va poco a poco dictando la cultura que vamos llevando [...]

#### AFRODITA

[...] Es un tema muy complicado, entra ese conflicto de tu como familiar lo tienes que decir “bueno está bien, nosotros aceptamos lo que él diga” pero como personal de salud se supone que tienes que preservar la vida, si tú sabes que eso le está ayudando aunque sea poquito lo tienes que volver a hacer, entonces tenemos una doble moral (...) Tu moral se queda dividida porque por una parte tu sabes que lo mejor para él es ya no darle nada, permitir que ya se vaya con el menor sufrimiento que se pueda porque él es lo que te está pidiendo, pero como personal de salud tú tienes que preservar la vida [...]

## **Análisis y discusión**

En la práctica es frecuente encontrar a pacientes en circunstancias que representan un dilema ético para los profesionales de la salud. Los problemas que surgen en el curso de la atención clínica a los pacientes generan dilemas en el proceso de la toma de decisiones en el personal.

Un dilema ético es una situación donde los principios morales que guían la conducta no permiten determinar de manera evidente lo correcto o incorrecto ante dos posibles cursos de acción.

Analizar un dilema ético en el ámbito de la salud reviste una gran complejidad, sobre todo por la gran diversidad de aspectos que participan y por las posturas éticas, a veces poco definidas, del personal.

Como podemos ver, el personal entrevistado nos menciona que, el tema de la eutanasia es sumamente controversial y que los somete a un dilema, ya que ellos están dedicados a postergar la vida de los pacientes tomando en cuenta sus valores, ética, creencias religiosas, juramentos, características sociales, ideológicas, etcétera. Pero al ver que el paciente se encuentra en fase terminal, ver como poco a poco se va consumiendo y no solo la enfermedad le causa sufrimiento sino también el tratamiento, piensan que eso ya no es vivir porque el paciente ya no se está desarrollando en sus esferas, dejando a un lado ese ser humano productivo. Es por eso que lo antes mencionado les causa un gran dilema y que hace que su toma de decisiones en torno a si aplican o no la eutanasia se vea indeterminada.

Coincidiendo con lo anterior en México Ramírez López en 1996 <sup>(7)</sup> hace mención sobre el dilema ante la muerte, estudio desarrollado en el Centro médico de occidente (Guadalajara), del IMSS. En él se obtuvo de que las enfermeras consideran que la eutanasia no es un crimen 33.4%, la enfermera debe asistir a un paciente para suicidarse 5.8%, ignora la diferencia entre eutanasia activa y pasiva 20.3%, la tercera parte se pronuncia a favor de la eutanasia como un acto de misericordia; el 39% contesta lo contrario.

## SUBCATEGORÍA 2.2. LA VOLUNTAD DE DIOS

La religión es una doctrina constituida por un conjunto de principios, creencias y prácticas en torno a cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural, por lo general basadas en textos de carácter sagrado, que unen a sus seguidores en una misma comunidad moral.

Los diversos puntos de vista religiosos son variados y complicados. En especial la religión católica influye demasiado en nuestra sociedad, principalmente porque para el tema abordado toma en cuenta los diez mandamientos de la ley de Dios, en especial el 5° “No mataras”. Si bien el punto de vista sobre la eutanasia no necesariamente se entrelaza directamente con la religión, a menudo afecta la opinión de una persona.

En esta sexta subcategoría se analizara como es que la religión influye en la toma de decisiones con respecto a la aplicación de la eutanasia, ya sea en pacientes o familiares.

### ATENEA

[...] Con respecto a la eutanasia en lo religioso pues es que vivas con el castigo de Dios, con el castigo divino, con lo que te suceda, desde ahí así nos educaron, que todo lo que te pase debes de sufrirlo porque así lo dice la religión católica [...]

### APOLO

[...] Hay gente todavía en la actualidad que profesa la religión católica o cualquiera otra, en donde hacen mención o hacemos mención que únicamente Dios es el que decide en que momento te puede quitar la vida y que hay que agotar los recursos. Dios da la vida y quienes somos nosotros para quitarla [...]

### ARTEMISA

[...] Lo religioso, todos somos diversos en pensamiento, en creencia o el dogma que cada uno prefiera tomar, debe de estar como secundario porque no es ético brindarle o dejarle al paciente o al familiar nuestra idiosincrasia religiosa, eso no es lo correcto, lo religioso lo tiene uno que conservar para uno como persona [...]

[...] Yo no aplico lo religioso en mi trabajo, respeto la idiosincrasia, yo tengo mi fe, mi dogma, lo sigo pero no es algo que yo lo deposite [...]

#### HERA

[...] Si lo vemos por cuestiones religiosas pues el señor (Dios) es el que también está aquí, yo sé que también me castigaría enormemente al saber que tomaría yo una vida que le pertenece a él, pero en este caso yo tomaría esa decisión, en el aspecto religioso [...]

#### HÉRCULES

[...] Entonces estamos en una sociedad que también está demasiado regida por la parte religiosa, la mayor parte de la población es de religión católica, son creyentes del catolicismo y creemos que no somos nadie para quitarle la vida a otra persona, que es pecado, que no podemos decidir quitarnos la vida tampoco nosotros mismos y eso obviamente va normando nuestra conducta social [...]

#### AFRODITA

[...] En algunas religiones el único que tiene la última palabra de decidir si está vivo o estás muerto es el ser supremo, sea el ser supremo que ustedes quieran Jesús, Cristo, Jehová, entonces para ese tipo de personas pues

lo religioso es muy importante, hasta el momento en que Dios decida llevárselo, es lo mejor [...]

## **Análisis y discusión**

La Sagrada Escritura es clara al señalar que la vida es un don de Dios y solo él tiene poder para darla y quitarla, bajo esta idea toda persona debe hacer todo lo posible para ayudar a conservar la vida propia y la de los demás.

Con la resurrección de Jesús, los cristianos celebran la victoria sobre la muerte. Ello significa que la vida no debe ser prolongada innecesariamente, pero también significa que el ser humano no puede disponer arbitrariamente de la vida, ni al comienzo ni al final.

La vida, con sus límites, es un don divino. Por ello es que se niega a la muerte provocada conscientemente. La fe en la resurrección de Jesucristo ayuda a aceptar la caducidad de nuestra vida y a permitir la muerte cuando llega la hora.

Hablar de religión es un tema que cualquiera que lo retome es causa de discusión y controversia puesto que desde pequeños a cada uno de nosotros nos la inculcan en diversas formas y en estas es diferente como la lleva a cabo cada familia. Al leer y analizar las entrevistas del personal participante podemos observar que la mayoría hace mención de que únicamente Dios dispone de la vida de una persona y que solo él decide en que momento le quita la vida, que si en algún lapso de nuestra existencia padecemos alguna enfermedad o discapacidad es por causa divina y no nos queda de otra más que afrontarla y vivirla porque erróneamente se cree que es un castigo de Dios, porque todos decimos “solo Dios sabe porque hace las cosas” y creemos que eso nos dejara alguna enseñanza y es entonces que debemos dejar el paciente acepte tal castigo y viva con él sin importar todo lo que conlleve aunque se encuentre en las peores condiciones, esto hace que en nuestro actuar hagamos todo lo posible por mantener al paciente con vida a pesar de que ya no sea viable y malgastando recursos que quizá puedan servir en alguien más rescatable, sin

embargo uno de ellos pone primero su deber ético antes que involucrar la religión en su trabajo teniendo esta como prioridad ante su actuar.

Relacionando lo anterior con el aspecto religioso, Ruiz <sup>(24)</sup> menciona que, el papa Pacelli afirmaba que existe, sin duda, una obligación de conservar la vida y la salud, pero esto no obliga habitualmente más que el empleo de los médicos ordinarios (según las circunstancias de personas, lugares, época, cultura) es decir, a medios que no impongan ninguna carga extraordinaria para sí mismo o para otro. El cristianismo ha considerado, desde sus orígenes, a la eutanasia como irreconciliable con la ética que surgió del mensaje de Jesús. El concepto y realidad de la eutanasia eran extrañas al mundo de la biblia. La concepción cristiana de Dios, como el único señor de la vida y de la muerte.

### SUBCATEGORÍA 2.3. EXPERIENCIAS PREVIAS

En esta subcategoría se habla acerca de las experiencias pasadas ante enfermos en estado terminal relatados por el personal y como acorde a esta ellos tomaron la actitud que en aquel momento les pareció mejor para afrontar la situación.

La muerte es una experiencia cotidiana para el ser humano, pero inédita para cada individuo. No se puede aprender a morir, porque sólo se muere una vez. Lo más, será prepararnos para ello a partir de la experiencia de otros que ya murieron, de su testimonio y de los que estuvieron a su lado, esta forma parte de la vida de cada uno y constituye un momento personal y único.

Vivir y morir forman parte de lo mismo; morir es uno de los parámetros del vivir. Se considera a la muerte como una situación límite íntimamente relacionada con la trayectoria biográfica y las actitudes ante la vida que se hayan tenido.

#### ATENEA

[...]En mi experiencia con mis pacientes y la experiencia que he visto en todos ellos, a veces hasta con la sola mirada te grita que no quieren seguir viviendo así. Yo estuve con varios pacientes lesionados medulares que te lo piden a veces [...]

#### ARTEMISA

[...] Yo he tenido experiencia con pacientes que se encuentran en un estado de gravedad, en el cual su familia se acerca, habla con ellos y de verdad que si sufren, ¿Cómo sabemos? Pues porque hay alteraciones en los signos vitales, hay manifestaciones como lágrimas súbitas que no se explican, movimientos involuntarios que se supone que no deberían de estar y muchos dirían, por eso me aferro [...]

[...] He tenido experiencia profesional y personal de una perdida y si se vive de una manera diferente pero hoy te puedo decir esa experiencia me hace a mi empática con la familia y entender, también darle su espacio, su momento y explicarles que se tiene que hacer, hasta donde sí se puede esperar un milagro y hasta donde ya no más que hacer y eso se tiene que trabajar con los médicos [...]

#### HERA

[...] Pero lo único que les he dicho yo a las personas es: “que se vayan en paz, que ya no luchen” yo lo único que les digo al oído es: “que ya se vayan, que no se aferren” Nunca he hecho otra situación como para apresurar su muerte, lo único que les pido es que se vayan, eso es lo que he hecho [...]

[...] Tuve una sobrinita que a los 3 años le detectaron leucemia, llego el día en que la niña vuelve a sentirse mal y le dice a su papá: “¡No papito! Déjame en mi cama, no quiero ir” y mi cuñado se quedó así de “Es que te tengo que llevar, porque te tienen que curar”, “No papito, déjame aquí en mi cama” gracias Dios mi cuñado le hizo caso, él la acompañó, la niña presentía que iba a morir y efectivamente, murió en su cama. Él respeto lo que la niña le pidió, estuvo ahí con ella, no sabía pero respeto la decisión de la niña, fueron unas cuantas horas, y la criatura murió [...]

#### HÉRCULES

[...] Era un adulto mayor ya sin posibilidades de sobrevivir en un evento traumático, los médicos deciden

hacer de todo, obviamente le dieron unas horas de vida al paciente y posteriormente perdió la vida, ahí a lo mejor pudo haber existido un encarnizamiento terapéutico obviamente los familiares dijeron hagan de todo, sin respetar a un paciente de casi 90 años entonces ahí dices “híjole que complejo al final el paciente perdió la vida, no hubo dignidad, no hubo manejo paliativo, sino al contrario un manejo agresivo [...]

[...] Tuve un familiar que padeció cáncer, de primera instancia tú quieres que le hagan todo, posteriormente al ir viendo el deterioro pues piensas que ya no está bien, que ya lo mejor es que pierda la vida [...]

#### AFRODITA

[...] He tenido tantos pacientes como familiares en etapas terminales y lo único a lo que van es al fin a la muerte prolongando su estadía y su manera de vivir en condiciones que ya no son buenas para la vida [...]

[...] Yo como personal de salud, yo preferiría que ya no viviera porque esta chiquito o sea 6 meses, toda su vida va a estar en el hospital, toda su vida va a estar entrando a cirugías (...) yo preferiría que el niño no viviera, ya esta tan mal, limitas el esfuerzo terapéutico y lo dejas hasta ahí, tú dices “bueno es lo mejor para el niño, ya no va a sufrir el, ya no va a sufrir la familia” de todas maneras su falla es multi-orgánica y ya no va a ser reversible por la condición del paciente quemado [...]

## **Análisis y discusión**

Las enfermeras han heredado de la sociedad un concepto histórico de la muerte que en la actualidad se ha convertido en tabú. Esto produce sentimientos negativos cuando enfrentan la muerte de sus pacientes en la práctica diaria. Esta experiencia es común a todas las enfermeras y se encuentra influenciada por diversos factores: la experiencia laboral, unidad de trabajo, creencias religiosas, educación previa y edad del fallecido.

Las experiencias nacen en relación con la capacidad vivencial de cada persona, algunos reaccionan fácilmente ante cualquier suceso o estímulo externo, todo les emociona, todo les afecta; mientras que a otros parece que nada les impresiona, que no sienten nunca nada, que nada les afecta. Por tanto, la aparición de una experiencia estará supeditada a la capacidad vivencial de cada uno aunque pareciera que para las enfermeras, el ver morir a los pacientes que atienden fuera un hecho común del trabajo, desprovisto de sentimientos, no lo es tan fácil.

Desde la boca de los entrevistados surgen opiniones tanto positivas y negativas en cuanto al tema, dadas por la experiencia que les ha generado su trabajo, en esto basan el estar o no de acuerdo con la eutanasia pues la misma experiencia tanto familiar o como profesional de la salud los ha puesto en situaciones donde verdaderamente han considerado como les gustaría que fuera su lecho de muerte, tomando en cuenta todas las posibilidades de sobrevivida, los aspectos morales, los religiosos y los legales que van implícitos en la eutanasia.

Así mismo, coincidiendo con lo antes mencionado Maza y colaboradores <sup>(13)</sup> en 2008. Realizaron un estudio descriptivo correlacional, cuyo propósito fue valorar la actitud de los profesionales de enfermería ante la muerte de pacientes, relacionándola con factores que la condicionan, así como identificar instancias de preparación en esta temática. Tomaron una muestra constituida por 157 profesionales de enfermería de los hospitales Guillermo Grand Benavente de Concepción y Las Higueras de Talcahuano. Para la recolección de información utilizaron un instrumento con tres escalas: 1) Características biosociodemográficas, tomadas de Tejada y adaptadas por los investigadores; 2) Escala de medición de

actitud ante la muerte, creada por Urrutia; 3) Cuestionario de actitudes ante la muerte, adaptación de Templer. Los resultados principales mostraron que la edad, la preparación de pregrado acerca de la temática, la edad de su primer contacto con la muerte y los años de experiencia profesional influyen significativamente en la actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes.

## SUBCATEGORÍA 2.4 ASPECTOS LEGALES

En la siguiente subcategoría hablamos de la opinión que tiene el personal con base a criterios de índole legal dentro de nuestro país y para ser más específico dentro de la Ciudad de México y todo cuanto rodea el tema principal teniendo en cuenta la bibliografía que se tiene de países que acepta la eutanasia en todas sus versiones, teniendo como finalidad una muerte digna sin repercusión legal.

Los países a nivel mundial están reformando sus códigos penales en relación a la eutanasia, unos a favor y otros en contra; lo que está llevando a la confrontación y debates entre las diversas esferas sociales, religiosas, morales, políticas, familiares, instituciones de salud y económicas.

La Ley de Voluntad Anticipada para La Ciudad de México y la Ley Protectora de la Dignidad del Enfermo Terminal para el Estado de Coahuila, hacen referencia a los testamentos vitales, voluntades anticipadas o documento de disposiciones previsoras dentro del contexto de nuestro país.

En el documento de voluntad anticipada conocido como testamento vital, la persona manifiesta expresamente por escrito su voluntad sobre la disposición de su cuerpo y órganos después de su muerte total o cerebral. También manifiesta su voluntad para recibir atención terapéutica o no, en caso de padecer una enfermedad irreversible o terminal que le incapacite en un futuro para expresarse por sí mismo y que al momento de decidir acabar con su vida, ni el personal de salud, ni su familia tengan repercusiones legales.

APOLO

[...] Pues legalmente sería un delito [...]

[...] La voluntad anticipada, eso ya está legalizado en nuestro país, la voluntad anticipada a mi conocimiento es que si tú tienes una enfermedad terminal o un padecimiento crónico que te va a ocasionar la muerte,

puedes firmar una carta en donde rechazas el tratamiento y hasta escribir una carta que ya no vas a requerir maniobras ni nada, entonces ahí ya es lo que el paciente está decidiendo [...]

[...] Hacer el bien sin mirar a quien se lo estás haciendo y que las leyes ya vienen inmersas en esto y que te dice que el desconocimiento de las cosas no te exime de la responsabilidad [...]

[...] Estoy de acuerdo con la voluntad anticipada pero no con la eutanasia, porque vuelvo a lo mismo, siento que estas siendo participe en un asesinato [...]

#### ARTEMISA

[...] Es ahí algo que está aprobado en la ciudad de México solamente, y pues como profesional mi opinión es que se debe ejercer, ya es un derecho y como tal se tiene que ejercer y la gente tiene que estar informada tanto el personal como los familiares [...]

[...] El aspecto legal ya está pues aprobado, eso es algo que nos deja mucha tranquilidad, y yo en lo personal en mi persona, a mi si me gustaría mucho que esa parte legal la respeten porque es un derecho. Se tendría que pugnar se tendría que buscar que toda la gente sepa cuál es su derecho, en que momento está parado, y que sepa que tiene que decidir y también los familiares sepan cómo poder utilizar esta información legal [...]

[...] Creemos que conocemos lo de eutanasia pero no sabemos qué tanta responsabilidad legal tenemos y no ayudamos realmente ni al familiar ni al paciente en esos momentos de una situación crítica, que se está

debatir la vida y la muerte del familiar. Falta que nos capacitemos, que conozcamos realmente cuál es el artículo que rige, cuál es la norma que rige todo lo que es la eutanasia, que es lo que el personal de salud puede y tiene que saber [...]

#### HERA

[...] La eutanasia es una de las partes que actualmente se ha estado manejando para tener la libertad de poder decidir en qué momento decido morir si tengo una enfermedad terminal y que tiene una connotación legal en donde puede haber una gran diversidad de eutanasias y esa va a dar la pauta de cuál pueda yo elegir [...]

[...] En la actualidad cada día se requieren de documentos de voluntad anticipada, de si hay en un momento determinado el que yo done mis órganos, ¿sí? una serie de documentos legales para qué hacer con mi cuerpo en un momento determinado [...]

#### HÉRCULES

[...] Todos debemos de ser responsables porque es basado en una responsabilidad y esto además conllevaría una cuestión educativa y un cambio de ideología en muchas situaciones y sobre todo bajo el conocimiento de que una persona decida, decida cuando le informan cómo se encuentra, que va a pasar, que está ocurriendo [...]

[...] Es algo también que por eso es que debe de ser normado, debe de ser regulado, hay que dejar bien sentadas las reglas, las características, hay que reglamentarlo bien para que no se preste también a que

se delinca con ello (...) habría mucho que aprender si debiera de aplicarse aquí en el país y de reglamentarse [...]

[...] Entonces pues es algo que si debe ser legislado. Opino que hace falta más difusión, opino que hace falta reglamentarla mejor porque hasta donde yo entiendo tiene que ser una decisión tomada y realizada ante un notario, no cualquier persona tiene la capacidad, uno el conocimiento y dos ni la capacidad económica para hacerlo, obviamente para que no se viole precisamente el deseo [...]

[...] Probablemente sería más fácil que en cada unidad hospitalaria pudiera realizarse, que esa parte del deseo verbal pudiera ser válido ante testigos y familiares que lo están escuchando, se firmara y se dejara así como una especie de consentimiento informado, yo creo que sería más sencillo que hacerlo solamente ante un notario [...]

#### AFRODITA

[...] Se supone que la eutanasia apenas en algunos lugares esta aceptada, va a faltar muchísimo para que las leyes se pongan de acuerdo en cuanto a la sociedad se los permita [...]

(...)Estoy a favor de La Voluntad Anticipada aunque es muy complicado estar en una situación así, viéndolo como familiar y viéndolo como personal de salud, ves cómo se va consumiendo la gente y que por más esfuerzos que hagas no se puede llegar a ninguna mejoría [...]

## **Análisis y discusión**

No podemos evitar revisar el tema sobre si los individuos tenemos derecho a morir, es por eso que las personas se preguntan ¿si legalmente existe dicho derecho?, para algunos, la muerte no es un derecho, sino una consecuencia natural de la vida, puesto que somos finitos; sin embargo, los países más desarrollados lo enmarcan dentro del derecho que tenemos los seres humanos que dispone de nuestro cuerpo.

Así como se considera a la vida como un derecho también a la muerte, ya que el paciente terminal tiene derecho a gozar de una muerte digna, esto nos hace referencia a que el paciente tiene la potestad de decidir parar o continuar con el tratamiento.

Aun cuando la eutanasia es una decisión individual, es necesario que se legisle para evitar abusos y lograr que su aplicación sea realmente un satisfactor de necesidades que vaya más allá de ideas filosóficas, religiosas, culturales y políticas, pues no es posible asegurar que en México no se practique la eutanasia o suicidio asistido, ya sea por las condiciones de gravedad de los pacientes terminales o bien porque el personal de salud se siente con la responsabilidad de efectuarla para mitigar el sufrimiento.

De acuerdo con la investigación realizada en Francia por Peretti y, colaboradores <sup>(11)</sup> en el 2003 realizaron una encuesta a los médicos de si estaban a favor de legalizar la eutanasia. Se obtuvo que de un total de 1552 seleccionados contestaron a favor, con un 83% los médicos oncólogos, 69% neurólogos y médicos generales con un 50%. De estos, solo una minoría era especializada en cuidados paliativos, especialmente los neurólogos. Los médicos oncólogos en particular estaban más familiarizados con el trato y cuidado de los pacientes con una enfermedad terminal.

## SUBCATEGORÍA 2.5. INFLUENCIA DE LA ÉTICA Y LOS VALORES

En esta quinta subcategoría se habla acerca de cómo la ética y los valores que rigen a cada persona influyen para delimitar su opinión con base a la eutanasia tomando en cuenta que estos vienen desde casa, inculcados por sus padres y familiares y como ellos a lo largo de su trayectoria vital los van aplicando en su quehacer como profesionales de la salud, haciendo de este un *modus vivendi*. La mayoría de ellos menciona que son estos (ética y valores) quienes los gobiernan en cuanto a que hacer o que no hacer con los pacientes que tienen a su cargo, lo que les permite decidir de una manera coherente la mejor opción que les sea favorable.

Podemos decir que la moral se refiere tanto a las acciones como a los productos humanos susceptibles de ser valorados como “buenos” o “malos. Y que la ética es una reflexión filosófica sobre nuestro comportamiento moral (sobre las costumbres, normas, responsabilidad, valores, obligación) orientada a buscar soluciones a los problemas que tiene una persona consigo misma.

Los valores son cualidades que podemos encontrar en el mundo que nos rodea. Los valores aunque son complejos y de varias clases, todos coinciden en que tienen como fin último mejorar la calidad de nuestra vida.

### ATENEA

[...] Respeto, sobre todo para mí el respeto es uno de los más importantes para que uno pueda estar bien en esta vida y un ser humano es lo que más necesita, respeto, otro que sea pues lealtad, bueno para mí el fundamental es el respeto [...]

### ARTEMISA

[...] Lo que yo considero ético en la eutanasia es aplicar el respeto a lo que el paciente requiere, respeto y darle-otorgarle el derecho de vivir dignamente y que yo como profesional de enfermería tengo la obligación de cuidar y

salvaguardar esa integridad del paciente, entonces mi ética tiene que estar primero que nada como profesionalista [...]

AFRODITA

[...] En cuanto a lo ético ahí sí está un poco más complicado, porque nosotros no nos tiene autorizado el matar a una persona, porque aunque lo veas como lo veas, sea lo que sea la eutanasia es matar a una persona porque tu estas poniendo algo que está limitando su vida de la gente, pero aunque la sociedad no me lo acepte si es para beneficio de mi paciente yo si lo haría sin ningún problema [...]

### **Análisis y discusión**

La palabra ética proviene del latín *ethicus*, y este del griego antiguo ἠθικός (*êthicos*), derivada de *êthos*, que significa 'carácter' o 'perteneciente al carácter'. El concepto de "ética" fue presentado por Sócrates, y se define como una disciplina filosófica de Aristóteles. Hoy en día esta disciplina trata de establecer criterios para las conductas o acciones "buenas" y "malas", para evaluar los motivos de estas acciones y sus consecuencias.

La Ética son el conjunto de normas que vienen del interior y la Moral las normas que vienen del exterior. Se considera una rama de la filosofía relacionada con la naturaleza del juicio moral, que medita sobre lo que es correcto o incorrecto en nuestra sociedad y en nuestra conducta diaria. Es la obligación efectiva del ser humano que lo debe llevar a su perfeccionamiento personal, el compromiso que se adquiere con uno mismo de ser siempre más persona; refiriéndose a una decisión interna y libre.

Como lo han estado mencionando los informantes expresando, la ética juega un papel muy importante a la hora de opinar sobre el tema, pues cada persona tiene

su propia concepción de la palabra propiamente abordada, esta misma rige en todo momento su actuar y su pensar en el quehacer diario y va dando la pauta para formular lo que creen que es correcto o lo que no es correcto para ellos mismos como profesionales de la salud, el personal entrevistado nos menciona que su ética y moral se ve dividida, ya que sí aplicarían la eutanasia como beneficio a los pacientes siempre y cuando sea para prevenir el sufrimiento, evitando alargar los tratamientos, también esta esa parte en la que realizas un juramento que señala que debes salvaguardar la vida del paciente en cualquier situación independientemente de su estado de salud, además aquí entra como protagonista uno de los valores que desde que vamos o más bien nos van forjando un carácter se nos ha ido enseñando, “el respeto”, este mismo, ellos mismos mencionan que es el valor que los rige en la toma de decisiones respecto a si aplican o no la eutanasia ya que desde su perspectiva este es fundamental para el paciente.

# CAPÍTULO V. CONCLUSIONES, PROPOSICIONES, BIBLIOGRAFIA Y ANEXOS

## 5.1 CONCLUSIONES

De acuerdo a lo obtenido podemos decir que una buena manera de aplicar la eutanasia representa una posibilidad que solo puede comprenderse en un momento donde se está jugando la vida y la muerte, donde no entren en controversia los dilemas que surjan del tema y de cierto modo puede considerarse como un acto de humanidad.

Entonces decimos que una persona es digna cuando no es tratada con crueldad o con humillación, incluiría también la idea obvia de no discriminación, es en este orden de ideas que se puede decir por ejemplo que el derecho a una muerte digna es el derecho de todo ser humano a morir sin crueldad y sin humillación.

A pesar de que a través de los tiempos la eutanasia ha sido criticada, juzgada e incluso despreciada es una opción muy socorrida en la que desafortunadamente, por tratarse de un acto ilegal en algunos países, no se toman las precauciones necesarias o no se busca la asistencia pertinente tal como sería un equipo interdisciplinario que apoye de una manera profesional la decisión del paciente y los familiares. La despenalización de la eutanasia podría constituir un importante criterio para lograr un mayor bienestar social, por medio de la expansión de libertad personal.

En países mayormente industrializados la eutanasia está aprobado legalmente, mientras que en países en vías de desarrollo desapruaban esta práctica. Y clara esta la diferencia pues nos encontramos que las sociedades tienen costumbres, creencias y principios muy variados, que dependen de su historia, nivel cultural, etcétera. Para algunas personas, sus principios son muy arraigados y se oponen ante cualquier situación que atente contra la vida humana.

Han surgido diversas posturas a favor y en contra. Las posturas que están a favor indican que la eutanasia proporciona una mejor salida para las personas que están sufriendo y que no encuentran una mejor alternativa; en contra parte, los fundamentos en contra mencionan que el tema va en contra de la voluntad de Dios y lo ven de una manera inconcebible, desde el punto de vista moral y ético, va contra

de los principios de muchos (personal sanitario) debido a que ellos consideran que están para curar y salvar vidas, y no para quitarlas, mientras que legalmente la mayoría lo concibe como un delito.

Otro factor que tiene peso en la decisión de la eutanasia, es el aspecto económico. En una situación en la que la posibilidad de curación de un paciente es nula o muy baja, y el esfuerzo económico puede resultar muy grande para poderle prolongar la vida, la balanza se inclina hacia la eutanasia.

Tomando en cuenta que el proceso para los familiares no termina con la muerte de un ser querido es pertinente incluir el apoyo tanatológico y psicológico en los hospitales. Esta visión en conjunto representa una alternativa que coadyuve el desarrollo de una sociedad más sana.

Sin lugar a dudas es un tema muy interesante pero a final de cuentas la decisión dependerá del paciente, y de sus familiares cuando él no se encuentre en posibilidades de decidir.

Por lo anterior queremos terminar con una frase de Bob Dent quien fue la primera persona que en Australia hizo uso de la legislación que permitía la eutanasia, "Si usted no está de acuerdo con la eutanasia voluntaria, entonces no la use, pero por favor no me niegue el derecho".

De esta manera creemos que cada persona es libre de decidir sobre su propia vida y por ende sobre su propia muerte inclusive si va en contra de lo que la sociedad tacha como inmoral o antiético tomando en cuenta todo lo que conlleva el tomar dicha decisión.

## 5.2 PROPOSICIONES

- La eutanasia debe ser un tema que debe tomarse muy en serio dado los criterios legales en que deba basarse para evitar delinquir con la misma.
- La eutanasia debe separarse del ámbito religioso para evitar caer en situaciones de esta índole que puedan generar ciertos conflictos.
- Dada la delicadeza de la eutanasia y todo lo que conlleva, se necesita conocer a fondo de que se trata y todo lo que implica.
- Se necesita difundirse en todos los niveles sanitarios y a nivel nacional.
- La eutanasia en ciertas ocasiones puede ser la mejor opción en pacientes que están sufriendo innecesariamente su padecimiento.
- La eutanasia es una elección que se debería respetar en el paciente que la desee y la pida, ya que la familia muchas veces con el fin de mantener con vida, somete al enfermo a procedimientos y tratamientos que lo que único que hacen es prolongar su agonía y sufrimiento.
- Cada hospital debería contar con personas altamente capacitadas que sometan a una revisión minuciosa la petición de las personas acerca de la eutanasia para ver en qué casos lo aceptan y en qué casos no lo harían.
- La eutanasia es más que una voluntad anticipada puesto que contiene más aspectos involucrados de diversas índoles y no solo los legales en que está basada la voluntad anticipada.
- Evitar el sufrimiento tanto del paciente como el de la familia más cercana es el tema principal por el cual se elegiría la eutanasia del enfermo terminal.
- La familia es la primera causa de preocupación del personal entrevistado, por lo cual se debería trabajar más con ellos en cuestiones de aceptación de la eutanasia.
- La aplicación de la eutanasia disminuiría radicalmente los gastos del sistema sanitario porque evitamos el ensañamiento terapéutico que lo único que hace es prolongar innecesariamente la vida del enfermo y por otra parte los gastos que implica en la familia.

### 5.3 BIBLIOGRAFÍA

1. Luz R G. Cultura, Sociedad y Muerte. Escuela nacional de antropología e historia. Disponible en: <http://foros.paralax.com.mx/discus/messages/4196/48444.html>
2. Comité para la Defensa de la Vida. La Eutanasia. Disponible en:  
<http://www.conferenciaepiscopal.es/documentos/Conferencia/comisiones/ceas/familia/eutanasia.html>
3. Drane, James F. *El Cuidado del Enfermo Terminal, Ética Clínica y Recomendaciones Prácticas para Instituciones de Salud y Servicios de Cuidados Domiciliarios*. Colección publicación científica No. 573. Washington, D. C: Editorial Organización Panamericana de la Salud; 1999.
4. INEGI. [Internet]. México. *Esperanza de vida 2016*. [Actualizado 2016-Citado 13 de octubre de 2017]. Disponible en:  
<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/esperanza.aspx?tema=P>
5. Gaceta oficial del Distrito Federal [Internet]. México. *Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal 2008*. [Actualizado 2008-Citado 13 de octubre de 2017]. Disponible en:  
<https://drive.google.com/file/d/0B0qDIFGzsYQfaHFCQWQ0cXZKRzA/view>
6. Periódico Milenio [Internet]. México. *Constitución Política de la Ciudad de México. Enero*. [Actualizado enero 2017-Citado 21 de septiembre de 2017]. Disponible en:  
[http://www.milenio.com/politica/derecho\\_a\\_eutanasia\\_cdmx-asamblea\\_constituyente-legalizacion\\_mariguana-milenio\\_0\\_878912116.html](http://www.milenio.com/politica/derecho_a_eutanasia_cdmx-asamblea_constituyente-legalizacion_mariguana-milenio_0_878912116.html)
7. Ramírez L.G. *El dilema de la muerte ¿Qué opinan las enfermeras?* Revista médica del IMSS. México.1996; 34(5):345-349.
8. Garduño E.A y cols. GM. *El niño con enfermedad terminal y eutanasia*. Acta pediátrica. México.1998; 19(5); 221-222.

9. Emmanuel, E.J. *Attitudes and desires related to euthanasia and physician assisted suicide among terminally ill patients and their Caregiver*. JAMA. USA. 2000; 284 (19): 2460-2468
10. Suarez A.M. *Attitudes of terminally, cancer patients about euthanasia and assisted suicide: Predominance of psychosocial determinants and belief over symptom distress and subsequent survival*. Journal of clinical oncology. USA. 2002; 20(8) 2134-2141.
11. Peretti,W. *Doctor's opinion on euthanasia. End of life care, and doctor patient communication: Telephone survey in France*. BMJ. London.2003; 327(13): 595-596.
12. James, J.M. *The unfeasibility of request for euthanasia in advanced directives*. Med Ethics. USA. 2004; 1(30):447-452.
13. Maza C.M, Zavala G.M, Merino E.J. *Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes*. CIENCIA Y ENFERMERIA. Chile. 2008; XV(1):30-48.
14. Gálvez G. M y colaboradores. *El final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos desde la perspectiva enfermera: un estudio fenomenológico*. SEEIUC. 2011. 22(1);13-21.
15. Pascual F.M *Análisis de los niveles de ansiedad ante la muerte de los profesionales de enfermería de cuidados críticos*. NURE Inv. España. 2011; 8(50): 1-12.
16. Orozco-González M.A y colaboradores. *Experiencias y conocimientos de los estudiantes de enfermería, ante la muerte del paciente hospitalizado*. Enfermería Universitaria. México. 2013; 10(1):8-13.
17. Vega-Vega P. y colaboradores. *Develando el significado del proceso de duelo en enfermeras que se enfrentan a la muerte de un paciente a causa del cáncer*. Chia. Colombia. 2013; 13(1):82-91.
18. García S.V y colaboradores. *Experiencia de enfermeras intensivas pediátricas en la muerte de un niño: vivencias, duelo, aspectos bioéticos*. CIENCIA Y ENFERMERIA. Chile. 2013; XIX(2): 111-124.

19. Guedes F. E y colaboradores. *Vivencia de las enfermeras ante los cuidados en el proceso de morir*. SCIELO. Brasil. 2013; 22(1): 25-29.
20. García-Solís B. y colaboradores. *Sentimientos que manifiestan las enfermeras ante la muerte de su paciente*. UAEMEX. México. 2014; ():47-59.
21. Jiménez JL. Eutanasia, distanasia y suicidio asistido. [CD-ROM]. Edición especial. 2007. La Habana. Centro de Bioética Juan Pablo II
22. Larousse. Diccionario Enciclopédico. 11a ed. México DF. Larousse; 2005. Celta. p. 221.
23. Sánchez C. la iglesia reitera su rechazo a la eutanasia. <http://erain.es/departamens/religion/SUBPAG/ACTUAL/eutanac17.html>. 18 de septiembre de 2017.
24. Ruiz G. *El morir en el antiguo testamento*, en GAFO, J. (Ed.), *La eutanasia y el derecho a morir*. 185-201 pp.
25. Ibídem
26. Gómez, S. *Medicina paliativa. La respuesta a una necesidad*. España: Aran; 1998.
27. Lara Martínez M. Aspectos religiosos de la eutanasia, 307-310pp.
28. Oficina Panamericana de la Salud. *La salud y los derechos humanos*. Publ.Cientif. USA, 1999; 1(574): 35-45.
29. Valent M. *Eutanasia. El suicidio asistido de occidente*. Disponible en: <http://www.DW Word.Del dw/articule/0.5830.1532537.00html> Citado: 09 de octubre de 2017.
30. García D. *Cuestiones de vida o muerte. Dilemas éticos en los confines de la vida, en Morir con dignidad: Dilemas éticos en el final de la vida*. Madrid: Fundación de ciencias de la salud; 1996.
31. Flores L. *Autonomía y manifestación de la voluntad en el testamento vital y documento de voluntad anticipada en México*. Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla. 2015; 9(36):158.

32. Ríos R. A. *La eutanasia en México: una visión comparada*. AMICUS CURIAE. Revista electrónica de la Facultad de Derecho. 2016; 1(7):34.
33. Ibidem.
34. Ibídem
35. Ibídem
36. Organización Mundial de la Salud. *Concepto de eutanasia*. Disponible en: <http://www.who.int/es/> Citado: 09 de octubre del 2017
37. Daniel Behar. *Cuando la vida ya no es vida ¿Eutanasia?*, Editorial Pax México; 2007
38. Gonzalo Higuera, *El derecho a morir*, Editorial Pax México; 1977
39. R. Roxin. *Tratamiento jurídico-penal de la eutanasia, Eutanasia y suicidio, Cuestiones dogmáticas y de política criminal*. Granada, Comares; 2001.
40. García Colorado G. *Bioética y Muerte: aspectos sociales y éticos*. México, Editorial Trillas; 2008.
41. Patricia R, José B, Andrés M. *Tanatología: el proceso de morir*. La ciencia y el HOMBRE. [Internet]. 2009 [Citado:14 de septiembre 2017]; 22(2). Disponible en: <https://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol22num2/articulos/tanatologia/index.html>
42. Bernhard Haring, *Moral y medicina, ética médica y sus problemas actuales*, 1977.
43. Kübler-Ross Elizabeth. *Sobre la muerte y los moribundos*. Random House Grupo Editorial S.A de C.V. Quinta reimpresión. México. 2014
44. World Health Organization [Internet]. WHO definition of palliative care. Consultada: 22 de Julio del 2018. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
45. Guisán, Esperanza. *Introducción a la ética*. Ed. Cátedra. Madrid 1995
46. Sánchez Vázquez, Adolfo (1969). *Ética*. Ed. Crítica. Barcelona. 1981

47. Valcárcel, Amelia. "Valor", en *10 palabras clave en ética*. Ed. Verbo divino. Navarra. 1994
48. Benítez, L. *Actividades y recursos para educar en valores*. Editorial PCC. 2009.
49. Ubillo S. y colaboradores. *Psicología Social, Cultura y Educación. Capítulo X Actitudes: Definición y Medición*. México: Pearson; 2006: 1-37pp.
50. Universidad de Jaén [Internet]. Consultada: 21 de junio del 2018 Disponible en: [http://www.ujaen.es/investiga/tics\\_tfg/enfo\\_cuali.html](http://www.ujaen.es/investiga/tics_tfg/enfo_cuali.html)
51. Hegel G. *La fenomenología del espíritu*. Fondo de Cultura Económica, México; 1966: 6.
52. Husserl E. *Invitación a la fenomenología*. Barcelona: Paidós; 1998: 13-23.
53. Martínez M. *El comportamiento humano*. 2ª Edición. México: Trillas; 1996: 167-169.
54. Husserl E. *Invitación a la fenomenología*. Barcelona: Paidós; 1998
55. Pérez J. (2017) ¿Cómo utilizar muestreo bola de nieve en estudios de mercados? Consultada: 23 de agosto del 2018. Disponible en: <https://plepso.blogspot.mx/2017/03/como-utilizar-muestreo-bola-guion-de-nieve-en.html>
56. Salamanca A, Martín-Crespo C. (2007). "El muestreo en la investigación cualitativa" *Nure investigación*, n°27 marzo-abril 07.
57. Hernández Sampieri R. y colaboradores. *Metodología de la investigación. Capítulo 14 recolección y análisis de datos cualitativos*. 5º edición. México: McGraw Hill; 2006: 418pp.
58. Miles, M.B. y Huberman, A.M. (1994) *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook* (2a ed). Thousand Oaks, CA.

## 5.4 ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
SECRETARÍA GENERAL ACADÉMICA  
CARRERA DE ENFERMERÍA



### ANEXO 1. Consentimiento Informado

Con base el reglamento de la Ley General de Salud (1987) en Materia de Investigación para la salud Título segundo Cáp. I Art. 14 fracción V, que se refiere al consentimiento informado de las personas implicados en una investigación.

Yo \_\_\_\_\_

En pleno uso de mis facultades y con la información completa y veraz acerca de esta actividad y sin ninguna coerción, acepto participar en la investigación titulada **“OPINIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERIA ACERCA DE LA EUTANASIA EN PACIENTES EN ESTADO TERMINAL”**

Cuyo objetivo es conocer la opinión del personal de enfermería acerca de la eutanasia en pacientes en estado terminal.

Qué consiste en la realización de una entrevista realizada por Elizabeth Rojo Morales, Raymundo Barrios Olivares y asesorados por la Dra. María de los Ángeles Godínez Rodríguez pertenecientes a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM. Tomando en consideración el Art. 16 que hace referencia a la privacidad del individuo que está sujeto a una investigación mis datos y mi identidad serán utilizados de manera anónima.

Así mismo tengo la facultad de decidir continuar en el proyecto o retirarme en el momento que así lo disponga.

ATENTAMENTE

México DF. a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2018.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del informante



## ANEXO 2. Guía de preguntas semi-estructuradas

1. ¿Me podría comentar que sabe usted de la eutanasia?
2. ¿Con base en lo que me ha comentado cuál es su opinión sobre el uso de la eutanasia en pacientes en etapa terminal?
3. En caso de estar o no de acuerdo; que aspectos, éticos, legales religiosos y morales influyen en usted para para emitir esa opinión.

### ANEXO 3. Juramento Hipocrático

*Juro por Apolo el Médico y Esculapio y por Hygeia y Panacea y por todos los dioses y diosas, poniéndolos de jueces, que este mi juramento será cumplido hasta donde tenga poder y discernimiento. A aquel quien me enseñó este arte, le estimaré lo mismo que a mis padres; él participará de mi mandamiento y si lo desea participará de mis bienes. Consideraré su descendencia como mis hermanos, enseñándoles este arte sin cobrarles nada, si ellos desean aprenderlo. Instruiré por precepto, por discurso y en todas las otras formas, a mis hijos, a los hijos del que me enseñó a mí y a los discípulos unidos por juramento y estipulación, de acuerdo con la ley médica, y no a otras personas.*

*Llevaré adelante ese régimen, el cual de acuerdo con mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos y les apartará del perjuicio y el terror. A nadie daré una droga mortal aun cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin. De la misma manera, no daré a ninguna mujer supositorios destructores; mantendré mi vida y mi arte alejado de la culpa.*

*No operaré a nadie por cálculos, dejando el camino a los que trabajan en esa práctica. A cualesquier casa que entre, iré por el beneficio de los enfermos, absteniéndome de todo error voluntario y corrupción, y de lascivia con las mujeres u hombres libres o esclavos.*

*Guardaré silencio sobre todo aquello que en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no deba ser público, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas.*

*Ahora, si cumplo este juramento y no lo quebranto, que los frutos de la vida y el arte sean míos, que sea siempre honrado por todos los hombres y que lo contrario me ocurra si lo quebranto y soy perjuro.*