



*Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.  
José María Pino Suárez 400-2 esq a Lerdo de Tejada, Toluca, Estado de México. 7223898475*

RFC: ATI120618V12

**Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.**

<http://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/>

**Año: VI      Número: 2      Artículo no.:70      Período: 1ro de enero al 30 de abril del 2019.**

**TÍTULO:** Actitudes en base al nivel de conocimiento hacia la eutanasia en estudiantes de licenciatura de la Facultad de Enfermería no. 2, Universidad Autónoma de Guerrero, México.

**AUTORAS:**

1. Dra. Alicia Morales Iturio.
2. Máster. Maximina Gil Nava.
3. Máster. Blanca Estela Sánchez Jaimes.
4. Máster. Patricia Ramírez Martínez.
5. Máster. Leticia Abarca Gutiérrez.
6. Lic. Sarai Núñez Alonso.

**RESUMEN:** La eutanasia es un tema difícil abordar, debido al gran impacto que genera que la vida llegue a su fin; ésta una práctica poco conocida dentro de la población mexicana, ya que se comprometen los valores de cada persona, la desinformación, las creencias religiosas, y los miedos que desata. Esta acción no versa en acciones maliciosas; por el contrario, busca permitir una “muerte digna” a aquellos que desean dejar de sentir el dolor. La necesidad de seleccionar este tema radica en que en México su difusión no ha sido lo suficiente y al ser dirigido a estudiantes de Licenciatura en Enfermería se espera con esto se capaciten en cuanto a esta temática.

**PALABRAS CLAVES:** Eutanasia, estudiantes de enfermería, muerte, valores, práctica clínica.

**TITLE:** Attitudes based on the level of knowledge towards euthanasia in undergraduate students of the Faculty of Nursing no. 2, Autonomous University of Guerrero, Mexico.

**AUTHORS:**

1. Dr. Alicia Morales Iturio.
2. Master. Maximina Gil Nava.
3. Master. Blanca Estela Sánchez Jaimes.
4. Master. Patricia Ramírez Martínez.
5. Master. Leticia Abarca Gutiérrez.
6. Lic. Sarai Núñez Alonso.

**ABSTRACT:** Euthanasia is a difficult issue to address, due to the great impact that generates life is bringing to its end. This is a little known practice in the Mexican population, since it commits the values of each person, disinformation, religious beliefs, and fears that unleash. This action does not concern malicious actions; on the contrary, it seeks to allow a "dignified death" to those who wish to stop feeling pain. The need to select this topic lies in the fact that in Mexico its dissemination has not been sufficient and since it is aimed at students with a Bachelor of Nursing, it is expected that they will be trained in this subject.

**KEY WORDS:** Euthanasia, nursing students, death, values, clinical practice.

**INTRODUCCIÓN.**

La vida es aquel periodo durante el cual podemos disfrutar de aspectos materiales, morales y espirituales, y en el que ponemos todo nuestro empeño para tener una vida mejor, pero ¿qué sucede cuando, por diversas razones, ya no nos es posible disfrutar de esa vida? (Baum, 2017).

La forma de clasificar y comunicar la muerte ha sufrido modificaciones en el transcurso del tiempo, sobre todo en el personal de enfermería, el cual trabaja de la mano con el médico (Creagh, 2012).

Históricamente, en los siglos V y VI, la muerte permeaba lo cotidiano, siendo percibida de manera prosaica, sin dramatismo o temor. En la época medieval era un fenómeno doméstico y romántico, que se restringía al círculo de familiares, amigos y vecinos, además de la presencia del sacerdote. En ese contexto, el médico no estaba acostumbrado a ser llamado ni siquiera para confirmar la muerte, visto que ese acto era considerado una falta de civismo (Behar, Eutanasia y Muerte Digna, conceptos que impactan en la sociedad, 2015).

Fue en ese período cuando la literatura médica dio inicio a la investigación sobre el tema, la cual pasó a tener referencias biológicas, a pesar de que la resignación y la noción de fatalidad innegable de la muerte hiciesen que la sensación de miedo ligada a ella estuviese prácticamente ausente. Esa perspectiva, que perduró hasta el siglo XVIII, daría lugar, en el siglo siguiente, a una percepción de la muerte como un suceso que despierta temor. Al inicio del siglo XX, la evolución de la sanidad promovió la reducción de la tasa de mortalidad y la ampliación de la esperanza de vida. En ese contexto, la muerte vivida en casa y en presencia de la familia fue paulatinamente dejando de ser aceptable. Fue entonces cuando la enfermería, con sus medidas de prevención y control social de la enfermedad, ejerció un papel crucial en ese fenómeno al apartar la muerte del ámbito doméstico y así ocultarlo con la finalidad de proteger la rutina hospitalaria de la crisis que representaba la inminencia del fallecimiento (Cómite de Ética e Investigación, 2013).

En este inicio de siglo se observa una creciente tendencia de simplificación de los rituales relacionados con la muerte, como funerales más discretos y rápidos, un notorio aumento del número de cremaciones y un periodo menor de superación del luto (Baum, 2017).

En la asistencia hospitalaria, la perspectiva contemporánea de la muerte exigió conocimientos más técnicos sobre el fenómeno, especialmente para los profesionales de la salud, que pasaron a convivir

con la idea de la “buena muerte” o muerte digna. Ese planteamiento gana cada día más espacio en el ámbito de la salud, estimulando a los hospitales a adquirir medios que posibiliten más comodidad y cuidados a sus pacientes terminales. Es en ese escenario en el que se fundamenta el presente estudio para conocer la percepción de estudiantes de enfermería acerca de la muerte digna (Perreiras, 2016). Cabe mencionar, que la muerte asistida está permitida en cuatro países de Europa Occidental: Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo y Suiza; en dos países de América del Norte: Canadá y en los Estados Unidos en los estados de Oregon, Washington, Montana y Vermont; y en América del Sur, en Colombia. México en el año 2017 llevó a cabo el debate para poder legalizar la eutanasia, la cual tuvo 56 votos a favor y 27 en contra. Aún si no existe la ley secundaria por la cual el artículo 11 opere, la “muerte digna” se abre paso en territorio mexicano, a pesar de la mala información y aceptación de algunos ciudadanos. Las leyes y los criterios adoptados para la realización de esta práctica difieren en cada país (Álvares del Rio, 2005).

El tema es complejo y escabroso y da origen a toda una gama de posturas. No es fácil aceptar la muerte. Morir no es únicamente un evento de interés médico o científico, sino que es esencialmente un acontecimiento de dimensión personal, cultural y religiosa. En este sentido, el personal de enfermería necesita aprender a lidiar con la situación, comenzado por pensar al respecto (Creagh, 2012). De hecho, uno de los casos que más afligen al profesional de salud teniendo en cuenta su falta de preparación para trabajar la cuestión es cuando su paciente le revela el deseo de morir. La sensación de angustia puede acentuarse en el caso en que al personal de enfermería el paciente le externa la solicitud de apresurar su muerte con el fin de aliviar su sufrimiento, especialmente en México en donde todavía, con el artículo 11 abriéndose paso, esta conducta todavía es considerada criminal y contraria a la ética profesional. En esas ocasiones, la enfermería actúa de varias maneras, entre ellas considera que el paciente está deprimido y no hace nada relevante a tal petición (Zepeda, Gámez, Santos, & Hernández, 2007).

La realización de intervenciones terapéuticas autorizadas únicamente por familiares, sin conocimiento del paciente, implica la pérdida de su dignidad, dado que el enfermo, impedido para hacer sus propias elecciones, deja de ejercer su autonomía (Humphry D. , Final Exit. The Practicalities of Self-Deliverance and Assisted Suicide for the Dying, 2010).

Aún si la medicina ha evolucionado y con ello ha conseguido prolongar artificialmente la vida humana, es necesario contar con criterios y normas suficientemente claras y consensuadas para orientar al personal de salud para lidiar con esa situación. Es fundamental saber distinguir entre la distanasia y la suspensión de medios denominados extraordinarios, fútiles y desproporcionados de tratamiento. En pleno siglo XXI, tales situaciones en México trae dilemas éticos cuando en parte de las sociedades occidentales, el uso de esos recursos desproporcionados es considerado un acto médico inadecuado (Selecciones de Teología, 2014).

Si el personal de salud está capacitado sobre el tema, podría tomar acciones más adecuadas hacia los pacientes que están a su cuidado; aún si en México ésta no es aceptada completamente, la asistencia de enfermería también es importante para la evolución del paciente en una fase terminal de su enfermedad; si los estudiantes de enfermería son orientados desde el momento de su formación, estos al ser promotores de salud, podrían hablar de forma abierta y adecuada del tema creando conciencia en la población (Diario El Colono, 2017).

Por este motivo, se considera importante poder obtener datos objetivos acerca de si los conocimientos de los estudiantes de enfermería influyen en la actitud que tienen hacia la eutanasia, si este conocimientos fue adquirido en su casa de estudio, o si forma parte de su crecimiento social, es de suma importancia llevar a cabo esta investigación puesto que los estudiantes de enfermería en un futuro tendrán pacientes bajo su responsabilidad y cuidado (Soto, 2006).

Con esta información, se podrá opinar, actuar y llevar a cabo futuras investigaciones comparativas acerca del mismo tema en México donde la información acerca de este tema aún sigue siendo Tabú

y sólo se obtiene a través de opiniones (Zea, 2012). Con todo lo anterior nacen la siguiente pregunta de investigación ¿Existe asociación entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia la eutanasia en estudiantes de la Facultad de Enfermería No 2?

## **DESARROLLO.**

### **Eutanasia: antecedentes y generalidades.**

En la antigüedad griega y romana, la eutanasia era considerada más bien un deber del médico consistente en proporcionarle al enfermo una ‘buena muerte’ por medio de los cuidados adecuados. En ese mundo greco-romano era común la práctica de eliminar niños malformados, y el suicidio y el aborto eran aceptados en la mayoría de las ciudades griegas. También en algunas épocas y culturas, los ancianos eran abandonados a su propia suerte.

En el siglo V a.c., la Escuela Hipocrática adoptó una posición radicalmente diferente a la que prevalecía en su época, condenando explícitamente el aborto y la eutanasia. Es así como, el Juramento Hipocrático señala: *“No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco mortal, ni haré semejante sugerencia. Igualmente, no proporcionaré a mujer alguna un pesario abortivo. En pureza y santidad mantendré mi vida y mi arte”* (Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago, 2011).

En los siglos posteriores a Hipócrates, esta normativa médico-deontológica fue asimilada en diversas culturas. Así, la implícita o explícita prohibición al médico de practicar la eutanasia aparece también en diversos códigos contemporáneos de Ética Médica. Un estudio contemporáneo sobre Códigos de Ética y Deontología Médica de 39 países mostró que las discusiones actuales, contrariamente a lo ocurrido en la opinión pública, han conducido entre los médicos, a una cada vez más clara prohibición de recurrir a la eutanasia y el suicidio asistido. Así, la Asociación Médica Mundial en 1987 establece que la eutanasia es contraria a la ética; en la Asamblea Mundial de 1992 expresa su oposición al suicidio médicamente asistido, y en su resolución del año 2002, reafirma “su firme convicción de que

la eutanasia entra en conflicto con los principios básicos de la ética médica” (Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago, 2011).

Actualmente, y pese a la opinión contraria de instituciones médicas internacionales reconocidas, la eutanasia ha sido legalizada en algunos países. Actualmente, está permitida en cuatro países de Europa occidental: Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo y Suiza; dos países de América del Norte: Canadá y Estados Unidos, en el estado de Oregon, Washington, Montana, Vermont y California; y Colombia y México, únicos representantes de América Latina (Perreiras, 2016).

La palabra *eutanasia* se conforma por la unión de dos vocablos griegos *Eu-Thanatos* que significan “buena muerte”, una muerte tranquila, suave e indolora (Espasa, 1985). Hace referencia a las acciones realizadas por otras personas, a petición expresa y reiterada de un paciente que padece un sufrimiento físico o psíquico como consecuencia de una enfermedad incurable y que él vive como inaceptable, indigna y como un mal, para causarle la muerte de manera rápida, eficaz e indolora. Estas acciones se hacen pues en atención a la persona y de acuerdo con su voluntad –requisito imprescindible para distinguir eutanasia de homicidio– con el fin de poner fin o evitar un padecimiento insoportable. En la eutanasia existe un vínculo causal directo e inmediato entre la acción realizada y la muerte del paciente (Behar, 2007).

A lo largo de la historia, la palabra *eutanasia* ha tenido distintas acepciones: los cambios culturales, sociales, económicos, bélicos y otros tantos, han influido en la variación conceptual que la palabra ha tenido, ajustándose a las diversas realidades que la humanidad ha atravesado. Se relatava con anterioridad que los motivos para dar muerte a alguien no fueron siempre producto de una perspectiva humanitaria o piadosa y sin duda alguna, las concepciones que se tienen al respecto seguirán cambiando, como todo aspecto en la sociedad; sin embargo, un significado que generalmente se mantiene constante es el de entender a la eutanasia como una muerte suave y tranquila, una partida de esta vida sin sufrimiento o agonía innecesarios (Fritz, 2015).

La Dra. Álvarez del Río, nos proporciona su propia definición: “La eutanasia es el acto o procedimiento, por parte de un médico, para producir la muerte de un paciente, sin dolor y a petición de éste” (Kraus & Asunción, 1998).

### **Diferentes enfoques del análisis de la eutanasia.**

#### *- Sociocultural.*

Definida como "ocultación de la muerte"; es decir, que las sociedades organizadas bajo el criterio de la búsqueda del bienestar material consideran a la muerte como algo sin sentido; por lo tanto, proponen, en ocasiones, su anticipación indolora. Es aplicada, pues la llamada "cultura del bienestar", implica que frecuentemente el ser humano es incapaz de captar el sentido de la vida en las situaciones de sufrimiento y limitación, que se dan cuando se acerca la muerte (Baum, 2017).

#### *- Médica y asistencial.*

Expresada en la tendencia a limitar el cuidado de los enfermos graves, los cuales son enviados a centros de salud que generalmente no son capaces de brindar una asistencia personalizada y humana. Como consecuencia de ello, el enfermo se encuentra aislado, sin contacto con su familia (Baum, 2017).

#### *- Familiar.*

Dado que todos los ordenamientos jurídicos reconocen en una u otra medida el derecho de los familiares más cercanos a decidir por el enfermo o incapaz no posibilitado de expresar por sí mismo su voluntad, la posibilidad teórica de que los familiares decidan que procede la eutanasia introduce en las relaciones familiares un sentimiento de inseguridad, confrontación y miedo, totalmente ajeno a lo que la idea de familia sugiere: solidaridad, amor, generosidad. Esto es así, sobre todo, si se tiene en cuenta la facilidad con que se pueden introducir motivos egoístas al decidir unos por otros en materia de eutanasia: herencias, supresión de cargas e incomodidades, ahorro de gastos entre otros.



Desde otra perspectiva, en una familia donde se decide aplicar la eutanasia a uno de sus miembros, la tensión psicológica y afectiva que se genera al haber propiciado un homicidio puede ser, y es de hecho, fuente de problemas e inestabilidades emocionales, dadas las inevitables connotaciones éticas de tal conducta (Rodríguez, 2010).

- *Del propio paciente.*

El principal efecto es el miedo. Miedo a que los que le rodean puedan diagnosticar que es acreedor a la eutanasia; miedo a los profesionales de la sanidad; miedo a los familiares; miedo a las instituciones asistenciales. En efecto, una sociedad en la que la eutanasia es delito transmite el mensaje de que toda vida tiene valor, que el enfermo terminal puede tener la tranquilidad de que los médicos y sus familiares se empeñarán en apoyar su vida y su muerte digna y en las mejores condiciones. Por el contrario, una sociedad en que la eutanasia no se persigue ni se castiga por los poderes públicos, está diciendo a sus miembros que no importa gran cosa que sean eliminados si ya no se les ve futuro o utilidad. En una sociedad con la eutanasia legalizada, el anciano o el enfermo grave tendrían un muy justificado miedo a que el profesional de la sanidad o cualquier persona de la que dependieran por una u otra razón, no fueran una ayuda para su vida, sino unos ejecutores de su muerte (Royes, 2017).

### **Clasificación de la Eutanasia.**

En los últimos años se han manejado distintas formas de clasificar la eutanasia, se pone a conocimiento las siguientes:

*Eutanasia activa y pasiva.*

- *Eutanasia activa.* Esta clasificación se deriva de acuerdo a la intervención del sujeto que aplica la eutanasia: Eutanasia activa es la finalización deliberada de la vida por medio de una acción encaminada a procurar la muerte (como sería la administración de una droga). El acto deliberado

de provocar la muerte sin sufrimiento del paciente por fines misericordiosos; hay una actuación que acelera el fallecimiento del sujeto (Humphry & Wicket, 2005).

- *Eutanasia pasiva*: es la que provoca la muerte como efecto de la omisión o suspensión de acciones médicas que permitirían preservar la vida. De acuerdo con algunos autores, la eutanasia pasiva se refiere a “la omisión planificada de los cuidados que probablemente prolongarían la vida”. Según Pérez Varela, la eutanasia pasiva se subdivide a su vez: existe la abstención terapéutica y la suspensión terapéutica. La abstención consiste en no iniciar ningún tratamiento o intervención médica hacia el paciente; en cuanto a la suspensión, se interrumpe o suprime el tratamiento que estaba siendo suministrado al paciente “ya que se considera que más que prolongar el vivir, prolonga el morir” (Creagh, 2012).

#### *Eutanasia voluntaria y no voluntaria.*

La eutanasia voluntaria. “Es la terminación de la vida de un paciente en respuesta a petición de éste expresada libremente” (Zea, 2012).

Por otra parte, Daniel Behar da una concepción similar aduciendo que es la realizada a petición del paciente; además explica, que según la moral judeo cristiana, ésta se asemeja al suicidio si bien los factores psicológicos pueden ser atenuantes e incluso excluyentes de dicho pecado (Behar, Eutanasia y Muerte Digna, conceptos que impactan en la sociedad, 2015).

La eutanasia no voluntaria ocurre cuando se pone fin a la vida de un paciente, debido a que por incapacidad física o mental, el afectado no puede manifestar su deseo de recibir un tratamiento eutanásico. Para algunos autores, la eutanasia no voluntaria es considerada una extensión de la voluntaria. En Holanda; por ejemplo, no existe casi distinción entre ellas, a lo que se denomina “eutanasia no voluntaria” se le conoce como “terminación de la vida sin solicitud expresa” (Fritz, 2015).

*Suicidio medicamente asistido.*

El suicidio médicamente asistido (SMA) proporciona una opción al final de la vida distinta en cuanto a su procedimiento para terminar con la vida del paciente; no obstante, el Colegio de Bioética y el Foro Consultivo, Científico y Tecnológico en su publicación *Eutanasia: hacia una muerte digna*, nos especifica que el SMA “se trata de una variedad de la eutanasia”. Su fin último es el mismo y en ambos actos existe la petición reiterada, voluntaria y libre del paciente a su médico para que se realice (Colegio de Bioética y el Foro Consultivo, Científico y Tecnológico, 2008).

En el SMA, el doctor o especialista de la salud actúa únicamente como facilitador de los medios y la sustancia letal que el paciente aplicará a sí mismo, para terminar con su padecimiento. El SMA se fundamenta en dos principios éticos, de acuerdo con la Dra. Asunción Álvarez del Río (Álvares del Río, 2005):

- “El reconocimiento a la autonomía del paciente que decide morir, y
- La solidaridad del médico que busca el beneficio de su paciente”.

Esta opción eutanásica se encuentra permitida en cinco entidades de los Estados Unidos de Norteamérica: Oregón, Washington, Montana, Vermont y recientemente, en junio del 2016 en California. De igual forma, es legalmente viable en Suiza, Canadá (legalizado a fines del 2016), Luxemburgo, Japón, Alemania y Bélgica. Pese a tener menor aceptación que la eutanasia, en plena consciencia, es cada vez mayor la cantidad de gente que quisiera tener el control sobre la forma en la que va a morir (Por el Derecho a Morir con Dignidad A.C., 2015).

Ante la negativa de las autoridades para legislar, la sociedad civil ha buscado nuevas formas de acceder a una muerte digna, que sea acorde a sus necesidades y a sus deseos. Un claro ejemplo de ello fue la publicación del libro *Final Exit* en el año 1991, escrito por el periodista y activista por el derecho a morir con dignidad, Derek Humphry (Humphry D. , *Final Exit. The Practicalities of Self-Deliverance and Assisted Suicide for the Dying*, 2010), quien ayudó a morir a su esposa Jean, que

padecía cáncer, administrándole pastillas para que ella misma las tomara, tal como lo relata en *Jean murió a su manera* (Humphry D. , 2007).

### **Distanasia y Ortotanasia.**

La distanasia es sinónimo de tratamiento fútil o inútil, sin beneficios para la persona en su fase terminal. Es el proceso por el cual se prolonga solamente el proceso de morir y no la vida propiamente dicha, teniendo como consecuencia una muerte prolongada, lenta, y con frecuencia, acompañada de sufrimiento, dolor y agonía. Cuando se invierte en curar, delante de un caso incurable, se trata de una agresión a la dignidad de esa persona. Las medidas avanzadas y sus límites deben ser ponderados a fin de beneficiar al paciente y no a la ciencia considerada como un fin en sí misma (Cómite de Ética e Investigación, 2013).

Ortotanasia es el arte de morir bien, humanamente y correctamente, sin ser victimado por la mistanasia, por un lado, o por la distanasia, por el otro, y sin abreviar la vida, o sea, recurrir a la eutanasia. Tiene como un gran desafío el rescate de la dignidad del ser humano en su proceso final, donde hay un compromiso con la promoción del bienestar de la persona en su fase terminal (Rebolledo, 2010). Corroborando la promoción del bienestar de la persona en proceso de morir, las bases de sustentación de las acciones profesionales están basadas en cuatro principios bioéticos del modelo principalista: la autonomía, la justicia, la beneficencia y la no maleficencia, que deben ser la guía para las prácticas, reflexiones y actitudes profesionales (Gutiérrez Samperio, 2009).

La promoción a la salud y la bioética se unen por la defensa de la vida y tienen como objetivo común la mejoría de la calidad de vida y el respeto a la dignidad humana. El morir con dignidad es consecuencia del vivir dignamente y no apenas el sobrevivir sufriendo. La vida debe ser vivida con dignidad y el proceso de morir, el cual hace parte de la vida humana, también debe ocurrir de modo

digno, así se hace necesaria la exigencia de los derechos a una muerte digna, incluyendo la reflexión al respecto del arsenal terapéutico excesivo (Cómite de Ética e Investigación, 2013).

La participación del enfermero en esos procesos es esencial, identificando situaciones en que no están siendo respetados los principios bioéticos y los derechos del paciente y haciendo las intervenciones necesarias, ofreciendo garantía de humanización y seguridad. Es indiscutible la importancia del enfermero tener el debido conocimiento de los conceptos de *distanasia*, *eutanasia* y *ortotanasia* para alcanzar ese objetivo.

### **Eutanasia: desde perspectiva religiosa.**

Muchas confesiones religiosas, como la cristiana y la judía, creen que Dios da la vida, y por lo tanto, sólo a *Él* le corresponde la potestad de quitarla. En este contexto, la eutanasia sería considerada como rechazo a la soberanía de Dios. Desde otro punto de vista, se califica de injusta la utilización de un argumento religioso para decidir política y públicamente sobre un tema tan trascendental y complejo como éste (Diario El Colono, 2017).

Las funciones de la Iglesia y del Estado son usurpadas por el suicida. Tal es así que el suicidio - contrario al quinto mandamiento cristiano, “no matarás”, fue bien definido hacia el siglo IV por San Agustín, como “detestable u abominable perversidad”. ¿Por qué dice esto? Porque Dios es el que concede la vida y también los sufrimientos, entonces como cristianos la obligación es soportarlos, y es la Iglesia, quien con su poder regla las costumbres y las prácticas de la sociedad. Entonces, estas nociones son en la Edad Media la muestra de toda su dominación (Creagh, 2012).

Este dominio de la Iglesia se fue debilitando como producto de un renovado interés por el individualismo, hecho que se dio en el Renacimiento cambiando la concepción del suicidio, tema en cuestión hasta el momento. Esto favoreció a flexibilizar y complejizar todas aquellas decisiones morales referidas a la vida y la muerte. Desde aquí se comenzó a hablar de una eutanasia voluntaria,

como lo hizo Tomás Moro en su obra titulada Utopía en el año 1516, donde el autor describía este hecho con autorización oficial inserto en una sociedad ideal. Por otra parte, Montaigne también escribió sobre el tema plasmado en cinco ensayos y concluyendo en que la eutanasia es una elección personal y racional bajo algunas circunstancias, ya que él consideraba que el suicidio era un acto justificado, mientras que en la escala de la naturaleza, el hombre tenga dignidad y habilidad para valorarse a sí mismo (Periodistas Digitales, 2016).

Actualmente, “el debate es entre dos concepciones de la autonomía individual: los que quieren legalizar la eutanasia afirman que este derecho *a la muerte* es ilimitado y es exigible por el individuo frente a la sociedad y los médicos. En cambio, los contrarios a la eutanasia sostienen que la preocupación por el bien común exige poner límites a una reivindicación individual, que si se reconociera por ley, daría paso a un derecho a la muerte incompatible con las fuentes morales de la democracia. Estos, conscientes de la función simbólica que tienen las leyes, “se niegan a convertir la justicia en un calco de meros deseos individuales y no separan el derecho de una reflexión filosófica sobre la condición humana. La política, lejos de reducirse al arte de conquistar y conservar el poder, supone que las decisiones se articulen según valores comunes” (Selecciones de Teología, 2014).

La institución, que actualmente rechaza y combate a la eutanasia, es la Iglesia católica, la cual ha realizado una serie de declaraciones al respecto a través de la Comisión Permanente Episcopal: “Respetamos sinceramente la conciencia de las personas, santuario en el que cada uno se encuentra con la voz suave y gente del amor de Dios. No juzgamos el interior de nadie. Comprendemos también que determinados condicionamientos psicológicos, culturales y sociales pueden llevar a realizar acciones que contradicen radicalmente la inclinación innata de cada uno a la vida, atenuando o anulando la responsabilidad subjetiva. Pero no se puede negar la existencia de una batalla jurídica y publicitaria, con el fin de obtener el reconocimiento del llamado ‘derecho a la muerte digna’, es esta postura pública la que tenemos que enjuiciar y denunciar como equivocada en sí misma y peligrosa

para la convivencia social. Una cosa son la conciencia y las decisiones personales y otra lo que se propone como criterio ético legal para regular las relaciones entre los ciudadanos” (Monclús, 2011).

La Iglesia católica considera que el aprecio por toda vida humana fue un progreso introducido por el cristianismo, lo que supone que se vive en la actualidad es un retroceso. Un retroceso que hay que colocar en lo que el Papa denomina “cultura de la muerte” (Creagh, 2012).

De esta manera, la Iglesia considera a la eutanasia como aquella actuación cuyo objeto es causar la muerte a un ser humano para evitarle sufrimientos, bien a petición de éste, bien por considerar que su vida carece de calidad mínima para que merezca el calificativo de digna. Esta práctica convertiría a la eutanasia en una forma de homicidio, pues implica que un hombre da muerte a otro, ya mediante un acto positivo, ya mediante la omisión de la atención y cuidados debidos. De la eutanasia, así entendida, el Papa Juan Pablo II señala: ‘De acuerdo con el Magisterio de mis Predecesores y en comunión con los Obispos de la Iglesia católica, confirmo que la eutanasia es una grave violación de la Ley de Dios en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana’ (Redes Cristiana, 2012).

Actualmente, la eutanasia se transformó en una problemática que conjuga un dilema jurídico y moral. Un dato certero es el que demuestra el aumento, en los últimos años, del número de asociaciones pro-eutanasia, desplegando una intensa actividad divulgativa y reivindicativa a favor del derecho individual de las personas para elegir sobre su propia vida. Al mismo tiempo, estas asociaciones se ven combatidas por la “cruzada a favor de la vida” encabezada por las organizaciones religiosas (Diario El Colono, 2017).

### **Aspectos éticos de la Eutanasia.**

Nada ni nadie puede autorizar el dar muerte a un ser humano inocente sea feto o embrión, niño o adulto, anciano, enfermo incurable o agonizante. Nadie, además, puede solicitar ese gesto homicida

para sí mismo o para otro del que sea responsable, ni puede consentir en él explícita o implícitamente. Se trata, en efecto, de una ofensa a la dignidad de la persona humana, de un crimen contra la vida, de un atentado contra la humanidad (Soto, 2006).

El fundamento de la ética es el respeto de la verdad del hombre, el respeto de la persona tal como ella es. Otro fundamento verdadero no se le puede dar a la ética (el fundamento último del valor moral no es la vida, sino la dignidad del ser humano como se ve en el martirio). La ética guía al hombre desde el "ser" hasta el "deber ser". Los otros criterios están constituidos por la utilidad de alguien en detrimento de algún otro; por el poder de unos sobre otros, por la eficacia de este poder cada vez más amplio para algunos, cada vez más opresor para otros. La verdad del hombre es que él no se da la vida a sí mismo, ni se la da el estado, la recibe como un don. Los principios bioéticos podemos encontrarlos ya en el juramento hipocrático, aunque más concretamente los encontramos en *la Carta de los Derechos de los Enfermos*, en la cual aparece ya *el derecho a una muerte digna*. A través de estos principios se puede analizar la eutanasia, concretamente a través de los principios de no maleficencia, beneficencia y autonomía. Si partimos del principio de no maleficencia, la eutanasia no sería posible pues este principio implica que el médico no puede usar sus conocimientos para producir daño al enfermo, y por lo tanto, no podría producirle un daño irreversible como es la muerte (Creagh, 2012).

En cuanto al principio de beneficencia, este implica que el médico debe buscar en todo momento la cura del enfermo, poniendo a su disposición todos sus conocimientos; por tanto, el médico no podría causarle la muerte en tanto que no supone mejoría ni cura para el paciente. El problema surge con los pacientes incurables o terminales, a los que este principio no parece afectar ya que su enfermedad no tiene cura y su destino es la muerte. La cuestión es si esa muerte, que ocurriría a corto o a largo plazo, se podría adelantar para evitar el sufrimiento innecesario del enfermo. Uno de los principios más importantes en el tema de la eutanasia es el principio de autonomía del enfermo, que ensalza la



capacidad de decisión del paciente. Según este principio las opiniones y decisiones del enfermo deben ser respetadas en todo momento, ya que son expresión de la autonomía inherente a todo ser humano (medio). El enfermo tendría la capacidad de decidir si desea que le mantengan con vida o no, siempre que no se trate de una persona con la capacidad de conocimiento disminuida, pero para esto es de vital importancia que el paciente sea informado debidamente por el médico de su situación (Prieto, 2008).

La Bioética tiene también unos principios jurídicos que la sustentan, como son el principio de la santidad y calidad de la vida, que defienden que la vida es digna de protección y respeto con independencia de las circunstancias en que se viva. Estos principios suponen una gran barrera a la eutanasia, que sería considerada como la violación más grave a los mismos. Por el contrario, el principio de calidad de la vida puede oponerse a favor de la eutanasia, pues prescribe el derecho de todo ser humano a un cierto nivel de vida. De esta forma, y apoyándose también en el principio de autonomía de la voluntad, podría defenderse que una persona en unas circunstancias en las que su calidad de vida se haya deteriorado mucho y en la que no existieran posibilidades de mejora, pudiera exigir que se pusiera fin a su vida.

El principio de autonomía habría que ponerlo en relación con estos principios jurídicos, y de esta forma se puede entender que cada persona tiene derecho a dirigir su destino personal y moral; lo que ocurre es que el Estado puede intervenir limitando esa autonomía. Entonces la bioética está estrechamente ligada a la profesión médica; desde sus principios, es parte indisoluble del actuar de los dedicados a este fin, tiene sus raíces en el juramento hipocrático que devino con ulterioridad en otros juramentos, reglamentaciones y principios que establecen normas de conducta (Gutiérrez Samperio, 2009).

Los principios básicos de la bioética son los siguientes (Gútiérrez Samperio, 2009):

1. No maleficencia, no hacer un mal.
2. La justicia, todos los seres humanos tenemos la misma dignidad, no hay discriminación justificable a la hora de prestar una atención sanitaria.
3. La beneficencia, los conocimientos del profesional son para hacer el bien al paciente.
4. Autonomía, el derecho del paciente a decidir muy ligado al proceso del consentimiento informado.

Desde el punto de vista de la no maleficencia, es fácil darse cuenta que quedaría vulnerado en el proceso de la eutanasia. Quedarían incluidos tanto aquellos profesionales que dejan de hacer algo que hay que hacer en el caso de un enfermo con situación clínica determinada (ejemplo, no intervenir a una paciente con SIDA tras un accidente de tráfico que puede costarle la vida por el hecho de la enfermedad), como también aquellos profesionales que alargan la situación de un enfermo terminal con medidas extraordinarias proporcionadas o no, esperanza de curación, que causará sufrimiento añadido a ese paciente (Nombela, y otros, 2008).

Desde el segundo punto de vista, la justicia quedaría vulnerada si se tomara en cuenta un diagnóstico para cambiar una decisión, como por ejemplo en un caso de paciente con SIDA, o con antecedentes penales (Humphry & Wicket, El derecho a morir: comprendiendo la eutanasia, 2005).

Bajo el tercer punto, la beneficencia, clásico en la Medicina Tradicional, base del Juramento Hipocrático y los Códigos Deontológicos, se ampara la puesta de todos los conocimientos disponibles para el bien del enfermo, que va desde aplicar tratamientos necesarios para ayudar a vivir y hasta dónde aplicarlos para ayudar a morir con dignidad (Baum, 2017).

En cuanto al cuarto principio, la autonomía es el principio que se ha plasmado en las cartas de los Derechos de los Enfermos muy asociado al proceso de consentimiento informado (cuanto se haga al enfermo debe de ser después de que haya dado su permiso libremente, tras haber recibido la necesaria

y comprensible información) (Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago, 2011).

Finalmente, la posición adoptada por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (AMM), Washington 20/3/2002, es la siguiente (Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago, 2011):

1. La Declaración de la AMM sobre la Eutanasia, adoptada por la Asamblea Médica Mundial, Madrid, España, estipula lo siguiente: La eutanasia, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética. Ello no impide al médico respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad".
2. La Declaración de la AMM sobre el Suicidio con Ayuda Médica, adoptada por la Asamblea Médica Mundial, España, septiembre 2002, estipula además lo siguiente: "El suicidio con ayuda médica, como la eutanasia, es contrario a la ética y debe ser condenado por la profesión médica. Cuando el médico ayuda intencional y deliberadamente a la persona a poner fin a su vida, entonces el médico actúa contra la ética. Sin embargo, el derecho de rechazar tratamiento médico es un derecho básico del paciente y el médico actúa éticamente, incluso si al respetar ese deseo el paciente muere".
3. La Asociación Médica Mundial ha notado que la práctica de la eutanasia activa con ayuda médica ha sido aprobada por la legislación de ciertos países. Resuelve que: La Asociación Médica Mundial reafirma su firme convicción de que la eutanasia entra en conflicto con los principios éticos básicos de la práctica médica, y al mismo tiempo insta resueltamente a todas las asociaciones médicas nacionales y a los médicos a abstenerse de participar en la eutanasia, incluso si está permitida o despenalizada por la legislación nacional, bajo ciertas condiciones.

### **La Eutanasia en el Derecho Mexicano.**

En México, la eutanasia no está contemplada en ninguna ley, incluso se castiga en el artículo 312 del Código Penal Federal, en el que una persona induzca o ayude a otra persona a quitarse la vida (Morales, 2017).

En noviembre pasado, la Dra. Asunción Álvarez, de la Asociación por el Derecho a Morir con Dignidad, criticó que el principal obstáculo para la aprobación total de la eutanasia es “la falta de conocimiento” sobre las implicaciones reales del término por parte de la sociedad; sin embargo, en Enero del 2017, el Artículo 11 de la Constitución en ciernes para la Ciudad de México (Órgano de Difusión del Gobierno de la Ciudad de México, 2017) señala en su inciso A “Derecho a la autodeterminación personal. Toda persona tiene derecho a la autodeterminación y al libre desarrollo de una personalidad. Este derecho humano fundamental deberá posibilitar que todas las personas puedan ejercer plenamente sus capacidades para vivir con dignidad. La vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna” (Reina, 2017), y en el Artículo 14, apartado D, numeral 6, que establece: “Se respetará en todo momento el derecho fundamental a la autodeterminación personal, la autonomía, así como las decisiones libres y voluntarias del paciente a someterse a tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, protegiendo en todo momento su dignidad. Para ellos, se estará a lo que disponga la Constitución y las leyes” (Morales, 2017).

"Entonces una persona en estas condiciones, en el ejercicio del derecho a una muerte digna, puede decidir terminar con su vida, porque así, puede morir con dignidad", explicó Ortega al Huffington Post (Morales, 2017).

Aunque dicho derecho ya figura, en términos generales, en la Constitución de la Ciudad de México, aún carece de ley secundaria, es decir todavía está pendiente que el Congreso cree la ley bajo la cual operará (Reina, 2017); sin embargo, no es necesario esperar a que se cree la ley secundaria

para ejercer el derecho a una muerte digna, pues basta con apelar al mencionado Artículo 11 de dicha Constitución. Apelando al derecho a la autodeterminación y al libre desarrollo de una personalidad – plasmados también en el Artículo 11 (Órgano de Difusión del Gobierno de la Ciudad de México, 2017), se garantizará la aplicación de la eutanasia. Este derecho podría incluso aplicarse a personas de otras entidades que acudan a la Ciudad de México para someterse a la eutanasia (Reina, 2017).

### **La ley de voluntad anticipada como primer paso hacia una legalización de la eutanasia.**

En el país, las Voluntades Anticipadas se regularon por primera vez en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal en el año 2008, siendo Guerrero uno de los 11 estados que cuenta también con esta Ley. Era un ordenamiento de orden público e interés social, que tenía 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 de 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 (Martínez Fernández, 2017).

Posteriormente, en el año 2009, se reformó la Ley General de Salud, incorporándose el Título Octavo Bis denominado “De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal”, mismo que contiene cuatro capítulos, uno de los cuales se refiere a los derechos de los enfermos en situación terminal y contempla el derecho a otorgar un documento de Voluntad Anticipada, estableciendo lo siguiente (Asamblea Legislativa del Distrito Federal, 2008): *“Artículo 166, Bis 4: Toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, expresar su voluntad por escrito ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible manifestar dicha voluntad. Dicho documento podrá ser*

*revocado en cualquier momento. Para que sea válida la disposición de voluntad referida en el párrafo anterior, deberá apegarse a lo dispuesto en la presente Ley y demás disposiciones aplicables”.*

Asimismo, también se previó la situación de los menores de edad (Asamblea Legislativa del Distrito Federal, 2008): *“Artículo 166, Bis 8: Si el enfermo en situación terminal es menor de edad, o se encuentra incapacitado para expresar su voluntad, las decisiones derivadas de los derechos señalados en este título, serán asumidos por los padres o el tutor y a falta de estos por su representante legal, persona de su confianza mayor de edad o juez de conformidad con las disposiciones aplicables”.*

En el año 2012, la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal fue reformada sustancialmente y se suprimió la facultad de los padres, tutores o familiares cercanos de este tipo de pacientes para otorgar el documento en su representación (Martínez Fernández, 2017).

Las legislaciones locales en México tienen en común (Martínez Fernández, 2017):

- a) Que tienen por objeto regular el derecho de toda persona a otorgar el Documento de Voluntad Anticipada, como garantía para decidir respecto a tratamientos médicos que desea o no recibir en caso de enfermedad terminal.
- b) Se circunscriben a la enfermedad terminal, dejando de lado las situaciones o enfermedades críticas.
- c) Sólo pueden suscribir el documento personas con capacidad de ejercicio. Se prevé que en el caso de los menores de edad o incapaces suscriban sus representantes legales.
- d) Se establecen formalidades para su otorgamiento. Como regla general ante Notario y en caso de excepción cuando el paciente no pueda acudir ante Notario, se puede otorgar ante el personal de salud correspondiente y dos testigos en el documento que emita la Secretaría de Salud (Formato de Voluntad Anticipada).

Diferencias entre las legislaciones (Martínez Fernández, 2017):

- a) Ni la Ley del Distrito Federal (CDMX) ni la de Tabasco contemplan la posibilidad de que los menores o incapaces puedan otorgar el Documento de Voluntad Anticipada a través de sus representantes legales.
- b) La única Ley que no sólo contempla la enfermedad terminal, sino aquella derivada de accidentes es la de Coahuila, aunque también es la única que no considera la donación de órganos.
- c) En las distintas legislaciones se establecen diversas acepciones para el Documento de Voluntad Anticipada, dependiendo de la formalidad seguida para su otorgamiento (documento, acta, formato), lo cual es fuente de inseguridad jurídica tanto para el paciente como para el equipo médico.
- d) La Ley de San Luis Potosí sólo permite el otorgamiento del Documento de Voluntad Anticipada ante Notario y no prevé excepciones.
- e) Respecto al registro se plantean distintos sistemas, algunos dependientes de las Secretarías de Salud locales, otros mediante sistemas digitalizados como el caso del Estado de México. Los legisladores de Guerrero, Michoacán y Tabasco no establecen nada relativo al registro de los Documentos de Voluntad Anticipada.

Las voluntades anticipadas han ingresado en nuestros ordenamientos jurídicos de forma muy reciente, por lo que hoy en día se observan problemas derivados de su configuración y ejecución, que nos llevan a pensar que los ordenamientos que están regulando la voluntad anticipada son perfectibles (Martínez Fernández, 2017).

Resulta necesaria una reforma a la Ley General de Salud para que se incorporen adicionalmente criterios generales y requisitos mínimos establecidos actualmente en dicho ordenamiento; es menester también la creación de un registro nacional de Voluntades Anticipadas y se establezcan mecanismos para la resolución de controversias. El porcentaje de personas que han otorgado su Documento de

Voluntad Anticipada es muy bajo; esto debido, principalmente, a la falta de conocimiento de la Ley, así como a la falta de cultura de previsión en temas relacionados con la muerte en el mexicano, por lo que se requiere, antes que nada, abrir el debate y eliminar el Tabú que existe sobre el tema, posterior a la creación de campañas de promoción y difusión ante la población, acerca de la importancia y los beneficios de crear un Documento de Voluntad Anticipada. Un ejemplo de este estará incluido en anexos (Martínez Fernández, 2017).

### **Conocimientos sobre la Eutanasia en estudiantes de Enfermería.**

Las universidades deben asumir que la profesión de Enfermería brinda a sus profesionales la oportunidad especial de ayudar y confortar al moribundo, así como de proporcionar consuelo y comprensión a sus familiares, en un momento muy difícil y de acuciante necesidad de apoyo humano. Estas actividades añaden, asimismo, una nueva dimensión a los cuidados de Enfermería. Entre los que deben priorizarse aspectos como (Zepeda, Gámez, Santos, & Hernández, 2007):

- Que el equipo de salud se proporcione respaldo y comprensión mutuamente, los profesionales de la salud (especialmente los de Enfermería) asumen la responsabilidad de un proceso terminal que puede resultar sumamente estresante. Este "espíritu de equipo" incidirá directamente en la calidad de los cuidados al paciente terminal, optimizando por ello la satisfacción de sus necesidades.
- Realizar una preparación intensiva sobre la muerte y los moribundos para todos los miembros del equipo, con un temario concreto. Esto se podría hacer en las sesiones clínicas.
- En un sentido más amplio, preparar al personal sanitario en este tema, incluso ya desde el periodo de formación en sus estudios universitarios. En el caso de enfermería esto se podría conseguir de dos formas:
  - Desde el primer año de estudios sería preciso que el enfoque de los cuidados se centre más sobre la respuesta a las necesidades del paciente que sobre la importancia de la curación.



- Introducir en el programa una parte teórica de cuidados que tratase del proceso del duelo y de la aflicción; en ella se estudiarían los ejemplos de cada estadio por los que atraviesa el paciente.
- Animar al Equipo de Salud a escuchar (y a parecer siempre dispuesto a hacerlo) a los pacientes que desean hablar de sus miedos y temores.
- Procurar una relación franca y sincera entre el Equipo de Salud y el paciente y sus familiares.
- Para pacientes con procesos terminales de larga evolución sería conveniente realizar sesiones de terapia de grupo periódicamente, con la ayuda de un psicólogo. En este sentido, el grupo funciona como instrumento terapéutico, pues los enfermos aprenden a apoyarse y a aconsejarse mutuamente.
- Que los médicos permanezcan más tiempo con el paciente terminal, comentando su estado físico, emocional y psicológico.
- En cuanto a dar información al paciente sobre el pronóstico de su enfermedad, no podemos negar al enfermo tanto el derecho de conocer la verdad como de no querer conocerla. Así pues, habrá que valorar si lo desea y es conveniente o no, por medio del trato directo con él, a través de sus preguntas y actitudes.
- Agilizar, si el paciente y/o familia lo desean y resulta conveniente, el alta voluntaria. De esta manera el paciente puede morir en su hogar, en un ambiente íntimo rodeado de sus familiares y amigos. Nunca utilizar esta medida para descargar el trabajo en la planta hospitalaria.
- Tener unos criterios útiles para el uso y administración de fármacos, a fin de adecuarlos a la situación de enfermedad terminal y a su objetivo de confort, teniendo en cuenta la dificultad de administración (boca seca en la mayoría de los casos).
- Ofrecerle al paciente la posibilidad de ayuda religiosa en las horas finales de su vida, si así lo desea.

- Ayudar y orientar a los familiares en las formalidades postmortem: así como, derivación a otros profesionales (trabajador social, sacerdote, etc.).
- Sería deseable hacer un seguimiento, desde el Centro de Salud, de la familia durante los meses difíciles que siguen a la muerte. Se sabe que un acontecimiento tan estresante como la muerte del cónyuge o un familiar es un factor de riesgo para la aparición de patologías físicas y psicológicas; así, el seguimiento irá orientado a la prevención de las mismas.
- Realizar educación para la Salud mediante programas especiales de sensibilización para voluntarios.

### **Actitudes sobre la Eutanasia en estudiantes de Enfermería.**

Los estudiantes de enfermería deben tener presente algunos aspectos sobre la eutanasia. Los estudiantes de Enfermería están continuamente enfrentados a la realidad de la muerte de otras personas, pero a menudo intentan evitar el tema ignorándolo. Se hace necesario que el estudiante de enfermería reflexione sobre la influencia de sus actitudes en el duelo de los pacientes con enfermedad terminal y en dilemas éticos tales como la eutanasia, teniendo en cuenta lo siguiente (Zepeda, Gámez, Santos, & Hernández, 2007):

- **La cultura y la aceptación de la eutanasia.**

Podría decirse, que la eutanasia es un signo de civilización. Lo que es un signo de civilización puede ser justamente lo contrario; es decir, la fundamentación de la dignidad de la persona humana en el hecho radical de ser humana, con independencia de cualquier otra circunstancia como raza, sexo, religión, salud, edad, habilidad manual, o capacidad mental o económica. Esta visión esencial del hombre significa un progreso cualitativo importantísimo, que distingue justamente a las sociedades civilizadas de las primitivas, en las que la vida del prisionero, el esclavo, el deficiente o el anciano, según épocas y lugares, era despreciada.

Los progresos científicos y técnicos en la lucha contra el dolor, tan propios de la era moderna, pueden dar esta falsa apariencia de civilización a la eutanasia, en la medida en que se la presenta como una forma más de luchar contra el dolor y el sufrimiento. Es más, resulta especialmente contradictorio defender la eutanasia precisamente en una época como la actual, en la que la Medicina ofrece alternativas, como nunca hasta ahora, para tratar a los enfermos terminales y aliviar el dolor.

Es probable que este resurgimiento de las actitudes eutanásicas sea una consecuencia de la conjunción de dos factores: por un lado, los avances de la ciencia en retrasar el momento de la muerte; por otro, la mentalidad contemporánea dé escapar, de huir del dolor a todo trance y de considerar el sufrimiento como un fracaso. De esta negación de la realidad surge la contradicción.

- **El efecto social de la eutanasia.**

En épocas recientes, la eutanasia no ha sido legal en ningún país salvo la experiencia nazi, pero podemos fácilmente prever lo que pasaría si contrastamos los datos que nos aporta la legalización del aborto en este siglo y el conocido como "caso holandés", experiencia social de admisión práctica de la eutanasia que recientemente ha recibido una cierta cobertura legal. La experiencia del aborto acredita que las leyes permisivas se aprueban presuntamente para dar solución a determinados casos extremos especialmente dramáticos para la sensibilidad común, pero acaban creando una mentalidad que trivializa el aborto provocado hasta convertirlo en un hecho socialmente admisible que se realiza por motivos cada vez más nimios.

Con la eutanasia no tiene por qué ocurrir algo distinto: la legislación permisiva se nos presentaría como una solución para "casos límite" de "vida vegetativa", "encarnizamiento terapéutico", etc., y acabaría siendo una opción normal ante casos de enfermedad o declive biológico más o menos irreversible. El proceso descrito responde a la más elemental psicología humana: cuando algo prohibido se permite y empieza a practicarse, se va considerando cada vez más como normal, máxime

si resulta un buen negocio para algunos, ayuda a eliminar situaciones engorrosas para otros y además es defendido por algunas corrientes ideológicas.

Legalizada la eutanasia, se abrirían las puertas a prácticas siniestras, pues la compasión podría ser utilizada como disculpa para justificar la eliminación de los débiles, los deficientes, los terminales. Se hablan "comprensibles" presuntos intereses públicos en la eliminación de los que representan una carga para la sociedad sin aportar utilidad material alguna; hasta llegar a crear la presión psicológica suficiente para que se sientan casi obligados a pedir su eliminación quienes, por su edad o estado, se sientan carga "insoportable" para los demás. No se trata de un puro ejercicio de imaginación, y el testimonio citado así lo indica.

### **Enfermería ante la muerte.**

El profesional de enfermería tiene, dentro de sus funciones, la de ayudar a los seres humanos a enfrentar este paso de transición de la vida a la muerte, tanto de los que padecen una enfermedad como de los seres queridos que lo rodean; se espera una actitud cálida, favorable y de apoyo con el necesitado, pero surge la inquietud de conocer cuán preparado está este profesional acerca de la muerte y de las actitudes que adoptan ante ella. Siguiendo en esta línea, otros autores señalan que los profesionales de enfermería no están exentos de la influencia de la sociedad ni de la vivencia de emociones que les genera la muerte y el trabajo con enfermos moribundos (Baum, 2017).

### **CONCLUSIONES.**

Para todo ser humano, presenciar una muerte ocasiona una experiencia extraña, única y muy personal aunque poco frecuente, pero se ha observado que para el profesional de enfermería es una experiencia más frecuente, es por esto que el profesional de enfermería tiene una importante participación de este proceso, tanto con el paciente moribundo como con sus familias; se hace partícipe todo el equipo de

salud, pero los enfermeros son quienes tienen una participación más directa, ya que son quienes satisfacen las necesidades inmediatas de estos pacientes (Fritz, 2015).

Varios autores señalan que “cada persona experimenta su propio proceso de morir como único e irreversible, y por tanto, no hay una única forma de vivir y experimentar la muerte, por lo que un primer paso en la mejoría de la formación de los profesionales de la salud en general y de enfermería en particular, consistiría en conocer las propias actitudes y emociones hacia la propia muerte y hacia la muerte de los demás” (Humphry & Wicket, El derecho a morir: comprendiendo la eutanasia, 2005).

El consentimiento informado es el derecho del paciente a conocer el proceso de su enfermedad, el diagnóstico, el pronóstico y los beneficios o perjuicios de los tratamientos propuestos. Los enfermos terminales no son informados periódicamente acerca de su enfermedad; requerimiento indispensable para poder tomar decisiones. Teniendo en cuenta que son los pacientes quienes demandan la verdad o quienes evitan conocerla, esto no exime a los trabajadores de la salud en su responsabilidad de transmitir sus conocimientos e inquietudes acerca del manejo de su enfermedad. Cada persona con enfermedad terminal tiene un tiempo y una circunstancia específica que le permite aceptar su muerte. En todo consentimiento informado, bien sea expresado por escrito o simplemente de manera verbal, debe hacerse mención, al menos, de lo siguiente (Creagh, 2012):

1. Procedimiento propuesto: explicación técnica del mismo.
2. Riesgos materiales: los más comunes y los más graves, así como su frecuencia, por lo menos de los más graves.
3. Complicaciones: las más comunes y las más graves y la incidencia, al menos, de las más graves.
4. Procedimientos alternativos: ventajas e inconvenientes respecto al que se propone en primer lugar.
5. Riesgos previsibles en caso de que el paciente decida rechazar el procedimiento propuesto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Álvares del Rio, A. (2005). *Práctica y ética de la eutanasia*. México: Fondo de Cultura Económica México.
2. Asamblea Legislativa Del Distrito Federal (2008). *Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal*. México.
3. Baum, E. (2017). Eutanasia, empatía, compasión y Derechos Humanos. *Revista de Bioética y Derecho*, 5-21.
4. Behar, D. (2007). *Cuando la vida ya no es vida ¿eutanasia?* México: Pax.
5. Behar, D. (2015). Eutanasia y Muerte Digna, conceptos que impactan en la sociedad. *Revista Médica Cubana*, 155-162.
6. Carballo Ramos, Edel Vicente y otros (2018). Dilemas éticos en la práctica del saber médico. *Revista Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores*. Año: VI Número: 1 Artículo no.:55. Tomado de:  
  
[https://dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/\\_files/200003996-128c5138cf/18.09.55%20Dilemas%20%C3%A9ticos%20en%20la%20pr%C3%A1ctica%20de%20saber%20m%C3%A9dico..pdf](https://dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/_files/200003996-128c5138cf/18.09.55%20Dilemas%20%C3%A9ticos%20en%20la%20pr%C3%A1ctica%20de%20saber%20m%C3%A9dico..pdf)
7. Colegio de Bioética y el Foro Consultivo, Científico y Tecnológico. (2008). *Eutanasia: hacia una muerte digna*. México.
8. Comité de Ética e Investigación. (Marzo de 12 de 2013). Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición. Recuperado el 17 de Febrero de 2018, de:  
  
<http://incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/eutanasiaOrtotanasiaDistanasi.html>
9. Creagh, M. (2012). Dilema ético de la eutanasia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 150-155.

10. Diario El Colono. (21 de Octubre de 2017). La Eutanasia Sólo Dios puede quitar la vida? La etica y moral. El Colono, págs. 17-19.
11. Espasa. (1985). Diccionario Enciclopédico Espasa. Madrid: Espasa.
12. Fritz, E. (2015). Derecho a Morir Dignamente. Bogotá: Universidad Médica.
13. Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago. (2011). Eutanasia y acto médico. Rev. Médica Chile, 642-654.
14. Gutiérrez Samperio, C. (2009). Comités de bioética hospitalarios. En Principios de Bioética (págs. 125-131). México: Méndez.
15. Humphry, D. (2007). Jean Murió a su Manera. Estados Unidos de Norte América: Norris Lane Press/ERGO.
16. Humphry, D. (2010). Final Exit. The Practicalities of Self-Deliverance and Assietd Suicide for the Dying. The Random House Publishing Group: Estados Unidos de Norteamérica.
17. Humphry, D., & Wicket, A. (2005). El derecho a morir: comprendiendo la eutanasia. Madrid: Tusquets.
18. Kraus, A., & Asunción, Á. (1998). La Eutanasia. En Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (pág. 7). México.
19. Martínez Fernández, I. (Febrero de 2017). Derecho a una muerte digna: La necesidad de regulación de la Eutanasia en México. Ciudad de México.
20. Migone, L. (2010). Las respuestas médicas y sociales a las solicitudes de Eutanasia. México: Medicina y Ética.
21. Monclús, A. (15 de Mayo de 2011). El Pais. Recuperado el 22 de Febrero de 2018, de Un cinismo histórico: [https://elpais.com/diario/2011/05/15/sociedad/1305410402\\_850215.html](https://elpais.com/diario/2011/05/15/sociedad/1305410402_850215.html)
22. Morales, P. (11 de Enero de 2017). Como ejercer tu derecho a la Eutanasia en la Ciudad de México. Huffpoost, págs. 15-17.

23. Morales Iturio, Alicia y otros (2018). Educar al estudiante de Enfermería para enfrentar el proceso de muerte. *Revista Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores*. Año: V Número: 3 Artículo no.: 42. Tomado de:  
[https://dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/\\_files/200003830-23ea924e67/18.5.42%20Educar%20al%20estudiante%20de%20Enfermer%C3%ADa%20para%20enfrentar%20el%20proceso%20de.....pdf](https://dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/_files/200003830-23ea924e67/18.5.42%20Educar%20al%20estudiante%20de%20Enfermer%C3%ADa%20para%20enfrentar%20el%20proceso%20de.....pdf)
24. Nombela, C., López, F., Serrano, M., Postigo, E., Abellán, C., & Prensa, L. (2008). Recuperado el 17 de Febrero de 2018, de *La Eutanasia: Perspectiva Ética, Jurídica Y Médica*:  
[http://eprints.ucm.es/11693/1/La\\_Eutanasia\\_perspectiva\\_etica\\_juridica\\_y\\_medica.pdf](http://eprints.ucm.es/11693/1/La_Eutanasia_perspectiva_etica_juridica_y_medica.pdf)
25. Órgano de Difusión del Gobierno de la Ciudad de México. (2017). *Constitución Política de la Ciudad de México*. México: Administración Pública de la Ciudad de México.
26. Periodistas Digitales. (4 de Mayo de 2016). *Teología sin censura*. Recuperado el 1 de Marzo de 2018, de *¿La verdad o la misericordia?*
27. Perreiras, R. (2016). *Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática*. *Revista Bioética*, 355-368.
28. Por el Derecho a Morir con Dignidad A.C. (2015). *Informe de Resultados del estudio de opinión sobre el derecho a morir con dignidad*. Investigación en Salud y Demografía Insad S.C., México.
29. Prieto, G. (2008). *Fortalecimiento de la ética en la enseñanza y practica de enfermería en la Universidad Peruana Cayetano*. Lima.
30. Rebolledo, F. (2010). *Aprender a morir. Fundamentos de la Tanatología*. México: Regional.
31. Redes Cristiana. (11 de Septiembre de 2012). *Redes Cristianas*. Recuperado el 23 de Febrero de 2018, de <http://www.redescristianas.net/consabida-confusion-sobre-eutanasiasjuan-masia-clavel-teologo/>



32. Reina, E. (6 de Enero de 2017). Ciudad de México aprueba el derecho a la muerte digna. El País, págs. 10-11.
33. Rodríguez , P. (2010). Eutanasia y acto médico. Revista Médica Chile, 344-356.
34. Royes, A. (18 de enero de 2017). Publicacionens. Obtenido de:  
<http://www.publicacions.ub.edu/refs/indices/08395.pdf>
35. Selecciones de Teología. (2014). Moral y religión: de la mortal religiosa a la visión religiosa de la moral. Selecciones de Tología. Obtenido de <http://www.seleccionesdeteologia.net/>
36. Soto, M. (2006). En la investigación "Implicaciones Éticas: Eutanasia en la formación de estudiantes de Enfermería en la Universidad del Callao". Lima.
37. Zea, R. (2012). Recuperado el 17 de Febrero de 2018, de:  
<http://rogelioalbertozeacatacora.blogspot.com/>
38. Zepeda, K., Gámez, E., Santos, A., & Hernández, B. (2007). Conocimiento y actitud de los alumnos de licenciatura en enfermería sobre Eutanasia en la Universidad de México. México.

#### **DATOS DE LAS AUTORAS.**

1. Alicia Morales Iturio. Licenciada en Enfermería, Máster en Administración de los Servicios de Enfermería, y Doctora en Ciencias de la Educación. Docente investigadora de la Universidad Autónoma de Guerrero. Perfil PROMEP. Correo electrónico: [alicia\\_morales20@hotmail.com](mailto:alicia_morales20@hotmail.com)
2. Maximina Gil Nava. Licenciada en Enfermería, Máster en Salud Comunitaria y Máster en Ciencias de la Educación. Estudia el Doctorado en Ciencias Pedagógicas en el Centro de Estudios para la Calidad Educativa y la Investigación Científica (CECEIC) en Toluca, Estado de México. Profesora de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería no.2, Universidad Autónoma de Guerrero. Coordinadora del cuerpo académico no.56 "Salud Comunitaria". Correo electrónico: [maxgln@yahoo.com.mx](mailto:maxgln@yahoo.com.mx)

3. Blanca Estela Sánchez Jaimez. Licenciada en Enfermería, Máster en Salud Comunitaria y Doctora en Ciencias de la Educación. Perfil PROMEP. Docente investigadora de la Universidad Autónoma de Guerrero. Correo electrónico: [blancasánchezjaimes@hotmail.com](mailto:blancasánchezjaimes@hotmail.com)
4. Patricia Ramírez Martínez. Licenciada en Enfermería y Máster en Salud Comunitaria. Estudia el Doctorado en Ciencias Pedagógicas en el Centro de Estudios para la Calidad Educativa y la Investigación Científica (CECEIC) en Toluca, Estado de México. Docente investigadora de la Universidad Autónoma de Guerrero. Perfil PROMEP. Correo electrónico: [patitoespecializ@hotmail.com](mailto:patitoespecializ@hotmail.com)
5. Leticia Abarca Gutiérrez. Licenciada en Enfermería y Máster en Ciencias en Enfermería. Estudia el Doctorado en Ciencias Pedagógicas en el Centro de Estudios para la Calidad Educativa y la Investigación Científica (CECEIC) en Toluca, Estado de México. Perfil PROMEP. Profesora en la Facultad de Enfermería no.2, Universidad Autónoma de Guerrero. Correo electrónico: [abarcama04@yahoo.com.mx](mailto:abarcama04@yahoo.com.mx)
6. Sarai Núñez Alonso. Licenciada en Enfermería. Realizó sus estudios en la Facultad de Enfermería no.: 2 en Acapulco, Guerrero. Correo electrónico: [sarai\\_nual@hotmail.com](mailto:sarai_nual@hotmail.com)

**RECIBIDO:** 9 de octubre del 2018.

**APROBADO:** 1 de noviembre del 2018.