



Universidad
de La Laguna

**LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO: UNA VISIÓN A LO
LARGO DE SU FORMACIÓN DE LOS ALUMNOS DEL GRADO
DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA**

Andrea Cabrera Ledesma

Grado en Enfermería. Universidad de La Laguna

Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia

Universidad de La Laguna

2018



LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO: UNA VISIÓN A LO LARGO DE SU FORMACIÓN DE LOS ALUMNOS DEL GRADO DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Grado en Enfermería. Universidad de La Laguna

Andrea Cabrera Ledesma
Firma de la alumna

Alfonso Miguel García Hernández

Vº. Bº del Tutor:

La Laguna a 18 de mayo de 2018

RESUMEN

Tanto la eutanasia como el suicidio asistido son conceptos centrales en el debate relativo a la “muerte digna” del paciente terminal. A pesar de tener un largo recorrido histórico a lo largo del cual las concepciones morales y éticas han variado, actualmente continúa provocando disparidad de opinión entre aquellos que están a favor de estas prácticas y aquellos que están en contra. Así, en España se consideran delito la eutanasia y el suicidio asistido, por lo que esta discusión se encuentra paralizada. Sin embargo, la ciudadanía reclama una ley que permita al paciente decidir sobre el final de su vida.

Es esta brecha entre ciudadanos y Gobierno lo que me lleva a querer conocer la opinión de las estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud-Sección Enfermería en ambas sedes mediante un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo para saber si el contacto directo con el paciente terminal y la muerte lleva a la enfermera a estar a favor de estas prácticas o, por el contrario, a creer que una muerte digna solo es posible mediante cuidados paliativos.

Palabras claves: *eutanasia, suicidio asistido, muerte digna, final de la vida, enfermería*

ABSTRACT

Both euthanasia and physician-assisted suicide are the main idea of the discussion about the terminal ill patient’s “dignified death”. Even though it has had different ethical and moral conceptions through history, currently it continues to cause disparity of opinion between those who are in favour of these practices and those who are not. Thus, euthanasia and physician-assisted suicide are prosecuted by law, so this discussion is paused. However, spaniards claim a law that allows the patient to decide about his life-ending.

This gap between citizens and the Government leads me to assess if students from the Faculty of Health Science-Nursing Section in both headquarters agree with euthanasia and physician-assisted suicide once they have got in touch with a terminal ill patient and death, or they think palliative care is the only path to give a dignified death.

Key words: *euthanasia, physician-assisted suicide, dignified death, life-ending, nursing*

ÍNDICE

1. Justificación	5
2. Introducción	6
3. Marco teórico	10
3.1 Historia de la eutanasia y el suicidio asistido.....	10
3.1.1 Alemania Nazi.....	11
3.2 Historia de la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido	11
3.2.1 Holanda	11
3.2.2 Bélgica.....	13
3.2.3 Estados Unidos	14
3.3 Debate ético de la eutanasia y el suicidio asistido.....	15
3.4 Situación legal del suicidio asistido y la eutanasia en EEUU y Australia	18
3.4.1 Situación legal en EEUU	18
3.4.2 Situación legal en Australia	19
3.5 Situación legal del suicidio asistido y la eutanasia en europa	19
3.5.1 Situación legal en Holanda.....	19
3.5.2 Situación legal en Bélgica	20
3.5.3 Situación legal en Suiza	21
3.5.4 Situación legal en Luxemburgo	22
3.6 Situación actual en España.....	22
3.7 Implicación de la enfermería en la eutanasia y el suicidio asistido.....	25
4. Objetivos.....	27
5. Material y método	28
6. Cronograma.....	30
7. Bibliografía.....	31
ANEXO I.	36
ANEXO II.	37
ANEXO III.	38
ANEXO IV.....	44

1. JUSTIFICACIÓN

Aunque el concepto de Eutanasia y el debate sobre el derecho a quitarse la vida tiene un largo recorrido a lo largo de la historia, sigue siendo un tema de debate recurrente en la actualidad. El 12 de enero de este año se cumplieron 20 años de la muerte de Ramón Sampedro. Marino y escultor español, sufrió de tetraplejia desde que tenía 25 años. Desamparado por la ley ante su deseo de morir con dignidad, logró mediante once amigos suicidarse con la ingesta de cianuro potásico. Sin embargo, después de dos décadas, el legado que él pretendía dejar ha movido mentes, pero no ha influido en los diferentes legisladores que han ocupado el Gobierno para dar un paso adelante a la hora de modificar la normativa para facilitar una muerte digna a todo aquel que lo desee.

Quizás, el temor reverencial que existe a la muerte hace que el ciudadano de a pie no se plantee de la misma manera que un sanitario esta cuestión, pues son muy pocos los que conviven día a día con ella al contrario de lo que ocurre con las enfermeras. Nuestro trabajo como profesionales de la salud nos enfrenta al ciclo final de la vida en primera línea, no solo de cara al paciente, sino de los seres queridos a los que solo les queda observar.

Asimismo, la ciencia sigue progresando, por lo que la esperanza de vida va escalando paulatinamente mientras convivimos en una sociedad que aboga por la calidad de vida. Sin embargo, la realidad es que se trata de un sistema en el que la vida se ha medicalizado y la muerte se ha dejado de lado y se ha transformado en un concepto que se entiende como rendición.

Así, después de ser rechazada por el Congreso en marzo de 2017 la propuesta de modificar el artículo 143 del Código Penal para legalizar la eutanasia y encuestar a los españoles, me interesa conocer la opinión de las alumnas de la Facultad de Ciencias de la Salud – Sección Enfermería de la Universidad de La Laguna de 1er y 4º curso para saber si efectivamente están a favor de la eutanasia, o por el contrario consideran que los cuidados paliativos son suficientes.

2. INTRODUCCIÓN

Paradójicamente el debate relativo a la eutanasia y el suicidio asistido en nuestro país se encuentra paralizado y quizás cerrado por parte de los diferentes Gobiernos, al mismo tiempo que es una cuestión que cuando se le plantea al ciudadano de a pie adquiere relevancia, tal y como ha sido expresado previamente.

A pesar de tener un largo recorrido en la historia, han sido muy pocas las ocasiones en las que se ha incluido la figura de la Enfermería en dicho debate, que queda opacada por la del médico, sobre el que en la mayoría de las veces recae el protagonismo.

Sin embargo, para entrar a discutir sobre la legalización e implicación de la enfermera tanto en la eutanasia como en el suicidio asistido, hay que tomar en consideración una serie de conceptos que permitan diferenciar con claridad todas aquellas acciones activas o pasivas que se pueden llevar a cabo por parte del profesional en el final de la vida del enfermo.

Así pues, según Miguel Martín Gómez y José L. Alonso Tejuca la eutanasia se define como “aquella conducta, comportamiento o técnica que, consistente en un hacer, un dejar de hacer lo posible o en un mero no hacer, tiene por fin paliar la situación de dolor extrema e incluso anticipar el exitus¹ de quien, consintiendo o no pudiendo prestar su anuencia a ello, se halla en una situación de enfermedad o deficiencia límite e irreversible”»⁽¹⁾ Este concepto de origen griego (*eu*: bueno y *thanatos*: muerte) significa “buena muerte”. Dicho término se emplea actualmente para hacer referencia a la muerte del paciente, provocada en el ámbito médico.⁽²⁾

El concepto de eutanasia se puede resumir en la acción u omisión, directa e intencionada para acabar con la vida de un paciente que sufre de una enfermedad terminal y avanzada por petición expresa y reiterada del mismo, en una situación de “dolor total”⁽³⁾. No debe confundirse con el suicidio médicamente asistido, pues consiste en la ayuda intencionada de un médico a la realización de un suicidio, ante la demanda de un paciente competente que no pueda realizarlo por sí mismo, debido a limitaciones de carácter físico, pautando la medicación necesaria para que el propio paciente se la administre. La diferencia es entonces quién administra al enfermo en última instancia el fármaco, un tercero o él mismo respectivamente.⁽⁴⁾

¹ Según el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua el término exitus proviene del latín y significa “salida”.

La eutanasia es clasificada de diversas formas dependiendo del autor que la defina, pero todos comparten una serie de factores que describen cómo se puede asistir a la muerte del paciente. ^(4, 5)

- a) Activa: es la eutanasia que mediante una acción positiva ejecutada por un tercero provoca la muerte del paciente.
- b) Pasiva: es la eutanasia por dejar morir intencionadamente al paciente por omisión de cuidados o tratamientos. Esta su vez se puede subdividir en:
 - Un no hacer: se trata de una no intervención consistente en no aplicar dichos cuidados o tratamientos.
 - Un dejar de hacer: es el cese de la intervención de forma definitiva.
- c) Voluntaria/involuntaria: la eutanasia solo puede ser voluntaria, pues como ya ha sido definida, es la muerte deseada. Por tanto, como ya será explicado posteriormente, la eutanasia involuntaria se relaciona por un lado con los asesinatos masivos perpetrados por la medicina nazi contra enfermos mentales, discapacitados, etc., y con el “asesinato por compasión” en pacientes incompetentes. ⁽⁶⁾

Sin embargo, el concepto de eutanasia y sus tipos no se pueden entender de forma aislada, pues el debate ético de la muerte asistida incluye otros términos:

Limitación del esfuerzo terapéutico

La limitación del esfuerzo terapéutico hace referencia a la no instauración o retirada de medidas consideradas desproporcionadas ya que alarga el sufrimiento y el tiempo de una situación clínica con mal pronóstico vital. Dichas medidas incluyen procedimientos como la ventilación asistida, sueroterapia y antibioterapia, transfusiones sanguíneas, diálisis, hemodiálisis, etc. ^(4,7,8) Ello es para evitar caer en la obstinación terapéutica, y es la conclusión a la que tienden a concluir los debates relativos al final de la vida, ya que esta es la opción que parece éticamente más correcta. ⁽⁸⁾

Para considerar un procedimiento como inapropiado se tienen que dar las siguientes circunstancias: ⁽⁹⁾

- Cuando el objetivo se pueda conseguir con medios más sencillos.
- Cuando el enfermo esté en una situación tan avanzada de su patología que no vaya a responder al tratamiento.
- Cuando las posibles complicaciones sobrepasen los beneficios.

- Cuando la calidad de vida que se ofrece no es lo suficientemente buena para justificar el procedimiento.
- Cuando consume recursos que pueden ser utilizados en actividades más beneficiosas.

Obstinación terapéutica

Consiste en la aplicación de tratamientos no indicados para alargar la vida del paciente. Se trata entonces de una mala praxis médica y una falta deontológica que puede estar ocasionada por la negación del proceso de morir, falta de formación, la demanda del paciente y su familia, etc. ⁽⁴⁾

La obstinación terapéutica se da bajo una serie de factores entre los que se incluyen: ⁽¹⁰⁾

- El convencimiento del médico de que la vida en sí prima frente a la calidad de vida.
- La adopción de medidas terapéuticas que no contemplan tanto al enfermo sino a su enfermedad.
- La ignorancia del derecho de su paciente a rechazar el inicio o suspenso de los tratamientos que prolonguen su agonía.
- El miedo del médico a la muerte de su paciente entendiendo esta como un fracaso terapéutico.

Abandono

Hablamos de abandono cuando las necesidades del paciente y su familia no son cubiertas como corresponde, lo que puede estar motivado por ideas relativas al miedo que puede sentir el profesional ante el fracaso y la carencia de conocimientos sobre cuidados paliativos. Por lo tanto, es la conducta opuesta a la obstinación terapéutica.

Al igual que esta última, constituye una mala praxis médica y una falta deontológica. ⁽⁴⁾

“Buena práctica” médica

En los cuidados al final de la vida, la buena práctica médica es entendida como aquella que busca preservar la dignidad y calidad de vida del enfermo. Para ello existen los siguientes principios:

- Atención integral del paciente y su familia.
- Control de los síntomas y el dolor.
- Soporte emocional.
- Comunicación adecuada.

La buena práctica médica incluye, asimismo, la aplicación de medidas terapéuticas proporcionadas, evitando llegar al punto de abandonar al paciente o en el otro extremo, la obstinación terapéutica, provocando de esta manera el acortamiento de la vida o el alargamiento de esta de forma innecesaria respectivamente. ⁽⁴⁾

Situaciones clínicas

Según el cuadro patológico que presente el paciente, se podrán dar diferentes situaciones clínicas con diversos grados de complejidad, lo cual implica tomas de decisiones personalizadas a ello. Así, podemos hablar de:

Enfermedad incurable avanzada

“Enfermedad de curso gradual y progresivo, sin respuesta a los tratamientos curativos disponibles, que evolucionará hacia la muerte a corto o medio plazo en un contexto de fragilidad y pérdida de autonomía progresivas.” ⁽¹⁰⁾

Enfermedad o situación terminal

Enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva.

Por tanto, hablamos de enfermedad terminal cuando el paciente se encuentra entre una enfermedad incurable avanzada y la situación de agonía. ⁽¹¹⁾

Situación de agonía

La que precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que hay deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida en horas o días. ⁽¹¹⁾

Síntoma refractario

Se entiende como síntoma refractario aquel que no puede controlarse con tratamientos tolerables disponibles sin comprometer la conciencia, administrados por médicos expertos en un plazo de tiempo razonable. ^(4,12)

Sedación paliativa

En este contexto, se trata de la disminución deliberada de la conciencia del paciente mediante la administración de los fármacos apropiados con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o más síntomas refractarios.

Cuando el paciente se encuentra en sus últimos días u horas de vida, hablamos de sedación en la agonía. ⁽¹¹⁾

3. MARCO TEÓRICO

3.1 HISTORIA DE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO

Este debate no tiene su origen en la actualidad, pues se remonta a la antigua Grecia, donde se planteaban problemas morales en torno a la cuestión de si una mala vida era digna a ser vivida. Dada la importancia que se le daba a la salud, estaba justificada la muerte inducida a personas muy enfermas o disminuidas. Se entendía que quitarle a la vida a un individuo enfermo o inútil para la sociedad era algo aceptable dado que se considera que consumía los recursos de la comunidad y por tanto no resultaba útil a la misma. Esto era también aplicable a recién nacido y niños con deformidades o defectos, por lo que se puede decir que también se llevaban a cabo “eutanasias involuntarias”.

Aunque se trataba de una concepción ampliamente aceptada, voces como la de Hipócrates o Aristóteles se opusieron a esta práctica. Por un lado, Hipócrates, aceptado popularmente como el “padre de la medicina”, prohibió a los médicos la eutanasia activa y el suicidio asistido; y por otra, Aristóteles, apreció la lucha contra el sufrimiento y la enfermedad como medio que forja un carácter virtuoso. ^(7,8)

Posteriormente, a partir del siglo V con el inicio de la Edad Media y la influencia de la Iglesia Católica, aquellos actos relacionados con provocar la muerte pasan a ser considerados “pecado”, pues de acuerdo con los dogmas cristianos, el ser humano no puede actuar libremente sobre su vida ya que esta le ha sido concedida por Dios y le pertenece a él. Es este el criterio el que ha ido imperando hasta la actualidad.

A la llegada de la modernidad se le suma la perspectiva de la antigüedad clásica al pensamiento introducido por la Iglesia. ⁽⁷⁾

3.1.1 Alemania Nazi

Con la llegada de la primera guerra mundial, y a consecuencia de la escasez económica, se retoma la idea griega de “utilidad social” como justificación para eliminar a enfermos mentales y discapacitados en nombre de la “pureza racial” y de la utilidad pública. Götz Aly explica en su libro *Los que sobran. Historia de la eutanasia social en la Alemania nazi* que el motivo por el que murieron más de 200.000 personas en la «acción T4» fue para ceder las camas de los hospitales y comida al ejército y demás personas sanas. ⁽¹³⁾

3.2 HISTORIA DE LA LEGALIZACIÓN DE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO

La idea de la eutanasia como una forma humanitaria de acabar con el sufrimiento de un paciente, quedó en suspenso desde principios del siglo XX hasta los años 70, en el que se retoma el debate en Holanda conforme a la siguiente exposición.

3.2.1 Holanda

El debate sobre la eutanasia se abrió en Holanda en 1973 con el famoso “caso Postma”. Se trató de una médico, la Dra. Postma, que ayudó a su madre a terminar con su vida después de sucesivas y expresas peticiones de la misma hacia su hija. Aunque

ello acarreó la suspensión de su ejercicio profesional y la Corte consideró que había cometido un asesinato, ofreció la oportunidad de entrar a debatir sobre la legalización de la eutanasia al considerar que un médico no siempre debe mantener con vida a su paciente en contra de su voluntad provocándole sufrimiento innecesario. Comenzó entonces el proceso de legalización de la eutanasia. ^(14,15)

Una década más tarde, en 1980, dicho debate fue formalizado, a tal punto que el "Committee of Attorneys-General" decidió que cada caso de eutanasia debía ser valorado individualmente para entonces decidir si el médico que lo había llevado a cabo merecía ser sentenciado por asesinato.

En 1984 la Corte Suprema juzgó el primer caso de eutanasia, el "caso Schoonheim". Se llevó a cabo en un paciente de 95 años que sufría de dolor incontrolable, pérdida de visión, oído y discurso, además de estar encamado perdiendo progresivamente la movilidad. La Corte concluyó que el médico actuó en una situación de "necesidad" para acabar con el sufrimiento del enfermo, quien le pidió de forma explícita que acabara con su vida. Así pues, el médico no fue condenado.

En 1985, después de la petición del Ministerio de Sanidad, se dio una definición al concepto de eutanasia considerándola como "el acto de terminar intencionadamente con la vida de otra persona bajo su petición". ⁽¹⁴⁾

Cinco años más tarde, el Ministerio de Justicia y la "Royal Dutch Medical Association" acordaron proclamar un protocolo formal de notificación ante la petición de médicos para que los profesionales que llevaran a cabo una eutanasia no fueran procesados. De esta manera se pretendía armonizar las políticas regionales de enjuiciamiento y asegurar la transparencia y rendición de cuentas. Este proceso de notificación implicaba informar al examinador médico local del acto llevado a cabo mediante la cumplimentación de un cuestionario. A continuación, el médico examinador se encargaba de informar al Fiscal, quien decidía en última instancia si el médico había cumplido con los criterios para que el acto fuera considerado como eutanasia o, por el contrario, debía ser juzgado. Dichos criterios eran los siguientes ⁽¹⁴⁾: La petición del paciente debe ser voluntaria y bien considerada, el sufrimiento del paciente es insoportable y desesperado, el paciente ha sido informado sobre su situación y pronóstico, no hay alternativas razonables, otro médico debe ser consultado y la administración del fármaco debe ser llevada a cabo por el profesional con el debido cuidado y atención médica.

En 1998, se establecieron comités multidisciplinarios que juzgaban los casos reportados y advertían al Fiscal si los criterios que había seguido el médico se ajustaban a la legalidad o no. Dichos comités se componían de un abogado, un médico y un experto en ética. ⁽¹⁴⁾

Después de casi tres décadas de intervención judicial, social y médica, la eutanasia y el suicidio asistido fueron finalmente, y por primera vez en el mundo, legalizados en Holanda en el año 2001. ^(14,15)

3.2.2 Bélgica

El debate sobre la legalización de la eutanasia se abrió en la sociedad belga tras la sentencia judicial holandesa de la Dra. Geertrud Postma Leeuwarden en 1973, mencionada anteriormente. ⁽¹⁵⁾

En 1981 se funda la Sociedad Belga por el derecho a una muerte digna, reivindicando una legislación sobre la eutanasia. ⁽¹⁵⁾

Doce años después, en 1993 el Comité Belga de Bioética es creado para entrar en funcionamiento en 1996. Posteriormente en 1997 tras la petición de los presidentes del Senado y del Parlamento, se define lo que debe entenderse como “eutanasia”: un acto realizado por una persona que pone a la vida de otra de manera intencionada a petición de ésta última; que coincide con la definición holandesa. ^(16,17) Con ello se estableció que los siguientes debates se limitarían a los casos de eutanasia en los que la persona que actuaba era el médico y quien lo recibía era un paciente terminal. Además, se insistió en distinguir la eutanasia de otros actos realizados por el médico como la administración de sedantes o la limitación terapéutica.

Tras las elecciones de junio de 1999 y la entrada del nuevo Gobierno socialdemócrata, comienzan a remitirse propuestas legislativas reguladoras de la eutanasia al Senado.

A continuación, en el año 2000 el Lancet publica un estudio del Prof. Luc Deliens y sus colaboradores que demostraba que la eutanasia se llevaba a cabo de forma clandestina en la región de Flandes.

Un año después se aprueba la propuesta legislativa sobre la eutanasia, para ser finalmente aprobada el 16 de mayo de 2002. El 28 de mayo se promulga la Ley de la Eutanasia, entrando en vigor el 22 de septiembre del mismo año. ⁽¹⁵⁾

3.2.3 Estados Unidos ⁽¹⁸⁾

La historia de la legalización del suicidio asistido en Estados Unidos (ya que en este país la eutanasia no está reconocida en ningún estado) se puede dividir por estados, ya que ni en todos está aceptada por la ley esta práctica ni existe una única regulación.

3.2.3.1 Oregón

Oregón fue el primer estado en legalizar el suicidio asistido el 27 de octubre de 1997 con la aprobación del “Acta de muerte con dignidad”. Los requisitos para poder optar a la misma son los siguientes: Ser mayor de 18 años, ser capaz de expresar conscientemente su voluntad, sufrir una enfermedad terminal con una esperanza de vida inferior a seis meses, ser residente de Oregón y autoadministración del medicamento letal prescrito por el médico.

3.2.3.2 Washington

Siguiendo la misma línea que Oregón, Washington también aprobó el “Acta de muerte con dignidad” en marzo de 2009 con la que los adultos con las mismas características que las anteriormente descritas podrían autoadministrarse un medicamento letal por prescripción médica.

3.2.3.3 Montana

El caso del paciente Robert Baxter, un hombre de 76 años que sufría una leucemia linfocítica terminal, fue el punto de inflexión, pues fue a partir de este episodio cuando el Tribunal Supremo legalizó el suicidio asistido el 31 de diciembre de 2009. Los requisitos para poder solicitar el fármaco letal son los siguientes: Ser mayor de 18 años, ser mentalmente competente y sufrir una enfermedad terminal.

3.2.3.4 Vermont

El 20 de mayo de 2013, el suicidio asistido fue legalizado en Vermont con la Ley 39. Sin embargo, fueron pocos hospitales los que llevaron adelante la implementación esta ley hasta 2016, año tope que sugirió el Departamento de Salud para adherirse obligatoriamente a dicha ley. La muerte asistida está asegurada para pacientes mayores de 18 años, residentes en Vermont y con una esperanza de vida inferior a seis meses.

3.2.3.5 California

El 5 de octubre de 2015 el gobernador de California, Jerry Brown, firmó el “Acta de opción de fin de la vida” basada en la Ley de Oregon, permitiendo el suicidio asistido a adultos mayores de 18 años, residentes en California, con una enfermedad terminal y una esperanza de vida menor a seis meses.

3.3 DEBATE ÉTICO EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO

La realidad es que la eutanasia está fuertemente marcada por un debate entre sus defensores, quienes definen las distinciones existentes dentro del acto en sí para argumentar su fin, y sus detractores. Sin embargo, en España desde hace una década el debate se encuentra paralizado por razones legales, a pesar de tratarse de un tema del que aún se habla y discute entre los ciudadanos.

El grupo de detractores se apoya en la bioética, disciplina que responde a todos aquellos problemas relacionados con la conducta frente a la vida humana. A diferencia de la muerte, la vida ha sido considerada sagrada desde el mismo momento que es vista como una donación divina ⁽¹⁹⁾, pues lo único seguro una vez se nace es que el tiempo es limitado.

Es precisamente por eso por lo que la sociedad actual habla de “calidad de vida”, un punto sobre el que los defensores se apoyan para justificar la eutanasia, pues entienden que el dolor provocado por una enfermedad incurable o terminal tienen un efecto negativo sobre dicha calidad de vida. Así es como lo explica R. Andorno, quien considera que aquellos en favor de la eutanasia parten de la base que, debido al estado penoso de salud del enfermo, se le hace un favor quitándole la vida, que ha perdido toda significación. ⁽²⁾ Y es que, según James Rachel, defensor de la eutanasia, existe una diferencia entre “estar vivo” y “tener una vida”. ⁽²⁰⁾

Sin embargo, que el médico acceda a practicar la eutanasia al paciente implica que juzga que la vida de esta persona ya no tiene valor, y por lo tanto iría en contra del principio de justicia, el cual defiende que se trate por igual a todos los hombres independiente de su situación y características. Asimismo, la voluntad del enfermo se ve reducida teniendo en cuenta que la decisión final dependería del médico, y por tanto el fundamento real de la eutanasia no es la autonomía del paciente, sino la falta de significado que se le atribuye a la vida del enfermo. ⁽²⁾

Además, para R. Andorno el paciente que pide morir en realidad se encuentra en una situación de depresión que le dificulta discernir, pues la petición de muerte es radicalmente contraria al instinto de autoconservación. Por lo tanto, la realidad es que el enfermo se encontraría deshumanizado en un servicio médico que le hace creer que no hay otra salida que la muerte, razón por la que defiende la humanización de los tratamientos. ⁽²⁾ Consistiría en brindarle al enfermo unos cuidados que le hagan sentirse realmente como una persona, y no como un objeto del que todos quieren librarse. De hecho, J. C. Besanceney apunta que aquellos que trabajan en unidades con una alta tasa de mortalidad reconocen que las peticiones de eutanasia son poco frecuentes y que es raro que subsistan cuando el paciente se ve rodeado de afecto y se alivia eficazmente el dolor. ⁽²¹⁾

Sin embargo, ello no justificaría que una pequeña proporción de pacientes en Holanda cuya petición para recibir la eutanasia les fue denegada en 2010, acabó con su vida intencionalmente por inanición o mediante una intoxicación por drogas y otros métodos. Estas fueron 20 muertes de 270 en las que la eutanasia no fue concedida. ⁽²²⁾ Precisamente, John Keown se opondría al punto anterior al considerar al ser humano “como una criatura capaz de valorar su propia existencia”. Pero de acuerdo con Keown, desde un punto de vista moral parece que solo es grave cuando se le quita la vida a una persona que valora su vida y por tanto quiere vivir, pero no se considera igual cuando se le priva a una persona la posibilidad de morir mediante eutanasia voluntaria. ⁽²³⁾

Volviendo a los principios, la propuesta más influyente es la elaborada por los norteamericanos Tom Beauchamp y James Childress (1994) en su libro *Principles of Biomedical Ethics*, que refieren que los principios que guían las decisiones conductuales pueden reducirse a cuatro: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. A *grosso modo* de definen de la siguiente manera: ^(2,24,25)

- **Autonomía:** es el derecho de los pacientes a ser correctamente informados acerca de la intervención que se les propone, sobre todo, de su naturaleza, objetivos y riesgos, y a decidir libremente si se someten o no a ella. Una acción autónoma es actuar intencionadamente, con conocimiento, sin influencias externas. Este principio implica la expedición del consentimiento informado, para lo que el paciente ha de poseer plenas capacidades de discernimiento y competencia.
- **Beneficiencia:** Tom Beauchamp y James Childress sugieren dos principios de beneficencia:
 - **Beneficiencia positiva:** obligación moral de realizar actos conducentes a beneficiar al otro.

- **Utilidad:** requiere que los agentes morales ponderen los beneficios y déficits para generar el mejor resultado.
- **No maleficencia:** necesidad de no causar un daño intencionado, que en el cuidado de la salud se reduce a *primum non nocere*.
- **Justicia:** ordena una distribución equitativa de los recursos sanitarios disponibles entre las personas que los necesitan, el respeto por los derechos de las personas y el respeto por las leyes moralmente aceptables.

Los cuatro principios tienen el mismo valor, son principios *prima facie*, por lo que deben ser respetados por igual al mismo nivel por el terapeuta, excepto cuando entran en conflicto entre sí, en cuyo caso sólo las circunstancias concretas y las consecuencias de un caso o de una situación nos pueden dar los criterios para ordenarlos. ^(2,24) Sin embargo, hay un amplio consenso de críticas relacionadas con esta ausencia de orden, ya que se vuelven conceptos abstractos tal y como señala E. Sgreccia ⁽²⁶⁾

Uno de los mayores críticos de esta clasificación fue H. Tristram Engelhardt, ya que desde su punto de vista no es aplicable un sistema de principios en una sociedad éticamente plural, pues no compartimos una misma religión ni una misma manera de entender la razón. Para Engelhardt el único principio con esta validez y a su vez base de toda la ética, es el principio de permiso. Este significa que no todo el mundo vive el mismo sistema de valores, contrariamente lo que nos une y compartimos es que cada persona tenga su propio sistema de valores. A estas personas las denomina “extraños morales”, sobre cuyas acciones no puedo intervenir siempre que consten de su permiso, aunque mi sistema ético dictamine que no es el correcto. Las consecuencias derivadas de la aplicación de este principio resultan iguales a las de aplicar el principio de autonomía. Así, a su vez da una nueva visión a la afirmación del punto anterior de John Kreown sobre “¿qué es el ser humano?”, ya que para Engerhardt “persona” es aquel ser con la capacidad de dar permiso, o sea, es necesario que posea cierto nivel de inteligencia y conexión con la realidad, por lo que embriones, fetos, niños pequeños, comatosos, dementes, etc. quedan excluidos de este título. ⁽²⁴⁾

En definitiva, el concepto central y regulador de la biomedicina es la dignidad humana, que resulta ineludible en el trato médico-paciente y es un valor intrínseco a la persona que justifica el trato justo y beneficioso del enfermo. ⁽²⁾ Esta afirmación de R. Andorno nos hace escuchar a los defensores de la eutanasia, pues si el médico está obligado a darle a su paciente el mejor tratamiento posible, cabe entender que el alargamiento del dolor y de una vida considerada a veces por el enfermo “vacía de sentido”, puede ser considerada indigno por algunos, una de las razones más comunes

por las que médicos holandeses concedieron la eutanasia en 2010. ⁽²²⁾ De esta manera se enfrenta la concepción de dignidad como “respeto de la voluntad” con la de “proteger al paciente de su propia voluntad de morir”. ⁽²⁰⁾

Es por esta variabilidad en la interpretación por lo que Charlesworth prefiere hacer referencia a la “autonomía” ⁽²⁸⁾ En este contexto, R. Andorno explica, siguiendo la definición de Tom Beauchamp y James Childress, que la autonomía exige la autodeterminación de los pacientes, lejos del engaño y coacción. De esta manera el enfermo elige lo que es más beneficioso desde su punto de vista mediante un proceso de diálogo con el médico en el cual éste último sólo aporta la información relacionada con la naturaleza, objetivos, ventajas y riesgos de las distintas opciones terapéuticas, valorando la capacidad del paciente para decidir siguiendo dos criterios, el entendimiento y la voluntad. ^(2,27,28) Desde este punto de vista cabe entonces preguntar: si la muerte es el mayor interés de algunos pacientes, entonces la muerte constituye un bien moral para estos enfermos. Por tanto, ¿por qué está mal ceder a los deseos del paciente cuando el facultativo no solo consta del permiso de este, sino que además ha sido valorado respetando su derecho a la autonomía? ^(24,29)

3.4 SITUACIÓN LEGAL DEL SUICIDIO ASISTIDO Y LA EUTANASIA EN EEUU Y AUSTRALIA

3.4.1 Situación legal en EEUU

Con la despenalización del suicidio asistido Oregón por primera vez en todo el país, la Oregon Death with Dignity Act (ODDA) permitió el suicidio asistido cuando se cumplan estos requisitos: ⁽³⁰⁾

- Debe ser un paciente terminal con una expectativa de vida inferior a seis meses.
- Debe ser mayor de 18 años, plenamente capaz y no presentar síntomas de depresión.
- Que haya formulado dos peticiones de asistencia al suicidio con un intervalo mínimo de dos semanas, por escrito y en presencia de dos testigos, uno de los cuales no debe tener relación con él.

- Dos médicos (el que le atiende y un consultor) deben informar por escrito de las condiciones del paciente y tienen que descartar que la petición sea debida a un estado depresivo.
- Los médicos pueden recetar, pero no administrar, dosis letales de drogas para producir una muerte rápida. El paciente debe ser capaz de tomarlo él mismo.
- Los médicos no tienen que estar necesariamente presentes en el acto del suicidio.
- El médico tiene que presentar un informe.

3.4.2 Situación legal en Australia

En mayo de 1995 se legalizó la eutanasia voluntaria mediante “El acta de los enfermos terminales” en el norte de Australia. Estuvo en vigor nueve meses y posteriormente la ley fue declarada ilegal mediante una ley del Senado australiano. Durante el tiempo de vigencia murieron cuatro personas por inyección subcutánea letal.

(30)

3.5 SITUACIÓN LEGAL DEL SUICIDIO ASISTIDO Y LA EUTANASIA EN EUROPA

3.5.1 Situación legal en Holanda

Los requisitos que recoge el artículo 2 de la ley para poder optar a la eutanasia y el suicidio asistido en el territorio holandés son los siguientes: (30)

- Que la persona objeto de la eutanasia o auxilio al suicidio sea residente en Holanda.
- Que el médico esté convencido de que la petición es voluntaria, está bien meditada y expresa los deseos del enfermo, o sea, que es plenamente capaz y se ha reiterado en su voluntad. Esta puede haber sido manifestada en un documento de voluntades anticipadas.
- Que se constate un padecimiento insoportable y sin esperanzas de mejora.

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

Se excluyen del concepto de eutanasia:

- La conducta activa para causar la muerte de enfermos comatosos y recién nacidos, ya que no pueden expresar su voluntad de morir.
- La administración de una medicación analgésica para evitar o mitigar el padecimiento, pese a que este acelere la muerte.
- La supresión o el no inicio de tratamientos que no tienen una finalidad terapéutica sino sólo paliativa.

Siempre y cuando se cumplan los requisitos anteriores, el médico podrá atender la petición de morir de:

- Mayores de 18 años plenamente conscientes o que hayan expresado voluntades anticipadas.
- Menores entre 16 y 18 años plenamente conscientes o con voluntades anticipadas si los padres o tutores han participado en el proceso de decisión.
- Menores entre 12 y 16 años, con madurez suficiente, si los padres o tutores están de acuerdo con la decisión del menor.

3.5.2 Situación legal en Bélgica

A diferencia de Holanda no se menciona el suicidio asistido ya que el Código Penal Belga no castiga el auxilio al suicidio. Los requisitos recogidos por la ley belga son: ⁽³⁰⁾

- Que el paciente sea mayor de edad o menor emancipado, capaz y consciente de su petición.

- Que la petición sea voluntaria, reiterada sin pretensiones exteriores, pudiendo haberla manifestado en un documento de voluntades anticipadas que tenga una vigencia inferior a cinco años.
- Que haya padecimiento físico o psíquico constante e insuperable ocasionado por una condición patológica grave e incurable.

El médico tiene que:

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

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

Solo en Bélgica, la Enfermería adquiere un rol en el proceso de decisión, de manera que el médico debe debatir la solicitud de eutanasia con el equipo de Enfermería involucrado en el cuidado del paciente. ⁽³¹⁾

3.5.3 Situación legal en Suiza

Aunque en este país la eutanasia sigue penada por ley, el auxilio al suicidio no lo está, el cual no tiene que contar necesariamente con la asistencia de un médico. Solo debe encontrarse presente en el caso de que sea necesario asegurar el control correcto de la prescripción.

Fuere la situación que fuere, según el artículo 115 del Código Penal suizo, detrás de la actuación de quien ayuda no debe haber ninguna motivación egoísta ni de tipo personal o económico.

Suiza cuenta con tres organizaciones voluntarias que apoyan a las personas que solicitan ayuda al suicidio: EXIT, que actúa en los cantones de habla germánica e italiana; AMD, en los cantones franceses; y DIGNITAS, para las personas extranjeras que vayan a Suiza para recibir ayuda al suicidio. EXIT ha pasado de asistir 30 casos en el año 1993 a un centenar actualmente; DIGNITAS declaró tres casos el año 2000, 37 en 2001, 52 en 2002 y 91 en 2003. ⁽³⁰⁾

3.5.4 Situación legal en Luxemburgo

La eutanasia fue despenalizada el 16 de marzo de 2009 bajo las siguientes condiciones: ⁽³²⁾

Solo se puede llevar a cabo en paciente al final de la vida con enfermedad incurable e irreversible. Dicho acto puede ser rechazado por el médico en nombre de su ética profesional, en cuyo caso el paciente puede acudir a otro profesional. Una vez haya sido aceptado bajo el cumplimiento de una serie de condiciones y se cuente con la opinión concordante de dos médicos, ninguna estructura puede impedir que se siga adelante. Finalmente, una comisión de evaluación formula su decisión. Sin embargo, solo se realizan menos de 10 eutanasias al año, aunque se ha registrado un ligero aumento.

3.6 SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA

Hoy en día tanto la eutanasia como el suicidio asistido están penados por ley en nuestro país. Ello queda recogido en el artículo 143 del Código Penal aprobado por la Ley Orgánica 10/1995 del 23 de noviembre ⁽³³⁾: 1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años. 2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona. 3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte y 4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, serie e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanente y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.

Así, la eutanasia está considerada asesinato por nuestro Código Penal. Lo que supone que sólo se proponga la opción a quienes la demandan de prestar cuidados al final de la vida. Por lo tanto, pacientes en situación de enfermedad terminal reciben cuidados paliativos. Estos son definidos por la Organización Mundial de la Salud como “la atención activa y completa de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento curativo, con el objetivo de brindar al paciente y su familia la mejor calidad de vida posible”.⁽³⁴⁾

El tratamiento paliativo evoluciona conforme lo hace la enfermedad, pues a medida que esta avanza y el paciente deja de responder al tratamiento específico, se aplica un mayor número de medidas paliativas.

La Sociedad Española de Cuidados paliativos determina que para establecer la terapéutica hay que tener en cuenta que exista una enfermedad avanzada, progresiva e incurable con un pronóstico inferior a 6 meses de vida acompañada de síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, sin respuesta al tratamiento específico, lo que provoque un gran impacto emocional en el paciente y su entorno en relación con la presencia de la muerte. Los cuidados están basados en una atención integral y holística en la que no solo el enfermo sea la unidad que tratar, sino también su familia, promoviendo la autonomía y dignidad del enfermo en la toma de decisiones. Además, el ambiente ha de ser de confort, respeto, soporte y comunicación donde exista una actitud rehabilitadora y activa que lleve a superar el “no hay más que hacer”. Para ello se controlan los síntomas o se promueve la adaptación del enfermo a los mismos y se facilita el apoyo emocional y comunicación al enfermo y su entorno. Esto es posible con un equipo interdisciplinar capaz de adaptarse a los objetivos cambiantes de los enfermos con el espacio y tiempo específico para ello, así como con la formación específica y el apoyo adicional necesario.⁽³⁵⁾

Si comparáramos el supuesto que España aceptara una ley que permitiera la eutanasia con un país vecino que posea recorrido respecto a la misma y otros métodos considerados de muerte digna, resalta la transición de Holanda. Después de entrar en vigor la ley despenalizadora de este procedimiento, se produjo un descenso moderado en los tres años siguientes. A partir de entonces aumentó la frecuencia de muertes causadas por la eutanasia hasta 2010 (en Bélgica ocurrió algo similar los tres años previos a la legalización de la eutanasia en 2002. A partir de entonces subió al 1.9% en 2007), a diferencia del suicidio asistido, que se mantuvo a la baja durante estos años. Existió un aumento proporcional entre casos en los que se pidió explícitamente morir mediante eutanasia (de un 4.8% en 2005, a un 6.7% en 2010) y casos en los que el deseo de morir se concedió (de un 37% a un 45%) Mientras, descendió el número de

pacientes que no expresaron un claro deseo de morir (de un 0.8% en 1990, a un 0.2% en 2010) Sin embargo, también se mantuvo relativamente estable el número de enfermos que pidieron una terapia con el fin de prolongar la vida, al mismo tiempo que incrementaron las peticiones de alivio de los síntomas. ⁽²²⁾ De hecho, los médicos tienden más al alivio de los síntomas de sus pacientes (un 36.4% de los pacientes en 2010) mucho más a menudo que a la eutanasia o el suicidio asistido. Además, el incremento de pacientes que prefieren una terapia contra el dolor o los signos y síntomas de su enfermedad es más notable que el aumento de casos eutanásicos. ⁽³⁶⁾

Así, estadísticamente el número de personas que ejercen su derecho a decidir sobre su muerte no ha hecho que se haya reducido los que optan por que se les apliquen cuidados paliativos. Por tanto, que se posibilite acelerar la muerte no significa que todos los enfermos terminales prefieran esta opción.

Pero en nuestro país, aunque se ha producido una evolución en la normativa que penaliza las diferentes formas de acabar con la vida de otro ser humano, la mayor parte de la sociedad española reclama una actualización de dicha normativa que permita ir más allá despenalizando la eutanasia y favoreciendo una muerte digna.

Así queda reflejado en una encuesta llevada a cabo por The Economist sobre la muerte asistida, en la que participaron ciudadanos de Australia, Bélgica, Canadá, Alemania, España, Francia, Gran Bretaña, Hungría, Italia, Japón, Holanda, Polonia, Rusia, Suecia y EE. UU.

En nuestro país se entrevistó de forma online a 2.112 jóvenes y adultos de entre 16 y 65 años en un período de 6 días comprendido entre el 10 y el 16 de junio del año 2015. Se plantearon ocho cuestiones que incluían diferentes supuestos prácticos relativos a la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido. En todos los casos, incluso aquellos en los que el paciente es menor de edad y tiene el consentimiento informado de los padres o tutores legales, la mayoría está de acuerdo con la eutanasia. (Ver Anexo I) ⁽³⁷⁾

Esta opinión generalizada se mantiene dos años después tal y como lo demuestra una encuesta realizada por Metroscopia a finales de febrero de 2017, con la que se concluyó que el 84% de los españoles apoya el derecho a una muerte digna. Aunque está mucho más extendido entre los menores de 35 años (con un apoyo del 90% de los encuestados), es ampliamente mayoritario entre los mayores de 65 años (con un apoyo del 74%) A pesar de los resultados, cabe destacar que la pregunta que se planteó fue “¿Cree usted que un enfermo incurable tiene derecho a que los médicos le proporcionen algún producto para poner fin a su vida sin dolor?”. Por lo tanto, esta

encuesta realmente no está planteada desde el paciente y su familia, pues el protagonismo que deberían tener ellos recae en el médico, de manera que en este caso no se habla de la muerte digna, sino de las atribuciones del médico. (Ver Anexo II) ⁽³⁸⁾

3.7 IMPLICACIÓN DE LA ENFERMERÍA EN LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO

Al realizar esta revisión bibliográfica podemos comprobar que el debate sobre una cuestión tan delicada como la eutanasia y el suicidio asistido se centra en la figura del facultativo médico desde el punto de vista de su código deontológico, propia moral ética y posible cobertura legal, más que en las necesidades y deseos del paciente, que es al que realmente le afecta una decisión tan personal como es la de decidir sobre el fin de su vida con la ayuda de terceros. Esto también es extensible a la figura de la enfermera, que se encuentra en primera línea de esta situación fáctica al ser el enlace directo con el enfermo, y probablemente quien recibe de forma inmediata los deseos del paciente, pudiendo crear una sensación de empatía que afecta a ambos; lo cual implica que sea nuestro sector el que más peticiones directas de morir afrontan.

La enfermera se convierte de alguna manera en el “confesor” del paciente, recibiendo desde su ingreso sus más íntimos deseos, sus preocupaciones, su dolor y en definitiva toda la gama de sentimientos más o menos dolorosos que pueden rodear a una situación semejante a la que exponemos. Las encuestas realizadas a profesionales del sector sanitario confirman que la principal necesidad de los pacientes es el acompañamiento y comprensión (79%) frente la propia atención sanitaria (4%) y espiritual (14%). Al mismo tiempo la queja más frecuente es la barrera comunicativa con el facultativo y la familia (34%) y que se decida por ellos (33%). ⁽³⁹⁾

Así, una revisión bibliográfica realizada por De Beer, Gastmans y Dierckx de Casterle demostró que en torno a una de cada cuatro enfermeras han afrontado la solicitud de recibir la eutanasia por al menos un paciente en su recorrido profesional. ⁽⁴⁰⁾ Este patrón se repite en Estados Unidos, donde 141 enfermeras de cuidados intensivos de un total de 852 encuestadas, dicen haber recibido peticiones de pacientes y familiares para proceder a ejecutar una eutanasia o suicidio asistido. ⁽⁴¹⁾

A pesar de todo, la participación de las enfermeras en la toma de decisiones es muy limitada, llegando a ser inexistente en la mitad de los casos. Aun así, los médicos especialistas en Holanda parecen preferir contar con la opinión de la compañera enfermera (la consulta se produce en el 75-86% de los casos) frente los médicos

generalistas (la consulta se reduce al 17-40% de los casos), lo que podría estar explicado porque estos últimos adquieren mayor relación con sus pacientes que el especialista. ⁽⁴¹⁾

Consecuentemente, se han dado casos de enfermeras que ceden a la petición de su paciente y administran el fármaco letal de forma encubierta (a esto se le denomina “criptotanasia”)⁽³⁾, ya sea en países donde la eutanasia está aprobada por ley o no.⁽⁴²⁾ Ello queda demostrado, por ejemplo, en el estudio estadounidense anteriormente citado, en el cual 129 enfermeras de las 852 que respondieron al cuestionario, confesaron haberse visto implicadas en esta práctica, administrando opiáceos en altas cantidades como método más común. ⁽⁴¹⁾

No se puede reducir el papel de la enfermera como el de una mera ejecutora del dictamen del médico; su papel va mucho más allá de una cuestión meramente técnica pasando a un rol más activo y directo con el paciente ya que mediante el trato personal que se produce a diario con el mismo tiene la capacidad de influir y/o aconsejar al enfermo a la hora de tomar decisiones sobre su situación médica. De esta manera, frente a un caso terminal puede orientar al enfermo sobre la decisión más adecuada siempre dejando al paciente la decisión final sobre qué postura adoptar. Esto implica la escucha activa para identificar las razones que llevan al paciente a pensar en poner fin a su vida, pues de acuerdo con las enfermeras encuestadas por Dierckx de Casterle, Verpoort, De Bal y Gastmans, en la mayoría de los casos el sufrimiento puede ser aliviado con recursos alternativos como los cuidados paliativos. ⁽⁴²⁾

Sin embargo, cuando un paciente mantiene su deseo expreso de morir los cuidados paliativos dejan de ser suficientes para aliviar dicho sufrimiento. Los factores por lo que puede persistir la petición de morir son: dolor y síntomas intratables, sufrimiento espiritual o existencial y la relación que se establece entre el paciente y los profesionales. ⁽⁴²⁾

Independientemente de lo expuesto, es tan poca la bibliografía e investigaciones relacionadas con la visión de las enfermeras sobre la eutanasia y el suicidio asistido, que es complicado sacar una conclusión de lo que opina el sector de forma mayoritaria.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

4.1.1. Comprobar si existe diferencia de opinión respecto a la eutanasia y el suicidio asistido entre estudiantes de primero y cuarto de Enfermería.

4.2. Objetivos específicos:

4.2.1. Determinar qué tipo de decisiones tomarían al final de sus vidas.

4.2.2. Averiguar si consideran moralmente aceptable legalizar la eutanasia y el suicidio asistido tras haber entrado en contacto con la muerte.

4.2.3. Correlacionar las creencias religiosas con la opinión a favor o en contra de la eutanasia y el suicidio asistido.

5. MATERIAL Y MÉTODO

5.1 Diseño de investigación

Se realizará un estudio cuantitativo, descriptivo, longitudinal y prospectivo.

5.2 Población y muestra

La población estará conformada por las estudiantes de 1º curso del Grado de Enfermería en las sedes de La Laguna y La Palma de La Universidad de La Laguna que comiencen sus estudios en el año escolar 2018-2019, y posteriormente, las mismas estudiantes en 4º curso del año escolar 2021-2022, lo que constituye una población de 600 estudiantes.

El tamaño muestral se establecerá en 316 personas, con un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 99%, llevando a cabo un muestreo aleatorio simple y estableciendo como criterios de inclusión los siguientes:

- Ser mayor de 18 años
- La estudiante participa voluntariamente en el estudio

5.3 Variables y método de recogida de información

Para la recogida de datos se empleará un cuestionario validado por los expertos Ortiz-Goncalves Albarrán Juan, Labajo González, Santiago-Sáez y Perea-Pérez ^(43, 44) modificado para esta investigación (se eliminó el módulo 4 que profundiza en las instrucciones de la Comunidad de Madrid). Se encuentra dividido en cinco módulos: 1. Cuidados psicofísicos; 2. Cuidados paliativos, 3. Eutanasia y suicidio asistido; 4. Dimensión espiritual y 5. Datos sociodemográficos (véase anexo III)

Dentro de cada módulo destacan como principales variables las expuestas a continuación:

- Módulo 1: estado de salud y experiencia de acompañamiento a un ser querido
- Módulo 2: el cuidado prestado a un familiar en cuidados paliativos y deseo de recibir cuidados paliativos
- Módulo 3: considerar, solicitar y legalizar la eutanasia y el suicidio asistido
- Módulo 4: considerar y solicitar el acompañamiento espiritual y la práctica habitual de creencias

Las variables secundarias serán:

- Módulo 1: dónde le gustaría llegar al término de su vida y quiénes desearía que le rodeasen en ese momento
- Módulo 2: dónde ha recibido su familiar los cuidados paliativos, y si estuviera consciente/inconsciente dónde preferiría ser cuidado
- Módulo 4: quiénes desearía que le acompañasen en su final
- Módulo 5: sexo, estado civil y edad en intervalos (Módulo 6).

En total, el cuestionario estará compuesto por 32 ítems que se repartirán de la siguiente manera: módulo 1: 12 ítems; módulo 2: 7 ítems; módulo 3: 6 ítems; módulo 4: 4 ítems; módulo 5: 3 ítems.

Se entregará en mano 600 cuestionarios previendo una duración de 20-30 minutos para cumplimentarlo en las aulas de la facultad, entregándolo de forma anónima.

Previamente se repartirá el consentimiento informado a las participantes, en el que se asegura la confidencialidad y anonimato de la información obtenida.

5.4 Análisis estadísticos

El análisis estadístico de las variables se realizará con el programa estadístico SPSS 22, que incluirá el estudio de la media, moda, mediana, error estándar de la media, coeficiente de variación, valor máximo, valor mínimo y percentiles (25, 50 y 75).

Para las variables secundarias será llevada a cabo la prueba chi cuadrado de Pearson mediante tablas de contingencia y razón de verosimilitud.

6. CRONOGRAMA

Curso 2018-2019				
Actividades	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Entrega de cuestionarios y recogida de información				
Análisis de resultados				

Curso 2021-2022						
Actividades	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Entrega de cuestionarios y recogida de información						
Análisis de resultados						
Comparación de resultados						
Elaboración del informe final						
Presentación y difusión de resultados						

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Martín M., Alonso J.L. Aproximación jurídica al problema de la eutanasia, en *La Ley*, año XIII, núm. 3048, Madrid, 1992, p. 1.
2. R. Andorno. *Las bases de la bioética. Bioética y dignidad de la persona*. 2ª ed. Madrid: Tecnos [Internet]; 2012 [consultado el 3 de diciembre de 2017]. p.15-61. Disponible en: https://www.academia.edu/2146899/Bio%C3%A9tica_y_dignidad_de_la_persona
3. Simón P., Barrio I.M., Alarcos F.J., Barbero J., Couceiro A., Hernando P. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Rev Calidad Asistencial* [Internet] 2008 [consultado el 13 de diciembre de 2017]; 23(6): 271-285. Disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTBio/201028.pdf>
4. Gómez M., Altisent R., Bátiz J., Ciprés L., Corral P., González J.L. *et al.* Atención médica al final de la vida: Conceptos. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. [Internet] 2010 [consultado el 13 de diciembre de 2017]; 17(3): 177-179. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462010000300007&lng=es.
5. Collado A.M., Piñón A., Odales R., Acosta L., Serra S. Eutanasia y valor absoluto de la vida. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [Internet] 2011 [consultado el 3 de diciembre de 2017]. 49(3) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300012&lng=es.
6. Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Rev Clín Esp* [Internet]; 2012 [consultado el 15 de diciembre de 2017]. 212(3): 134-140. Disponible en: <http://www.revclinesp.es/es/content/articulo/S0014256511003122/>
7. Bátiz J. Limitar el esfuerzo terapéutico al final de la vida. [Internet] paliativossinfronteras.org [consultado el 8 de marzo de 2018] Disponible en: <http://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/LIMITACION-ESFUERZO-TERAPEUTICO-BATIZ.pdf>
8. Sanz, J. ¿Qué es bueno para el enfermo? *Medicina Clínica* [Internet]; 2002 [consultado el 8 de marzo de 2017]. 119(1): 18-22. Disponible en: <https://eutanasia.ws/hemeroteca/enfermo.pdf>
9. Charlesworth C.M.. *Cómo terminar con la vida. La bioética en una sociedad liberal*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996, pp. 35-74, p.67
10. Rietjens J. A. C., van der Maas P. J., Onwuteaka-Philipsen B. D., van Delden J. J. M., van der Heide, A. Two Decades of Research on Euthanasia from the Netherlands. What

- Have We Learnt and What Questions Remain? *Journal of Bioethical Inquiry* [Internet]; 2009. [consultado el 13 de diciembre de 2017]; 6(3): 271–283. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2733179/pdf/11673_2009_Article_9172.pdf
11. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guías Médicas [Sede Web] Madrid: SECPAL; 2014 [consultado el 17 de abril de 2018] Disponible en: <http://www.secpal.com/CUIDADOS-PALIATIVOS-NO-ONCOLOGICOS-ENFERMEDAD-TERMINAL-Y-FACTORES-PRONOSTICOS>
 12. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos*. 1ª Ed. España: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia; 2008. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf
 13. Schuster S. Reseña de Los que sobran. Historia de la eutanasia social en la Alemania nazi, 1939- 1945 de Götz Aly. *Memoria y Sociedad*; 2015, 19(38): 109-112. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-51972015000100012
 14. Sans J, Abel F. *Obstinación terapéutica*. Real Academia de Medicina de Cataluña (Barcelona); 2005. Disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTBio/201027.pdf>
 15. Lorda PS, Barrio IM. La Eutanasia en Bélgica. *Revista Española de Salud Pública*. [Internet] 2012 [consultado el 12 de diciembre de 2017]; 86(1): 5-19. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17023088002>
 16. Vermeersch E. The Belgian Law on Euthanasia. The Historical and Ethical Background. *Act Chir Bel*. 2002; 102:394-397
 17. Belgian Advisory Committee on Bioethics. Opinion No. 1 of 12 May 1997 concerning the advisability of a Legal Regulation on Euthanasia. [Citada el 12 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/jtnepe>
 18. Parreiras M, Cafure G, Pacelli LM, Sulva L, Rückl S, Ângelo VL. Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática. *Rev. Bioét.* [Internet] 2016; 24 (2): 355-367. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n2/es_1983-8034-bioet-24-2-0355.pdf
 19. García A.M. (Ed.). *Sobre el morir y la muerte*. Máster U. en cuidados al final de la vida (Tanatología). Tenerife. España. 2002.
 20. Steimbock B. *The End of Life: Euthanasia and Morality*. *James Rachels*. Ethics [Internet] 1987 [consultado el 17 de diciembre de 2017]; 97(4): 878-879. Disponible en: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/10.1086/292907>

21. Besanceney J.C. *Initiation à la bioéthique. Prendre soin de la vie*. Centurion, París. 1991, p. 38
22. Onwuteaka-Philipsen B.D., Brinkman-Stoppelenburg A., Penning C., de Jong-Krul G. J., van Delden J. J., van der Heide A. Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey. *Lancet (Lond)*. 2012; 380(9845): 908–915. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61034-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61034-4/fulltext)
23. Keown J. The liberal account of euthanasia. *Euthanasia Examined: Ethical, Clinical and Legal Perspectives*. 3 ed. United Kingdom: University Press, Cambridge; 1997. p. 8-9
24. Busquets E, Camps V, Carrera J, Feito L, Mir J. Principios de Ética Biomédica, de Tom L. Beauchamp y James F. Childress. *Bioet Debat (Barc)*. 2011; 17(64): 3-14. Disponible en: http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_agronomia/Produccion_Animal/ProducciOn_Animal/Bioetica.pdf
25. Lawrence DJ. The Four Principles of Biomedical Ethics: A Foundation for Current Bioethical Debate. *J Chiropr Humanit*. 2007; 14: 34–40. Disponible en: http://cursa.ihmc.us/rid=1N9LFPNVN-N2R6ZC-1YP2/The%20Four%20Principles%20of%20Biomedical%20Ethics_A%20Foundation%20for%20Current%20Bioethical%20Debate.pdf
26. Sgreccia E. *Manuale di bioetica*. 3.ª ed. Milán: Vita e Pensiero; 1999, p. 173.
27. Simón P., Júdez J. Consentimiento informado. *Med Clín* 2001; 117(3): 99-106. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775301720295>
28. Simón P, Rodríguez J.J, Martínez A, López R.M, Júdez J. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones. *Med Clín* 2001; 117: 419-426. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775301721343>
29. Doyal L, Doyal L. Why active euthanasia and physician assisted suicide should be legalised: If death is in a patient's best interest then death constitutes a moral good. *BMJ*. [Internet] 2001 [consultado el 24 de enero de 2018]; 323(7321): 1079-1080. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1121585/>
30. de Miguel C, López A. Eutanasia y suicidio asistido: Conceptos generales situación legal en Europa, Oregón y Australia. *Med Paliat*. 2006; 13(4):207- 215. Disponible en: <https://eutanasia.ws/hemeroteca/j23.pdf>

31. Francke A. L., Albers G., Bilsen J., de Veer A. J. E., Onwuteaka-Philipsen, B. D. Nursing staff and euthanasia in the Netherlands. A nation-wide survey on attitudes and involvement in decision making and the performance of euthanasia. *Patient Education and Counseling*, 2016; 99(5), 783–789. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S073839911530121X?_rdoc=1&_fmt=high&_origin=gateway&_docanchor=&md5=b8429449ccfc9c30159a5f9aeaa92ffb
32. Rosan M. Euthanasie: une situation encore floue au Luxembourg [Internet]. Le Quotidien. 2017 [consultado el 28 diciembre 2017]. Disponible en: <http://www.lequotidien.lu/a-la-une/euthanasie-une-situation-encore-floue-au-luxembourg/>
33. Ley 10/1995 de 23 de noviembre, del Homicidio y sus Formas, art. 143 (Boletín Oficial del Estado, número 281, de 24/11/1995)
34. Comité de Expertos de la OMS. *Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer*. Serie de informes técnicos: 804. Ginebra, 1990. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41759/WHO_TRS_804_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
35. Lo B. (2012). Euthanasia in the Netherlands: what lessons for elsewhere? *Lancet*, 380(9845): 869–870. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612611283?_rdoc=1&_fmt=high&_origin=gateway&_docanchor=&md5=b8429449ccfc9c30159a5f9aeaa92ffb
36. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de Cuidados Paliativos [Sede Web] Madrid: SECPAL; 2014 [consultado el 3 de diciembre de 2017] Disponible en: http://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos-1
37. Asisted Dying Research. Poll conducted for The Economist [Internet] Junio 2015 [consultado el 28 de diciembre de 2017] Disponible en: https://www.eutanasia.ws/_documentos/dossier_eutanasia/Encuestas/15%20The%20Economist%20.pdf
38. Ferrándiz J, Toharia J, Ferrándiz J. El 84% de los españoles apoya el derecho a una muerte digna – Metroscopia [Internet]. Metroscopia.org. 2018 [consultado el 19 de enero de 2018]. Disponible en: <http://metroscopia.org/muerte-digna/>
39. Comité de consulta de Bioética de Cataluña. *Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio*. Generalidad de Cataluña; 2006. Disponible en: http://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/02/repositori_eutasui.pdf

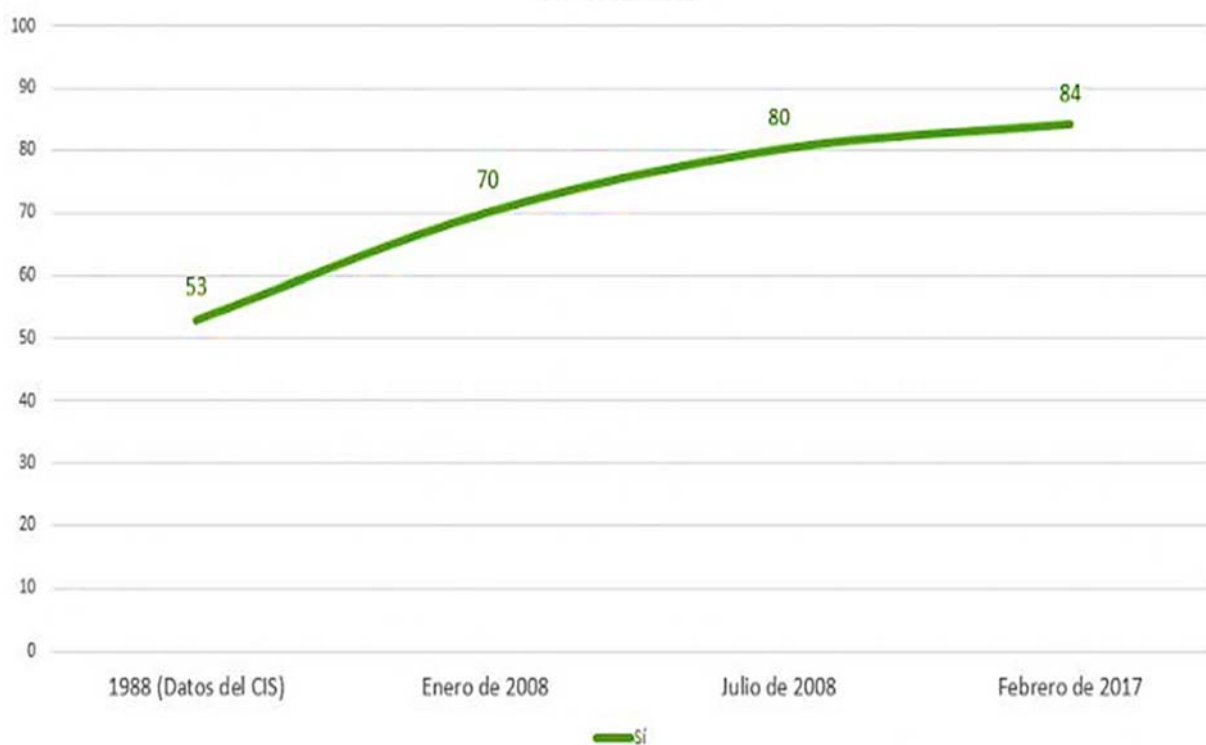
40. De Beer T, Gastmans C, Dierckx de Casterle B. Involvement of nurses in euthanasia: a review of the literature. *J Med Ethics*. 2004; 30: 494-498. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1733944/pdf/v030p00494.pdf>
41. Asch DA, MD, MBA. The role of critical nurses in euthanasia and assisted suicide. *N Engl J Med*. 1996; 334:1374-1379 Disponible en: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM199605233342106?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft_dat=cr_pub%3Dwww.ncbi.nlm.nih.gov&
42. De Casterlé B. D., Verpoort C., De Bal N., Gastmans C. Nurses' views on their involvement in euthanasia: a qualitative study in Flanders. *J Med Ethics* 2006; 32(4): 187–192. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2565778/pdf/187.pdf>
43. Ortiz-Gonçalves B, Albarrán E, Labajo E, Santiago-Sáez A, Perea-Pérez B. Decisiones al final de la vida: resultados del cuestionario validado por expertos. *Gac. Sanit*. 2017. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117303138>
44. Ortiz-Gonçalves B, Albarrán E, Labajo E, Santiago-Sáez A, Perea-Pérez B. Elaboración de un cuestionario sobre conocimientos y actitudes de la población madrileña frente al final de la vida. *Gac Sanit*. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.09.009>

ANEXO I. Assisted Dying Research Poll conducted for The Economist. 2015.

	Sí, debería ser legal que un médico asista a un paciente para terminar con su vida	No, no debería ser legal que un médico asista a un paciente para terminar con su vida	No sabe	No contesta
¿Cree que debería ser legal que un médico asista a un paciente de edad igual o superior a 18 años a terminar con su vida, si así es como lo desea el paciente, teniendo en cuenta que presenta una enfermedad terminal (con una expectativa igual o inferior a 6 meses de vida) y si ha expresado un deseo claro de acabar con su vida?	78	7	12	4
¿Cree que debería ser legal que un médico asista a un paciente de edad igual o superior a 18 años a terminar con su vida, mediante la prescripción de fármacos que el paciente pueda administrarse por sí mismo?	59	21	15	5
¿Cree que debería ser legal que un médico asista a un paciente de edad igual o superior a 18 años a terminar con su vida, mediante la administración por parte del médico de fármacos que ponen fin a la vida?	63	13	16	5
¿Cree que debería ser legal que un médico asista a un paciente a terminar con su vida si es menor a 18 años, teniendo en cuenta que presenta una enfermedad terminal (con una expectativa igual o inferior a 6 meses de vida), ha expresado un deseo claro de morir y tiene el consentimiento de sus padres o tutores legales? - Si el paciente tiene 15-17 años.	49	20	22	10
¿Cree que debería ser legal que un médico asista a un paciente a terminar con su vida si es menor a 18 años, teniendo en cuenta que presenta una enfermedad terminal (con una expectativa igual o inferior a 6 meses de vida), ha expresado un deseo claro de morir y tiene el consentimiento de sus padres o tutores legales? - Si el paciente tiene 11-14 años	36	25	28	11
¿Cree que debería ser legal que un médico asista a un paciente a terminar con su vida si es menor a 18 años, teniendo en cuenta que presenta una enfermedad terminal (con una expectativa igual o inferior a 6 meses de vida), ha expresado un deseo claro de morir y tiene el consentimiento de sus padres o tutores legales? - Si el paciente tiene 10 años o menos.	35	26	28	11
¿Cree que debería ser legal que un médico asista a un paciente a terminar con su vida, si no tiene una enfermedad terminal, pero está sufriendo físicamente de tal forma que lo encuentra inaguantable y no puede ser curado o paliado con la medicina actual? ¿Y cree que debería ser legal que un médico asista a un paciente a terminar con su vida, si no tiene una enfermedad terminal, pero está sufriendo mental o emocionalmente de tal forma que lo encuentra inaguantable y no puede ser curado o paliado con la medicina actual, y no presenta ninguna discapacidad psíquica? - Si está sufriendo físicamente.	65	11	17	6
¿Cree que debería ser legal que un médico asista a un paciente a terminar con su vida, si no tiene una enfermedad terminal, pero está sufriendo físicamente de tal forma que lo encuentra inaguantable y no puede ser curado o paliado con la medicina actual? ¿Y cree que debería ser legal que un médico asista a un paciente a terminar con su vida, si no tiene una enfermedad terminal, pero está sufriendo mental o emocionalmente de tal forma que lo encuentra inaguantable y no puede ser curado o paliado con la medicina actual, y no presenta ninguna discapacidad psíquica? - Si está sufriendo psicológicamente.	48	21	21	7

ANEXO II. Encuesta realizada por Metroscopia sobre el derecho a la muerte digna. 2018.

*¿CREE USTED QUE UN ENFERMO INCURABLE TIENE DERECHO A QUE LOS MÉDICOS LE PROPORCIONEN ALGÚN PRODUCTO PARA PONER FIN A SU VIDA SIN DOLOR?
ENTRE EL CONJUNTO DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA
RESPUESTAS AFIRMATIVAS
(EN PORCENTAJES)*



ANEXO III. Cuestionario ^(43, 44)

Módulo 1

En este primer punto, nos interesaría conocer las decisiones que desearía tomar al final de su vida con respecto a su salud, estas incluyen tanto los cuidados físicos, los psíquicos y espirituales, así como, con quién, cómo y dónde desearía estar en esos momentos.

1. Evalúe como considera su estado de salud actual:

(Marque con una X en la escala, el número elegido del 1 al 10)

Muy mala

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Muy buena

2. ¿Recibe Ud. Tratamiento médico convencional (medicación, cirugía, rehabilitación, etc.)?

Sí No No sabe No contesta

3. ¿Recibe Ud. Tratamiento médico complementario (medicina natural, acupuntura, homeopatía, etc.)?

Sí No No sabe No contesta

4. En ocasiones, al final de la vida hay que tomar decisiones respecto al cuidado físico, emocional y espiritual. ¿Le gustaría decidir a Ud., personalmente, qué hay que hacer cuando llegue ese momento final?

Sí No No sabe No contesta

5. Si contesta que **No** a la pregunta 4:

¿Le gustaría que otras personas decidieran por Ud.?

Sí No No sabe No contesta

6. Si contesta que **Sí** a la pregunta 5:

¿Quién le gustaría que decidiera por Ud.? (puede marcar más de una respuesta):

Familiares (pareja, padres, hijos, hermanos)

Amigos

Médico que le atiende

Otras personas, ¿quiénes? _____

7. Ha pensado alguna vez. ¿Cómo le gustaría a Ud. llegar al término de su vida?

Sí No No sabe No contesta

8. Si contesta que **Sí** a la pregunta 7:

¿Cómo le gustaría que fuera ese momento?

- De repente
 Dándose cuenta de que está abandonando este mundo
 Dormirse y no despertarse
 Indiferente
 ¿De qué otra forma? _____

9. ¿Dónde le gustaría a Ud. que transcurrieran los últimos momentos de su vida?

- Casa
 Hospital/Residencia
 Indiferente
 No sabe
 Otro lugar, ¿cuál? _____

10. ¿Qué personas le gustaría que le acompañaran en el momento final de su vida?

(puede marcar más de una respuesta)

- Familia/amigos
 Equipo Médico (médico, enfermera, etc.)
 Solo
 No sabe
 Otras personas, ¿quiénes? _____

11. ¿Ha acompañado a algún ser querido en los últimos momentos de su vida?

Sí No No sabe No contesta

12. Si contesta que **Sí** a la pregunta 11:

¿Cómo recuerda usted esa experiencia de acompañamiento?

Muy negativa

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Muy positiva

Módulo 2

Con la colaboración de numerosos profesional y expertos en Cuidados Paliativos se ha elaborado un programa para abordar la enfermedad avanzada e incurable, pretendiendo con ello mejorar la calidad de vida, tanto del que afronta la enfermedad como el de sus familiares. En dicho programa se considera: el diagnóstico, la prevención y el alivio del sufrimiento, el tratamiento del dolor, así como el de los problemas sociales, físicos, psíquicos y espirituales que acompañan a ese momento difícil de la vida.

13. ¿Conoce Ud. la existencia de los Servicios de Cuidados Paliativos?

Sí No No sabe No contesta

14. ¿Algún familiar o allegado suyo ha recibido Cuidados Paliativos?

Sí No No sabe No contesta

15. Si contesta que **Sí** a la pregunta **14**:

¿Dónde ha recibido su familiar o allegado cuidados paliativos?

- Casa
 Hospital
 Residencia
 No sabe
 Otro lugar, ¿cuál? _____

16. Si contesta que **Sí** a la pregunta **14**:

¿Cómo calificaría la atención y el cuidado prestados en estos Servicios de Cuidados Paliativos?

(Marque con una X en la escala, el número elegido del 1 al 10)

Muy malo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Muy bueno

17. Si usted sufriera una enfermedad avanzada e incurable, ¿desearía recibir Cuidados Paliativos?

(Marque con una X en la escala, el número elegido del 1 al 10)

Totalmente en desacuerdo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Totalmente de acuerdo

18. Si Ud. estuviera **consciente**, ¿dónde preferiría recibir los Cuidados Paliativos?

- Casa
 Hospital
 Residencia
 No sabe
 Otro lugar, ¿cuál? _____

19. Si Ud. estuviera **inconsciente**, ¿dónde preferiría recibir los Cuidados Paliativos?

- Casa
 Hospital
 Residencia
 No sabe
 Otro lugar, ¿cuál? _____

Módulo 3

La vida nos enfrenta a diferentes situaciones comprometidas y una de ellas es el momento final de la existencia, en ocasiones unido a problemas de difícil control en distintos niveles físico (ej: asfixia, vómito, sangrado, convulsiones), psicológico (ej: crisis de ansiedad, pánico), etc. En estos momentos de gran sufrimiento, a pesar de la ayuda de los Cuidados Paliativos y de la asistencia médica bien realizada, se podría plantear, el tener que recurrir a una muerte médicamente asistida. Este concepto de muerte asistida engloba a varias intervenciones como son: la eutanasia y el suicidio asistido.

- **La eutanasia** consiste en la actuación de un profesional (ej: administración de medicamentos inyectables a dosis letales) que produce deliberadamente la muerte de un paciente con una enfermedad irreversible)
- **El suicidio asistido** consiste en la intervención de un profesional que proporciona los medios materiales (ej: medicamentos en comprimidos para tomar) y/o intelectuales (libros) imprescindibles para que el paciente con una enfermedad irreversible pueda acabar con su vida cuando lo desee.

Actualmente estas dos actuaciones **no están legalizadas en España**.

(Las siguientes preguntas van a estar colocadas en una tabla. En las 6 filas están dispuestas en una escala del número 1 al 10. Ud. debe marcar una sola respuesta, seleccionando con una X)

		Totalmente de acuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente en desacuerdo
20	¿Considera que la eutanasia es moralmente aceptable?												
21	Cuando llegue el momento final de su vida, si tuviera una enfermedad irreversible y una experiencia de sufrimiento intolerable, ¿solicitaría la eutanasia?												
22	¿Considera que en un futuro debería legalizarse la eutanasia?												
23	¿Considera que el suicidio asistido es moralmente aceptable?												
24	Cuando llegue el momento final de su vida, si tuviera una enfermedad irreversible y una experiencia de sufrimiento intolerable, ¿solicitaría el suicidio asistido?												
25	¿Considera que en un futuro debería legalizarse el suicidio asistido?												

Módulo 4

Actualmente, se está valorando mucho la dimensión espiritual del ser humano ya que tiene un carácter universal. Se podría definir la espiritualidad en el contexto del final de la vida como la aspiración profunda e íntima del ser humano, el anhelo de una visión de la vida y la realidad que integre, conecte, trascienda y de sentido a la existencia. Se asociaría también al desarrollo de unas cualidad y valores que fomenten el amor y la paz. La espiritualidad no es sinónimo de religión y se puede tener una dimensión espiritual sin tener creencias religiosas.

26. ¿Considera Ud. que el acompañamiento y la ayuda espiritual en el proceso final de la vida serían de gran ayuda?

(Marque con una X en la escala, el número elegido del 1 al 10)

Totalmente en desacuerdo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Totalmente de acuerdo

27. ¿Solicitaría Ud. acompañamiento espiritual en el proceso final de su vida?

Sí No No sabe No contesta

28. Si contesta que **Sí** a la pregunta 27:

¿Qué personas desearía que le acompañaran espiritualmente? (puede marcar más de una respuesta)

- Familia/amigos
 Psicólogo
 Representante religioso (sacerdote, líder espiritual, etc.)
 Equipo Médico (médico, enfermera, etc.)
 Otras personas, ¿quiénes? _____

29. Evalúe la frecuencia con la que Ud. practica sus creencias:

(Marque con una X en la escala, el número elegido del 1 al 10)

Ninguna

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Muy frecuentemente

Módulo 6

Como paso previo para poder generalizar los resultados de este estudio, precisamos conocer algunas características de la población como son: sexo, estado civil, profesión, estudios y edad.

30. ¿Cuál es su sexo?

Hombre Mujer

31. ¿Cuál es su estado civil?

- Soltero
 Casado/Vive en pareja
 Divorciado/Separado
 Viudo
 No contesta

32. ¿Entre qué franja de edad se encuentra Ud.?

18-25 años 26-35 años 36-45 años >45 años

ANEXO IV. Carta de Consentimiento informado estudiantes

D^a....., con D.N.I.....

Y domicilio en.....

Calle / Avda. / Plaza..... nº.....

C.P....., Provincia:.....

AUTORIZO a: D^a Andrea Cabrera Ledesma con D.N.I nº 79089265Q, a utilizar la información necesaria para la realización del estudio “la eutanasia en los estudiantes de enfermería”.

En Santa Cruz de Tenerife a..... de.....de 2018

Firma del estudiante