



**Universitat**  
de les Illes Balears

## **TRABAJO DE FIN DE GRADO**

# **LA ENFERMERA EN LA MUERTE ASISTIDA**

**Nuria Rosa Portillo**

**Grado de Enfermería**

**Facultad de Enfermería y Fisioterapia**

**Año Académico 2019-20**



# LA ENFERMERA EN LA MUERTE ASISTIDA

**Nuria Rosa Portillo**

**Trabajo de Fin de Grado**

**Facultad de Enfermería y Fisioterapia.**

**Universidad de las Illes Balears**

**Año Académico 2019-20**

Palabras clave del trabajo:

Enfermera, eutanasia, muerte asistida, bioética

*Nombre Tutor/Tutora del Trabajo: Margalida Miró Bonet*

*Nombre Tutor/Tutora (si procede)*

Se autoriza la Universidad a incluir este trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con fines exclusivamente académicos y de investigación

Autor		Tutor	
Sí	No	Sí	No
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Índice

TEMA	PÁGINA
RESUMEN .....	6
INTRODUCCIÓN .....	8
OBJETIVOS .....	12
ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA .....	13
RESULTADOS .....	15
DISCUSIÓN .....	16
• Actitudes enfermeras hacia la muerte asistida .....	16
• Dilemas éticos y morales .....	22
• Factores que condicionan la capacidad de afrontamiento .....	25
CONCLUSIÓN .....	27
BIBLIOGRAFÍA .....	29
ANEXOS .....	33

## **RESUMEN**

**Introducción:** La muerte asistida es una realidad en los cuidados enfermeros que necesita investigación para proporcionar unos cuidados de calidad al final de la vida.

**Objetivos:** Conocer cómo afrontan las enfermeras los procesos de muerte asistida y cuáles son sus actitudes en la práctica clínica. Conocer la importancia de los discursos bioéticos que sustentan los dilemas morales frente a la toma de decisiones, así como los factores determinantes que condicionan la capacidad de afrontamiento.

**Estrategia de búsqueda:** Se lleva a cabo una revisión de la evidencia a través de los metabuscadores EBSCOhost, Scopus y Ovid y, las bases de datos de revisiones sistemáticas Pudmed y Scielo, además de documentación gubernamental. Finalmente, se revisan un total de 30 artículos.

**Resultados:** Se describe fundamentalmente el papel de las enfermeras entorno a los cuidados al final de la vida, los factores sociodemográficos y bioéticos que influyen en la toma de decisiones y los determinantes que mejorarían la práctica clínica. El resto de los artículos hacen referencia a la legislación de los países donde la eutanasia y/o el suicidio asistido esta legalizado.

**Discusión:** Se identifican argumentos que defienden el papel de la enfermera en la muerte asistida como principal cuidadora y testigo de los contextos y circunstancias de las peticiones. Se determina que los factores sociodemográficos son los principales moduladores de las actitudes hacia la muerte asistida, así como los principios bioéticos de la profesión. Se comprueba que la educación y el apoyo emocional son criterios necesarios para garantizar la prestación de unos buenos cuidados al final de la vida.

**Conclusión:** La literatura establece que la muerte asistida es un contexto más del cuidado y que es imprescindible conocer la realidad de sus formas para eliminar teorías no fundamentadas.

Se reivindica mayor reconocimiento del papel de la enfermera y la necesidad de incluirla en los debates y reflexiones, así como determinar claramente su función en la legislación. Las actitudes y dilemas morales se basan en los principios bioéticos que sustentan la

profesión y conocerlo es de suma importancia para poder comprender la naturaleza de sus acciones.

Finalmente, la literatura recomienda fomentar planes educativos relacionados con la muerte para mejorar el afrontamiento de las enfermeras.

Palabras clave: enfermera, eutanasia, muerte asistida, bioética.

Introduction: Assisted death is a reality of nursing care that needs research to provide quality care at the end of life.

Objectives: To know how nurses around the world face assisted death processes and the importance of bioethical speeches that support moral dilemmas in decisions making. To know what the nurse's attitudes in clinical practice are as well as the determining factors that condition coping capacity.

Bibliographic search strategy: a review of evidence has been carried out through the metasearch engines EBSCOhost, Scopus and Ovid, and the databases of systematic reviews Pubmed and Scielo, in addition to government documentation. Finally, a total of 30 documents have been reviewed.

Results: the articles found, fundamentally describe the important role of nurses in end-of-life care, the sociodemographic and bioethical factors that influence decision making, and determining factors that would improve clinical practice. The rest of the articles refer to legislation of countries where euthanasia and/or assisted suicide is legalized.

Discussion: arguments were identified that defend the fundamental role of nurses in assisted death as the main caregiver and witness to the contexts and requests' circumstances were identified. Sociodemographic factors were determined to be the main modulators of nurses' attitudes towards assisted death, as well as the bioethical principles of the profession. Finally, it was proved that education and emotional support of nurses are necessary criteria in great measure to guarantee the execution of good care-taking actions at the end of patients' lives.

Conclusion: Literature establishes that, assisted death is another context of caring and that it's essential to know the reality of its forms to be able to eliminate unsupported theories. A greater recognition of the nurses' claims, and role and the need to include her in the debates and reflections, as well as to clearly determine her role in the assisted death legislation. It is determined that attitudes and moral dilemmas are based on the bioethical principles that support the profession and knowing it is of utmost importance in order to understand the nature of their actions.

Finally, the literature recommends an improvement in educational plans related to death to improve nurse's coping with this type of care.

Key words: nurse, euthanasia, assisted death, bioethics.

## **INTRODUCCIÓN**

Toda persona es considerada como una unidad indisoluble compuesta de cuerpo y mente, un ser eminentemente social, inmerso en un medio que le influye dependiendo de múltiples factores. Es fundamental contemplarlo desde un punto de vista integral, como un ser biopsicosocial dinámico que interactúa dentro del contexto total de su ambiente y que participa como miembro de una comunidad <sup>1</sup>.

Una de las mayores amenazas a la existencia es el hecho de que estamos destinados a morir. Este fenómeno es esencial para los profesionales de la salud, que tienen que enfrentar la muerte casi a diario <sup>2</sup>.

El derecho de una persona viva es su derecho más importante y debe ser protegido con el máximo cuidado, sin embargo, una persona no puede ser obligada a vivir cuando ha perdido la mayoría de los rasgos humanos básicos, como reír, hablar, satisfacer sus necesidades básicas de dignidad, libertad y autonomía <sup>2</sup>.

Antes de seguir avanzando, es importante definir aquellos conceptos que están íntimamente relacionados con la muerte asistida y que son necesarios para entender el contexto.



En primer lugar, se debe aclarar que el término muerte asistida incluye dos conceptos: eutanasia y suicidio asistido, que serán definidos a continuación:

La eutanasia es la administración intencionada de drogas letales para poner fin, sin dolor y a petición expresa, a la vida de un paciente que sufra una enfermedad incurable considerada insoportable <sup>3</sup>.

El suicidio asistido, en cambio, es el acto que implica ayudar a una persona intencionadamente, a petición de ésta, a finalizar con su vida <sup>3</sup>.

Seguidamente, la muerte digna se describe como un término muy amplio, con un significado diferente y a la vez común para todas las personas. La muerte digna implica poder terminar la vida de acuerdo con nuestras propias creencias y valores, rodeados de nuestros seres queridos, o no, en definitiva, de la manera más coherente a nuestra voluntad y a nuestra vida. Esta singularidad, que nos diferencia a cada uno de nosotros, debe ser reconocida como parte de la propia dignidad, especialmente en el momento de morir.

Por otro lado, el homicidio por compasión se produce cuando alguien provoca la muerte de un paciente sin que exista una petición expresa de éste y sin conocer, por tanto, su voluntad, pero actuando por compasión o piedad ante una situación de padecimiento muy grande, con la intención de procurarle un bien <sup>4</sup>.

El documento de instrucciones previas se define como, aquel mediante el cual una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad para que se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlo personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento <sup>5</sup>.

Los cuidados paliativos, definidos según el SECPAL<sup>6</sup>, son “un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y a sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal”.

El rechazo al tratamiento se describe como el derecho de la persona a negarse a recibir cualquier tratamiento médico que considere que pueda mermar su calidad de vida, incluso si éste la prolongara durante un tiempo <sup>7</sup>.

Por último, la limitación del esfuerzo terapéutico consiste en no aplicar medidas extraordinarias o desproporcionadas para la finalidad terapéutica que se plantea en un paciente con mal pronóstico vital y/o mala calidad de vida. Existen dos tipos: no iniciar determinadas medidas o retirarlas cuando están instauradas <sup>8</sup>.

Es importante destacar que la práctica de la eutanasia y/o el suicidio asistido no se lleva a cabo de igual manera en los países donde es legal, existen diferencias en su aplicación dependiendo de las características recogidas en la legislación de cada uno de ellos, por lo que considero importante exponer un resumen de dichas características (Anexo 1).

En España, la muerte asistida no es legal en ninguna de sus formas, pero a continuación, se describen brevemente las legislaciones publicadas entorno a esta situación.

El Código penal español, prohíbe tanto la eutanasia como el suicidio asistido, así queda recogido en su artículo 143 (Anexo 2), pero es interesante subrayar que existen algunos atenuantes, recogidos en el apartado 4, que muestran cierta sensibilidad en los casos donde la víctima padece una enfermedad que le conduce a la muerte o a un sufrimiento permanente e insoportable, lo que se consideraría homicidio por compasión <sup>9</sup>.

Por otro lado, en los últimos años se han ido generando toda una serie de avances legislativos entorno a los derechos en la salud de los pacientes. En primer lugar, en el Estado español, el 1 de enero del 2000 entra en vigor el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano, más conocido como el Convenio de Oviedo, el cual implementó la validez jurídica de los llamados “testamentos vitales” o instrucciones previas, propios según la Comunidad Autónoma (Anexo 3). En su artículo 9, menciona textualmente: “Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre con capacidad de expresar su voluntad” <sup>10</sup>.

Actualmente, el elemento legislativo fundamental es la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia

de información y documentación clínica, en vigor desde el 16 de mayo de 2003. En su artículo 11 se regula íntegramente la aplicación y utilización del documento de instrucciones previas <sup>11</sup>.

Asimismo, la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, artículo 5, menciona que es deber del profesional el respeto a las decisiones de los pacientes en términos establecidos por la ley básica, antes mencionada <sup>11</sup>.

En definitiva, aunque el paciente pueda expresar su voluntad al final de la vida, ésta no puede contradecir el ordenamiento jurídico, sin embargo, ante ciertas situaciones, el Estado muestra una serie de opciones respaldadas por la ley como el rechazo al tratamiento, la limitación del esfuerzo terapéutico y la sedación paliativa.

En la actualidad, con la entrada del nuevo gobierno socialista, se está barajando la posibilidad de legalizar la eutanasia a través de la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia, del 30 de julio de 2019, que pretende dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda sostenida de la sociedad <sup>12</sup>. Un breve resumen de las condiciones y prestaciones de la Proposición de Ley Orgánica, se muestran en el anexo 4.

Como observamos, los profesionales de la salud son clave para llevar a cabo la elaboración de los protocolos de planificación anticipada y la asistencia al final de la vida, puesto que tienen la obligación de informar a los pacientes sobre todas las opciones con el fin de que puedan decidir con autonomía sus últimos deseos <sup>13</sup>.

En este sentido, las enfermeras están ganando cada vez un mayor impulso e importancia <sup>14,15</sup>, ya que su labor es la que mejor conecta con la concepción de unos cuidados integrales, conformados mediante el respeto mutuo, la intimidad, la confianza, el cuidado compasivo e integral, donde es imprescindible el respeto por las decisiones y el apoyo a las preferencias y valores <sup>3,17,18,19,20</sup>.

Asimismo, las enfermeras son, muchas veces, las primeras en recibir la petición de la asistencia para morir, lo cual las posiciona en un lugar clave para comprender la naturaleza y el carácter razonable <sup>14,15,16,17,18</sup>. Además, son responsables de llevar a cabo

una buena negociación con el propósito de atender correctamente y proporcionar al paciente todas las opciones disponibles 3,17,19,20.

Según lo mencionado, la enfermera se presenta como una figura clave en este proceso, pero lo cierto, es que tanto su papel como sus actitudes no se encuentra debidamente reflejadas en la literatura, en legislación, ni en los debates emergentes, lo cual genera tensiones y ambigüedad en la práctica real 3,15. Desde el Colegio Internacional de Enfermería (CIE) se apoyan intentos de las asociaciones nacionales de mejorar la participación en discusiones, política y legislación relacionada con temas de la muerte, la atención a pacientes y familiares al final de la vida 1.

Como afirman (*Pesut. B, Greig. M et. al 2019*), el predictor más importante de lo bien que irá una muerte asistida, es la presencia de una enfermera 20.

Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es conocer la realidad que acompaña a las enfermeras en el proceso de muerte asistida, desde dilemas morales hasta los factores que condicionan sus actitudes y su capacidad de afrontamiento.

## **OBJETIVOS**

Objetivo general:

- Explorar cómo afrontan las enfermeras los procesos de muerte asistida.

Objetivos específicos:

- Identificar las actitudes que las enfermeras adoptan ante una solicitud de muerte asistida.
- Describir los dilemas éticos y morales de las enfermeras ante una solicitud de muerte asistida.
- Conocer los factores que condicionan la capacidad de afrontamiento de las enfermeras en la muerte asistida.

## ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Una vez se definida la pregunta y los objetivos de investigación, se extraen las palabras clave empleadas en la búsqueda de información. Para ello, se utilizan los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) y los términos de lenguaje controlado de los tesauros Medical Subject Headings (MeSH), estos son: euthanasia, nurse; combinados con el operador booleano AND. Las bases de datos consultadas fueron metabuscadores Ebscohost, Scopus y Ovid, bases de datos Pudmed y Scielo, y base de datos de revisiones sistemáticas Cochrane.

En una primera aproximación al tema, se limitó la búsqueda a cinco años, lo que no nos arrojó demasiados resultados, por lo que se procedió a ampliar el límite a 15 años (2005-2020).

En todas las bases de datos se utilizaron los mismos descriptores y límites: temporalidad (2005-2020), idioma (inglés) y texto completo. El total de artículos entre todos los buscadores fue de 653.

En la siguiente tabla se muestran los artículos seleccionados en cada base de datos:

Base de datos	Descriptores	Límites	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
<b>EBSCOHost</b>	Euthanasia or assisted suicide or right to die AND nurse	Años: 2005 -2020 Idioma: inglés	357	4
<b>Scopus</b>	Euthanasia AND nurses	Años: 2008 - 2020 Idioma: inglés	31	3
<b>Ovid</b>	Euthanasia AND nurse	Años: 2005 - 2020 Idioma: inglés	79	1
<b>Pudmed</b>	Euthanasia AND nurse	Años: 2005 - 2020 Idioma: inglés	124	15
<b>Scielo</b>	Eutanasia	Años: 2005-2020 Idioma: inglés	58	2
<b>Cochrane</b>	Euthanasia AND nurse	Años: 2005-2020 Idioma: inglés	4	0

**Tabla 1.** Artículos seleccionados por bases de datos.

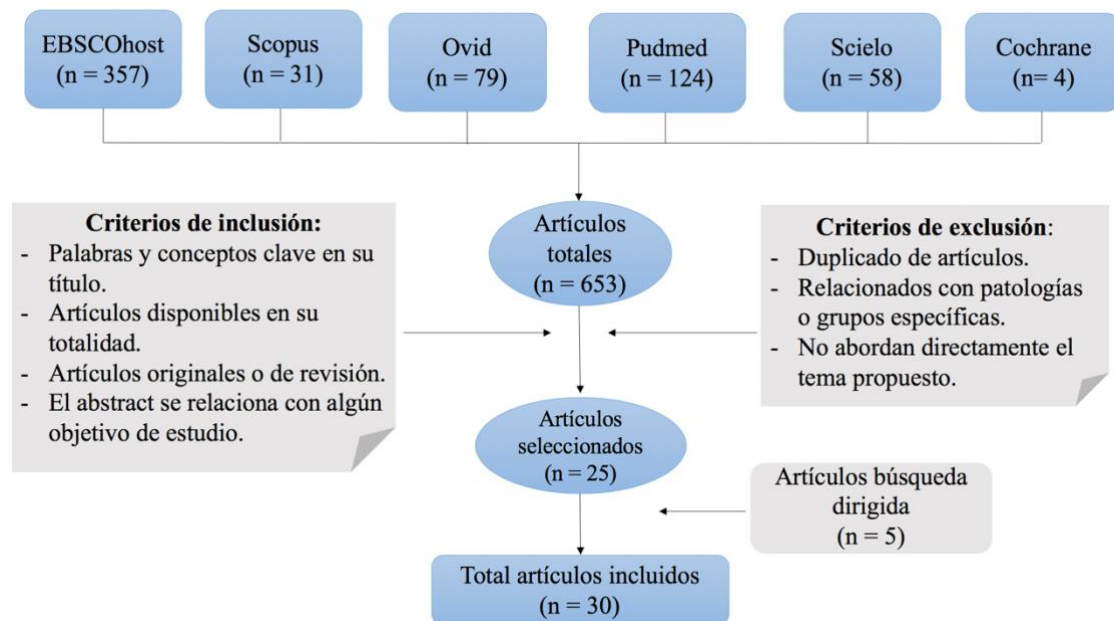
Una vez obtenidos los primeros resultados se procedió a eliminar los artículos duplicados, así como aquellos que no incluían ninguna de las palabras clave en su título. A continuación, se revisaron los resúmenes de los títulos más relevantes y se excluyeron los que hacían referencia al ámbito de pediatría o perinatal, los que se relacionaban con enfermedades específicas, los que se desarrollaban en residencias de ancianos y los que no mencionaban cuestiones fundamentalmente enfermeras en su discusión.

Del mismo modo, se incluyeron aquellos artículos que se encontraban disponibles al completo, artículos originales, artículos que contenían alguna de las palabras clave en su título y que además formaban parte de su argumentación, artículos que se relacionaban con el papel de las enfermeras y los factores que influyen en sus actitudes en el proceso de la muerte asistida, así como los referentes a legislación, bioética y declaraciones de posición.

Tras la lectura en profundidad de los artículos recopilados se recuperaron 5 referencias bibliográficas incluidas en éstos, utilizando la técnica de búsqueda dirigida o en bola de nieve, que resultaron de interés para nuestro trabajo.

Por otro lado, se realiza además una búsqueda no sistemática en páginas oficiales del gobierno estatal (BOE) y autonómico (Caib), Consejo internacional de Enfermería (CIE) y Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Dicha información se utiliza fundamentalmente para el desarrollo de la introducción del trabajo.

A continuación, se muestra el diagrama de flujo donde queda reflejada a modo de esquema la estrategia de búsqueda y los resultados, incluyendo los criterios de exclusión e inclusión utilizados.



**Figura 1.** Diagrama de flujo de los artículos incluidos y excluidos.

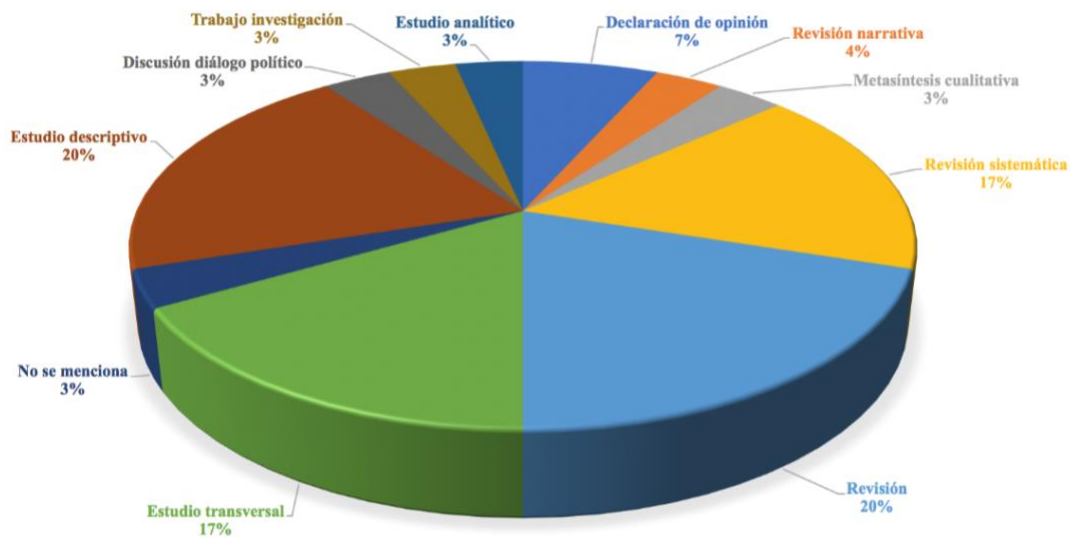
## RESULTADOS

En general, los estudios seleccionados se han llevado a cabo en Canadá, Bélgica, España y E.E. U.U. A modo de resumen, los principales temas reflejados son:

- Importancia del papel de la enfermera en la muerte asistida.
- Declaraciones y tendencias estadísticas sobre las actitudes y opiniones de las enfermeras hacia la muerte asistida.
- Propuestas para su inclusión de las enfermeras en discusiones, debates y elaboración de protocolos sobre la muerte asistida

Un análisis más detallado de los resultados de los estudios se muestra en el anexo 5.

En la siguiente figura (Figura 2), se muestran los resultados metodológicos utilizados en los artículos revisados.



*Figura 2. Metodología de los artículos revisados.*

## DISCUSIÓN

### ❖ Actitudes de las enfermeras hacia la muerte asistida

Como hemos comentado, a pesar de la implicación y los conocimientos de las enfermeras en los cuidados al final de la vida, sus actitudes, conocimientos y experiencias no se reflejan en la mayoría de la literatura ni en los discursos éticos relacionados con la muerte <sup>14,16,17,18,26</sup>.

Generalmente, cuando se enfrentan a una petición de muerte asistida afrontan sentimientos y emociones muy complejas, entrando en juego toda una serie de valores personales, profesionales, consideraciones religiosas, éticas, sociales y legales <sup>14,16,20,27</sup>. Además, describen el proceso como muy exigente debido a la previsión de la muerte del paciente, la rápida transición entre la vida y la muerte y el final repentino de la relación terapéutica. En definitiva, su implicación requiere responsabilidad y madurez emocional <sup>14,17,20,26</sup>.

En cuanto a sus actitudes, pueden emerger dos reacciones totalmente opuestas. En un extremo encontramos la total participación en el proceso; y en el otro extremo aparece



la plena objeción de conciencia, en la cual eligen ser relevadas de la atención de los pacientes que solicitan la asistencia para morir <sup>19,20</sup>.

En este sentido, la American Nurse Association (ANA), manifiesta: “Cuando una decisión o acción es moralmente objetable para la enfermera, ... está justificado que pueda negarse a participar, siempre y cuando esta negativa no se base en preferencias personales, prejuicios o conveniencia. Si se diera este caso, tiene el deber del compromiso ético, de proporcionar seguridad al paciente, evitar el abandono y retirarse solo cuando se asegure de que la atención de otra enfermera está disponible” <sup>18</sup>.

Siguiendo estas tendencias, encontramos en la literatura tanto discursos firmes a favor de la legalización de la muerte asistida, que respaldan la participación de las enfermeras en la práctica de la muerte asistida, como, argumentos que se oponen y penalizan tales actos.

En primer lugar, se observa que las enfermeras que participan en la muerte asistida lo hacen motivadas por ciertas percepciones comunes como, la importancia de las consecuencias positivas en experiencias pasadas, la sensación de congruencia con su rol, la percepción de tener la capacidad necesaria y la compatibilidad con los valores personales y morales de la profesión <sup>27</sup>, así como también, siguiendo la “norma subjetiva”, es decir, que están más dispuestas a participar cuando perciben que las personas de su alrededor también están de acuerdo (familia, equipo de trabajo, incluso la sociedad) <sup>29</sup>.

Por otro lado, una de las premisas más utilizadas como base para justificar muchas de las actitudes de rechazo hacia la muerte asistida tiene que ver con la declaración de posición de la ANA, que menciona que; “queda prohibida la participación de las enfermeras en la muerte asistida ya que considera que estos actos son una violación directa del Código de Ética para Enfermeras, las tradiciones éticas, los objetivos de la profesión, y su pacto con la sociedad. Su participación, en tales casos, debe girar en torno a proporcionar intervenciones para el alivio del dolor y otros síntomas, como son los cuidados paliativos y no pueden actuar con la única intención de poner fin a la vida, a pesar de que tal acción pueda estar motivada por la compasión, el respeto a la autonomía del paciente y la calidad de las consideraciones de la vida” <sup>18</sup>.

Del mismo modo, algunos argumentos defienden la figura de la enfermera como una institución social cuyo poder, estatus y papel en la sociedad debe trascender a los intereses individuales y a elecciones particulares de los pacientes <sup>23</sup>. Además, sugieren que su implicación en la muerte asistida podría cambiar la relación de confianza con los pacientes/familia, puesto que podrían ser percibidas como asesinas, hecho que disminuiría la confianza de la sociedad <sup>19,24,26</sup>.

Asimismo, estudios afirman que la muerte asistida muestra deficiencias en el cuidado de pacientes terminales, debido a que no promueve el objetivo de mejorar la atención al final de la vida y que podría conducir a una actitud menos compasiva hacia su cuidado <sup>28</sup>, además, podría exacerbar en las enfermeras la sensación de fracaso y pérdida que sienten a menudo después de la muerte de un paciente <sup>19</sup>.

Al mismo tiempo, se defiende la idea de que no intervenir en el proceso de morir es éticamente preferible a matar ya que consideran que la muerte asistida es demasiado agresiva e irreversible, ya que se aliviaría el dolor eliminando al paciente <sup>28</sup>, por el contrario, lo que se defiende es garantizar el máximo grado de confort, cuidado y control del dolor, con el fin de aliviar el malestar de los pacientes <sup>24</sup>.

Además, estudios concluyen que, una solicitud de muerte asistida es el resultado de un control inadecuado del dolor, de atención psicológica, social o espiritual <sup>16</sup>, y que cuando se controlan estos aspectos, la mayoría de los pacientes quieren seguir viviendo <sup>28</sup>.

Otros argumentos encontrados en la literatura tienen que ver con la preocupación por el abuso potencial, es decir, preocupación por la aplicación en personas que no hayan tomado la decisión de manera autónoma; además de las consideraciones financieras, argumentando que la muerte asistida es una alternativa menos costosa que los cuidados paliativos tanto a nivel individual como para el Sistema de Salud <sup>19,22,28,29</sup>.

En este sentido, algunos autores examinaron cómo las fragilidades sociales como las poblaciones vulnerables, sistemas de salud fragmentados, contención de costes, mala comprensión pública de la muerte asistida y la percepción de carga al final de su vida, se podrían ver afectadas de ser legalizada la muerte asistida <sup>19,28</sup>.

En general, una de las actitudes que tienen en común las enfermeras, es que, a pesar de su oposición personal, muestran una gran disposición para permanecer junto al paciente durante el proceso de muerte asistida, lo cual demuestra su gran responsabilidad por satisfacer las necesidades, promover el bienestar y brindar atención compasiva centrándose en proteger su dignidad <sup>17,20,24,26,28,29</sup>.

Los estudios determinan que, la mayoría tiene una intención positiva para participar en la muerte asistida, si tales prácticas son legales <sup>29</sup>. En este sentido, algunos autores abogan por permitir que la asistencia para morir sea un proceso más de los cuidados paliativos para conseguir garantizar una atención digna en el proceso, así las solicitudes de muerte asistida no se considerarían como un fracaso del cuidado <sup>28</sup>.

Además de los argumentos comentados, la literatura muestra toda una serie de factores contextuales que juegan un papel clave en la formación de actitudes a favor y en contra de la muerte asistida.

En primer lugar, hablaremos del lugar de trabajo. Algunos estudios muestran que el lugar de trabajo es una variable asociada a la percepción de la muerte asistida, esto incluye el ambiente de trabajo y la exposición al sufrimiento de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas <sup>27</sup>, sin embargo, otros estudios demuestran que ésto no es un determinante en la formación de actitudes hacia la muerte asistida <sup>24,28</sup>.

Según el estudio de (*Berghs. M, Dierckx de Casterlé. B et. al 2005*), la mayoría de las enfermeras que estaban a favor de la legalización de la muerte asistida eran corre turnos, y menos a favor fueron las de quirófano, sala de emergencia, obstetricia y ginecología <sup>26</sup>.

Se ha observado que, generalmente, las enfermeras de cuidados paliativos muestran una menor aprobación hacia la muerte asistida, lo que podría deberse a su conocimiento y experiencia en el control del dolor y los síntomas <sup>28,30,31</sup>.

En segundo lugar, comentaremos cómo la religiosidad de las enfermeras tiene un papel fundamental en la formación de sus actitudes:

Estudios afirman que, las creencias son un factor importante en las actitudes de las enfermeras, es decir, creer que existe vida después de la muerte reduce la ansiedad y aumenta la actitud positiva hacia la muerte <sup>2</sup>.

Asimismo, estudios concluyen que la religiosidad es un fuerte indicador de correlación negativa hacia el apoyo a la muerte asistida, siendo esta más importante incluso que los códigos profesionales para determinar sus acciones <sup>22,24,26,30,31,32</sup>.

En contraposición, otros estudios mostraron que la religión no estuvo significativamente relacionada con la oposición hacia la muerte asistida <sup>27,29</sup>.

En tercer lugar, comentaremos la influencia del nivel de estudios.

Estudios muestran que el nivel educativo no mantiene relación estadísticamente significativa con la formación de actitudes de las enfermeras hacia la muerte asistida <sup>24</sup>.

Por otro lado, estudios más recientes afirman que el nivel educativo de las enfermeras es un factor importante en la actitud hacia la muerte asistida, es decir, a mayor nivel educativo, las actitudes son más positivas <sup>27,31</sup>; y otros, contrariamente, describen que cuánto más bajo es el nivel educativo, mayor es la aceptación <sup>22</sup>.

En cuarto lugar, en relación con la edad, también encontramos disparidades en las conclusiones, es decir, por un lado, algunos estudios muestran que las enfermeras más jóvenes tienden a adoptar una mayor aceptación y están más dispuestas a participar en la muerte asistida <sup>22,24,26</sup>; aunque también, otros afirman que ésta no es un determinante en la formación de sus actitudes <sup>29</sup>.

En quinto lugar, comentaremos brevemente qué sugiere la literatura en cuanto al género de la enfermera. Por una parte, según (*Verpoort C, Gastmans C et. al 2004*), el género del profesional de enfermería no tuvo relación estadísticamente significativa con su actitud hacia la muerte asistida <sup>24</sup>. Sin embargo, solo uno estudio mencionó que los hombres estaban más dispuestos a practicar la eutanasia en comparación con las mujeres <sup>27</sup>.

En sexto lugar, la experiencia de trabajo se muestra como factor discordante, es decir que, estudios muestran que las actitudes son más positivas cuánto mayor es la

experiencia de trabajo <sup>27</sup>; como también, otros afirman contrariamente que enfermeras con menos experiencia reportan actitudes más positivas <sup>2</sup>.

Comúnmente, las enfermeras reconocen que la experiencia de trabajo y el conocimiento son factores muy importantes que influyen en la definición de sus actitudes <sup>31</sup>.

En séptimo lugar, el número de pacientes terminales que atienden las enfermeras diariamente es un factor que conlleva diversas conclusiones.

Por un lado, estudios muestran que cuánto más involucradas están las enfermeras con pacientes terminales reportan menor aceptación hacia la legalización de la muerte asistida <sup>24,26</sup>. Por otro lado, estudios más actuales concluyen que la atención a un mayor número de pacientes terminales conlleva una mayor aprobación <sup>27,32</sup>.

Otros afirman que, el contacto con pacientes en fase de últimos días no es un factor estadísticamente significativo en la formación de actitudes hacia la muerte asistida <sup>22</sup>.

En último lugar, describiremos cómo la influencia de los derechos de los pacientes juega un papel fundamental en la formación de actitudes en las enfermeras hacia la muerte asistida.

Por un lado, los principales argumentos tienen que ver con la calidad de vida y con el respeto por el “derecho a morir”, “derecho de autodeterminación” y “derecho a morir con dignidad”, lo cual deriva en un cuidado más compasivo y sensible hacia las necesidades individuales <sup>20,22,24</sup>.

Según afirma (*Pesut B, Greig M et. al 2019*), defender el derecho de un individuo a morir fomenta el florecimiento humano y facilita una muerte digna y autónoma <sup>20</sup>.

Las enfermeras defensoras de la muerte asistida hacen referencia al deber de aliviar el sufrimiento de los pacientes, valoran más la calidad de vida que su prolongación <sup>22</sup>.

Sin embargo, existen argumentos contra el absolutismo de la autonomía y contra la obligación de cumplir siempre con las peticiones de los pacientes, dicho de otra manera, la autonomía individual no debe ser una doctrina ética suprema y no merece tener mayor peso que el deber de “no hacer daño” <sup>22</sup>.

En este sentido, otras conclusiones mencionan que los individuos existen y prosperan dentro de un continuo de relaciones, así pues, la decisión de solicitar asistencia para morir afecta significativamente a los que le rodean y, como tal, no puede ser una decisión puramente individual <sup>20,28</sup>.

En definitiva, existe en la literatura toda una serie contradicciones sobre cómo algunos factores afectan a la formación de actitudes en las enfermeras hacia la muerte asistida, hecho que puede deberse a las diferencias sociodemográficas y culturales que existen en todo el mundo, como también a las interpretaciones individuales de los códigos éticos <sup>21</sup>.

### ❖ Dilemas éticos y morales

La legalización de la muerte asistida en algunos países ha generado en las enfermeras un conjunto de complejas decisiones éticas y morales relacionadas con la determinación del nivel de participación en esta nueva opción de cuidado <sup>19</sup>.

Estudios afirman que, cuando las enfermeras se involucran en la práctica de la muerte asistida, entran en juego cuestiones tales como la verdadera naturaleza de la enfermería, la dignidad profesional y, sobre todo, su carácter autónomo respecto a los médicos y pacientes <sup>28</sup>. Esto hecho suscita dos cuestiones desde el punto de vista ontológico moral de la enfermería: “¿Hay algo intrínseco en la función de la enfermera que hace que sea éticamente inadmisibles ayudar a un paciente a morir, aunque el suicidio en sí sea éticamente aceptable?” <sup>19</sup>.

El código ético profesional de enfermería, documentado en las directrices nacionales e internacionales, hace hincapié en el respeto a la autonomía del paciente y en el deber de respetar sus decisiones <sup>22</sup>.

Desde esta perspectiva, los argumentos que justifican la participación en la muerte asistida son, el respeto por el derecho del paciente a morir con dignidad, el deseo de aliviar un dolor insostenible (beneficencia) y el derecho de decidir sobre su vida y, por lo tanto, su muerte (autonomía) <sup>19,20,26,29</sup>.

Generalmente, los principios éticos generan dilemas morales que se debaten entre el respeto a la autonomía individual de una petición de asistencia para morir y la defensa de la obligación profesional para prevenir el daño <sup>20</sup>.

Por este motivo, vemos la importancia de describir brevemente los principios de la bioética básica para fundamentar las bases de los actos profesionales cuando se plantean conflictos éticos y morales en la práctica clínica.

Históricamente, el concepto de bioética aparece en 1970 y rápidamente recibe un fuerte impulso a través de los informes Belmont (1978) y los Principios de Ética Biomédica de Beauchamp y Childress (1979) <sup>23</sup>, así quedan establecidos cuatro principios:

En primer lugar, la beneficencia consiste en prevenir el daño, eliminar el daño o hacer el bien a otros. En ciertas situaciones, se ha descrito que las enfermeras podrían estar actuando, siguiendo este principio, aunque no siempre tengan el consentimiento de los pacientes <sup>29</sup>, hecho que, según Beauchamp y Childress, incurre en paternalismo <sup>23</sup>.

En segundo lugar, la no maleficencia defiende la idea de que no se puede hacer mal a otro intencionadamente.

En tercer lugar, la justicia, se define como el tratamiento equitativo y apropiado de lo que es debido a una persona, por lo tanto, un acto injusto se produce cuando se le niega a una persona el bien al que tiene derecho o no se distribuye equitativamente <sup>23</sup>.

Y, por último, el respeto a la autonomía hace referencia al respeto por la libertad individual de las personas.

Además, estos autores describen que, un individuo es autónomo cuando actúa libremente, necesitando para ello dos condiciones especiales: libertad, entendida como ausencia de influencias que condicionen su elección; y, agencia, es decir, la capacidad del individuo para llevar a cabo el acto, por lo tanto, una acción es autónoma cuando se hace intencionadamente, con comprensión y sin influencias controladoras que la determinen <sup>23</sup>.

Generalmente, los estudios afirman que las enfermeras deben equilibrar cuidadosamente estos principios éticos en el momento de negociar las peticiones de muerte asistida 20,24,28,29.

Pero, al mismo tiempo, también se encuentran críticas hacia los argumentos que justifican las decisiones de las enfermeras hacia la participación en la muerte asistida basados en estas leyes bioéticas.

En primer lugar, se enjuicia la forma en que la literatura ética de la enfermería utiliza el concepto de autonomía para justificar las acciones, ya que este tipo de autonomía hace referencia a un concepto asocial e individualista basado en los deseos más que en la razón o la comprensión, de manera que, su aplicación se correspondería a la idea de que lo que es elegido de manera autónoma, es, lo moralmente correcto 28.

En segundo lugar, se considera la muerte asistida como una la violación del principio de no maleficencia, dado que no solo sería perjudicial para el carácter de “regalo de la vida”, sino que también podría perjudicar la integridad de la profesión enfermera y cambiar su papel en la sociedad como sanadora y defensora 28, puesto que la enfermera es considerada un agente moral independiente y su integridad nunca debe ser usada como medio para el logro de unos objetivos, es decir, que deben ser consideradas más que simples ejecutoras de los deseos del paciente 28.

En relación con el principio de justicia, se exponen dos perspectivas: la primera, hace referencia al peligro de llamar a algo "justo" para encajarlo dentro de unas tendencias de un nuevo movimiento social. La segunda, hace referencia a que el derecho a morir no obliga moralmente a las enfermeras a llevar a cabo tales actos 28.

Por último, opinan que la muerte asistida iría totalmente en contra de la autonomía del paciente, ya que una vez producida, éste ya no disfrutaría de su autonomía, por lo que, sería considerada como una vía de escape, en la que el dolor es aliviado eliminando al paciente 28.

Como podemos observar, existe una teoría bioética y diversas opiniones que suscitan toda una serie de dilemas morales detrás de las actuaciones de los profesionales en su



práctica clínica y que moldean sus actuaciones y generan tensiones ante la voluntad de participar en el proceso de muerte asistida.

En conclusión, las enfermeras describen que, independientemente de su postura moral hacia la muerte asistida, siempre tratan de proporcionar una atención integral profesional sin juicio 20,33.

### ❖ **Factores que condicionan la capacidad de afrontamiento de las enfermeras en la muerte asistida**

El cuidado holístico de los pacientes al final de la vida es un trabajo muy exigente emocionalmente para las enfermeras, que puede ser difícil de sostener a largo plazo. De manera general, se espera que éstas tengan habilidades técnicas y emocionales, pero para llevar a cabo tal compromiso es necesario un tiempo para la reflexión sobre los propios valores y emociones, que pueden ser muy difíciles de gestionar 19,26.

Estudios describen que el cuidado de los pacientes al final de la vida afecta negativamente a las enfermeras a causa de una reducción de la satisfacción laboral, sensación de desgaste y daño emocional, además de sentimientos de tristeza, impotencia e indefensión y, como consecuencia, se producen actitudes de deshumanización como la comunicación limitada o la evitación, que dificulta la atención de calidad 2,26,33.

Se ha determinado que, la mayoría de las enfermeras no saben cómo reaccionar ante una petición de muerte asistida, incluso se cuestionan las razones por la que los pacientes la solicitan 30,36, de ahí la necesidad de una mayor orientación, soporte emocional, ético y legal que facilite la toma de decisiones y la forma de evaluar y negociar la complejidad de tal solicitud 14,20,24,25,26,35.

Durante la asistencia, las enfermeras afirman que principalmente se enfrentan a tres desafíos fundamentales: la ausencia de leyes y guías claras, ambigüedad y falta de colaboración por parte de otros profesionales 20.

La literatura muestra que muchas enfermeras describen la situación frente a los pacientes que expresan su deseo de morir como una confrontación debido a la falta de

recursos (personal cualificado, tiempo y educación), y que, en consecuencia, probablemente no pudieron proporcionar unos buenos cuidados, incluyendo conversaciones en profundidad y comprensión de sus verdaderas necesidades <sup>13</sup>.

Los datos de los estudios más relevantes indican una falta de conocimientos adecuados hacia los cuidados en la muerte asistida <sup>16,22,26</sup>. Como afirman (*Pesut B, Thorne S et. al 2020*), “la preparación de las enfermeras es esencial, independientemente de si juegan un papel central o no” <sup>19</sup>.

Asimismo, el reciente estudio, (*Green G, Reicher S et. al 2020*), concluye que “una educación insuficiente genera una comunicación inefectiva con los pacientes, pues crea un estado de inseguridad en la discusión y escucha de cuestiones relacionadas con la muerte, así como también influye negativamente en la calidad de la atención tanto al paciente como a su familia.” <sup>32</sup>.

Además, se ha demostrado que la educación sobre el final de la vida y la muerte de los pacientes reduce la ansiedad y afecta positivamente a la calidad de los cuidados enfermeros. se hace hincapié en la importancia de hacer frente a nuestra propia existencia y muerte como primer paso de la educación a la muerte <sup>2</sup>.

Por otro lado, las enfermeras describen que los factores contextuales también influyen en sus capacidades para cumplir con sus responsabilidades y objetivos de manera eficaz, esto incluye la cantidad de tiempo, la calidad de las interacciones con los miembros del equipo, la confianza con el médico, la frecuencia con la que deben responder a las solicitudes y el estatus legal de la muerte asistida <sup>14,25,26</sup>. Además, las enfermeras reportan enfrentarse a tareas complejas como la organización del equipo de trabajo y la carga asociada al papeleo <sup>25,26</sup>.

En muchas ocasiones las enfermeras que declararon su objeción de conciencia lo hicieron debido, en gran parte, a una falta de recursos y apoyo <sup>25,26</sup>, como también, por sentir temor a las sanciones al tener que defender sus actos por encontrarse dentro de una legalidad ambigua <sup>24,25</sup>.

En este sentido, el estudio de (*Pesut B, Thorne S et. al 2020*) defiende que las enfermeras que deciden participar en la asistencia necesitan sentirse que lo realizan con

total libertad, sin temor a consecuencias negativas en sus relaciones con compañeros u opciones de empleo futuras 19.

Según la ANA, es importante conocer las leyes estatales y políticas de la organización que guían la ayuda a morir. En palabras textuales “Para funcionar con eficacia, las enfermeras deben estar bien informadas sobre el Código ético con declaraciones interpretativas, normas en la práctica de la profesión, leyes y reglamentos locales y estatales, así como las políticas y los procedimientos” 35.

## **CONCLUSIÓN**

Como hemos argumentado, la muerte asistida no es incompatible con una buena atención y cuidado, a pesar de la existencia de otras opciones de tratamiento, como los cuidados paliativos que aunque sí se ha visto que muchas veces han mejorado las experiencias de los paciente, sigue siendo cierto que a día de hoy muchos otros siguen experimentando un sufrimiento insoportable derivado de cuestiones no solamente físicas sino espirituales como la pérdida de significado de la vida, autonomía, la capacidad control y de razón.

Generalmente, existe una mayor necesidad de investigación empírica sobre el verdadero papel de la enfermera en el proceso de la muerte asistida, puesto que son las que se encuentran en la mejor posición para proteger y abogar por los intereses de los pacientes. Esto contribuiría a la adquisición de un mayor protagonismo en la legislación reguladora, como también en el desarrollo de guías de práctica clínica, lo cual sería beneficioso tanto para los profesionales de la salud, como para los pacientes y las familias.

Por otra parte, podemos observar que, aunque la profesión de enfermería tiene unos códigos éticos establecidos, cuando las enfermeras se enfrentan a peticiones de muerte asistida se reúne toda una complejidad en sus actitudes que no pueden ser capturadas desde un debate polarizado en el que se reflejan actitudes simplemente a favor o en contra, sino que existen dificultades y tensiones que influyen en sus decisiones. Por este motivo, se hace visible la importancia de que los códigos éticos además de estar en

consonancia con la legislación de cada país también deberían encontrarse en armonía con las actitudes de las enfermeras.

Es importante que las enfermeras de todo el mundo reflexionen sobre su propio conocimiento y su punto de vista acerca de la muerte asistida. Así como también que se lleven a cabo planes de estudios que incluyan más a fondo el tema de la muerte asistida, una mayor formación con simulaciones y discusiones que mejoren las habilidades de comunicación, garantizando una mayor profundidad sobre el tema, así como una visión interdisciplinaria en los cuidados del paciente para que, llegada la ocasión, puedan estar más preparadas para responder adecuadamente.

Por último, concluir con una reflexión: una persona que desea morir es mucho más que su deseo de muerte y el reconocimiento de la dignidad y el respeto al final de la vida es esencial si queremos garantizar un cuidado holístico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. CIE. La función de la enfermera que dispensa cuidados a los pacientes moribundos y a sus familias. 2012;41(22):3.
2. Ay MA, Öz F. Nurses attitudes towards death, dying patients and euthanasia: A descriptive study. *Nurs Ethics*. 2019;26(5):1442–57.
3. Woods M, Asher BJ. Nurses and the euthanasia debate: Reflections from New Zealand. *Int Nurs Rev*. 2015;62(1):13–20.
4. Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya. Informe sobre l'eutanàsia i l'ajuda al suïcidi = Informe sobre la eutanasia y la ayuda al suicidio [Internet]. 2006. 146 p. Available from: [http://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/02/repositori\\_eutasui.pdf](http://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/02/repositori_eutasui.pdf)
5. Alventosa del Río J. La Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (y II). *Rev española Drog*. 2003;(3):270–84.
6. Bátiz J, Loncan P. Sociedad española de cuidados paliativos [sede web]. Guía temática: Problemas éticos al final de la vida: 2014. [info@secpal.com](mailto:info@secpal.com)
7. Vidal A J, Serrano R. Documento de trabajo. UNA APROXIMACIÓN A LOS DISCURSOS DE LOS ANDALUCES ANTE LA CALIDAD EN EL MORIR.
8. Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Rev Clin Esp*. 2012;212(3):134–40.
9. Estado JDEL, Carlos J, Espana REYDE. BOE. Boletín Oficial del Estado.Ley organica 10/1995, de 23 de noviembre del Código Penal. Régimen Local Esquemas. 2019;19–23.
10. España. Real Decreto 124/2007. Boletín Of del Estado. 2007;40:6591–3.
11. España G. Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias. Boe. 2003;41442–58.
12. Gobierno de España. Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. Boletín Of las Cortes Gen [Internet]. 2019;64(1):1–11. Available from: [http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L13/CONG/BOCG/B/BOCG-13-B-64-1.PDF](http://www.congreso.es/public_oficiales/L13/CONG/BOCG/B/BOCG-13-B-64-1.PDF)

13. Barrio I.M, Simón P, Jesús Pascau M. El papel de la enfermera en la planificación anticipada de las decisiones: más allá de las instrucciones previas o voluntades anticipadas. *Enfermería Clínica*. 2004;14(4):235–41.
14. Elmore J, Wright DK, Paradis M. Nurses’ moral experiences of assisted death: A meta-synthesis of qualitative research. *Nurs Ethics*. 2018;25(8):955–72.
15. Monteverde S. Editorial: Nursing and assisted dying: Understanding the sounds of silence. *Nurs Ethics*. 2017;24(1):3–8.
16. Tamayo-Velázquez MI, Simón-Lorda P, Cruz-Piqueras M. Euthanasia and physician-assisted suicide: Knowledge, attitudes and experiences of nurses in Andalusia (Spain). *Nurs Ethics*. 2012;19(5):677–91.
17. Beer T De, Gastmans C. Participación de las enfermeras en la eutanasia: una revisión de la literatura. 2004;494–9.
18. ANA Center for Ethics and Human Rights. ANA Position Statement: The Nurse’s Role When a Patient Requests Medical Aid in Dying. 2019;
19. Pesut B, Greig M, Thorne S, Storch J, Burgess M, Tishelman C, et al. Nursing and euthanasia: A narrative review of the nursing ethics literature. *Nurs Ethics*. 2020;27(1):152–67.
20. Pesut B, Thorne S, Greig M, Fulton A, Janke R, Vis-Dunbar M. Ethical, Policy, and Practice Implications of Nurses’ Experiences With Assisted Death. *Adv Nurs Sci*. 2019;42(3):216–30.
21. Adams JA, Bailey DE, Anderson RA, Docherty SL. Nursing Roles and Strategies in End-of-Life Decision Making in Acute Care: A Systematic Review of the Literature. *Nurs Res Pract*. 2011;2011:1–15.
22. Terkamo-Moisio A, Kvist T, Kangasniemi M, Laitila T, Ryyänen OP, Pietilä AM. Nurses’ attitudes towards euthanasia in conflict with professional ethical guidelines. *Nurs Ethics*. 2017;24(1):70–86.
23. Aparisi JS. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas* [Internet]. 2010;22(Marzo):121–57. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-92732010000100006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-92732010000100006)
24. Verpoort C, Gastmans C, De Bal N, Dierckx De Casterlé B. Nurses’ attitudes to euthanasia: A review of the literature. *Nurs Ethics*. 2004;11(4):347–65.

25. Pesut B, Thorne S, Schiller CJ, Greig M, Roussel J. The rocks and hard places of MAiD: A qualitative study of nursing practice in the context of legislated assisted death. *BMC Nurs*. 2020;19(1):1–14.
26. Berghe M, Dierckx de Casterlé B, Gastmans C. The complexity of nurses' attitudes toward euthanasia: A review of the literature. *J Med Ethics*. 2005;31(8):441–6.
27. Vézina-Im LA, Lavoie M, Krol P, Olivier-D'Avignon M. Motivations of physicians and nurses to practice voluntary euthanasia: A systematic review. *BMC Palliat Care*. 2014;13(1):1–17.
28. Quaghebeur T, de Casterlé BD, Gastmans C. Nursing and euthanasia: A review of argument-based ethics literature. *Nurs Ethics*. 2009;16(4):466–86.
29. Lavoie M, Godin G, Vézina-Im LA, Blondeau D, Martineau I, Roy L. Psychosocial determinants of nurses' intention to practise euthanasia in palliative care. *Nurs Ethics*. 2016;23(1):48–60.
30. Barnett MD, Cantu C, Galvez AM. Attitudes toward euthanasia among hospice nurses: Political ideology or religious commitment? *Death Stud* [Internet]. 2020;44(3):195–200. Available from: <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1539050>
31. Evans L. Suicide: Sociodemographic Factors. 2015;24(12):629–32.
32. Green G, Reicher S, Herman M, Raspaolo A, Spero T, Blau A. Attitudes toward euthanasia—dual view: Nursing students and nurses. *Death Stud* [Internet]. 2020;0(0):1–8. Available from: <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1716887>
33. Badger JM, Ladd RE, Adler P. Respecting patient autonomy versus protecting the patient's health: A dilemma for healthcare providers. *JONA's Healthc Law, Ethics, Regul*. 2009;11(4):120–4.
34. Hamric AB, Schwarz JK, Cohen L, Mahon M. Assisted Suicide/Aid in Dying: What Is the Nurse's Role? *Am J Nurs*. 2018;118(5):50–9.
35. Laane HM. Euthanasia, assisted suicide and AIDS. *AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV*. 1995;7(SUPPL. 2).
36. Parreiras M, Cafure Antunes G, Pacelli Marcon LM, Silva Andrade L, Rückl S, Andrade Ângelo VL. Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática. *Rev bioét* [Internet]. 2016;24(2):355–67. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016242136>

37. Molina Martínez MÁ, Serrano-del-Rosal R. Regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en España ¿hacia qué modelo se dirige la opinión pública. *Arbor*. 2014;190(769).
38. Dyer O, White C, Rada AG. Assisted dying: Law and practice around the world. *BMJ*. 2015;351(August):1–4.



## ANEXOS

### Anexo 1

A nivel internacional, existen varios países en los que la muerte asistida se ha aprobado siguiendo sus propias directrices. Haremos un breve resumen de las características legales y los criterios que se llevan a cabo en cada uno de ellos. Para exponer los resultados de la búsqueda dividiremos el tema en tres puntos:

- 1) Países donde el suicidio asistido es legal:

#### **Estados Unidos:**

- Oregón: Fue el primer estado en legalizar el suicidio asistido en los EE. UU., con la aprobación del Acta de muerte con dignidad, el 27 de octubre de 1997. No se considera suicidio, sino muerte con dignidad.

Es llevado a cabo en situaciones en las que los pacientes sufren una enfermedad incurable, terminal y con una esperanza de vida inferior a 6 meses.

La prescripción de los medicamentos letales la proporciona un médico <sup>36,37,38</sup>.

- Washington: En marzo de 2009 se aprueba el suicidio asistido a través del “Acta de muerte con dignidad”, con unas condiciones casi idénticas a las de Oregón <sup>36,37,38</sup>.

- Vermont: A través de la Ley 39, del 20 de mayo de 2013 “La elección del paciente y control en el final de la vida” se aprueba el suicidio asistido. Las condiciones de aplicación son igual a las de Oregón <sup>36</sup>.

- California: En 2016 entró en vigor la ley llamada “Acta de opción de fin de la vida”, lo que permitió el suicidio asistido. Sus condiciones y criterios de aplicación se basan en la Ley de Oregón <sup>36</sup>.

#### **Suiza:**

Según su artículo 15 del Código Penal, se permite el suicidio asistido, siempre que se realice por motivos altruistas, de otro modo será castigado por la ley. En cambio, la eutanasia queda prohibida conforme el artículo 114 del Código Penal.

En este país, la ley no especifica las condiciones que deben cumplir las personas que lo solicitan, no se limita solo a personas con enfermedad terminal y no requiere que el médico esté presente en el momento.

Se ofrece la posibilidad de solicitar el suicidio asistido a extranjeros, los llamados “turistas del suicidio” <sup>36,37,38</sup>.

2) Países donde sólo la eutanasia es legal:

### **Colombia:**

Es el único país en América del sur donde la eutanasia es legal. Esto fue posible tras la Resolución 12.116/2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Entre los criterios que incluye la regulación encontramos: la solicitud debe ser realizada por una persona mayor de edad, de forma voluntaria, que sufra una enfermedad terminal, con dolor y sufrimiento sin alivio. La autorización y la supervisión de la solicitud debe realizarla un médico, un abogado y un psiquiatra o psicólogo <sup>36,38</sup>.

### **Bélgica:**

En el año 2002, se legalizó la eutanasia voluntaria. Actualmente algunos de los criterios que define la ley para la aplicación su aplicación, serían: personas mayores y menores de edad, situaciones de enfermedad terminal, sin esperanza, con sufrimiento que no encuentra alivio. El médico debe consultar a otro especialista independiente, y, si el paciente no se encontrara en fase terminal, se debe consultar a un tercer médico especialista para acordar un veredicto <sup>36,37,38</sup>.

3) Por último, los países donde son legales tanto la eutanasia como el suicidio asistido:

### **Canadá:**

En 2016 la provincia de Quebec regula oficialmente la muerte asistida a través del “Acta sobre el cuidado en el fin de la vida.” La actividad es legal en todo el país, pero no está regulada en todas las provincias. La ley está basada en las leyes de Oregón, pero a diferencia de que en ésta no se exige una esperanza de vida de menos de 6 meses.

En este mismo año, el Colegio de Médicos y Cirujanos de Ontario publicó las “Directrices provisionales sobre la muerte asistida” en la que se regula tanto la eutanasia como el suicidio asistido <sup>36</sup>.

### **Holanda:**

La muerte asistida se legalizó en 2002. Algunos de los criterios para su aplicación son: sufrir una enfermedad incurable que conlleve sufrimiento, sin posibilidad de alivio, pacientes con demencia y a partir de 12 años estarían incluidos, incluso bajo circunstancias específicas se contemplaría realizar la eutanasia a recién nacidos (Protocolo Groningen, 2005). La petición debe ser voluntaria después de que el médico y el paciente lleguen a un acuerdo tras plantearle todas las posibilidades existentes. Es necesario informar a las autoridades de la petición <sup>36,37,38</sup>.

### **Luxemburgo:**

En 2009, el Memorial Journal Officiel du Grand Duché legaliza la eutanasia y el suicidio asistido, y estarían reguladas por la Comisión Nacional de Control y Evaluación.

Entre los criterios para su aplicación encontramos que: se realizaría a adultos competentes, con enfermedad incurable, bajo un sufrimiento que no tienen alivio, a voluntad propia y repetida que quedarían registradas en sus “Disposiciones para el final de la vida”. El médico debe consultar a otro experto, además de a una persona de confianza elegida por el propio paciente. Finalmente, cuando la muerte se produzca, deben notificarlo a la Comisión <sup>36,37,38</sup>.

Una característica en común que disponen Bélgica, Holanda y Luxemburgo, es que se reconoce la validez de los testamentos vitales como petición del final de la vida, bajo unos criterios recogidos en su propia legislación.

Por último, mencionar brevemente el caso de Reino Unido, donde en 2015 se rechazó el “Proyecto de ley de muerte asistida”, basado en las leyes de Oregón. Actualmente, la eutanasia se considera un delito por asesinato con una condena de hasta 14 años de prisión al que lo llevara a cabo.

Recientes investigaciones muestran un apoyo significativo por parte de la población, incluido los médicos, a la legalización del suicidio asistido.

Es de gran importancia mencionar que, aunque este país sea considerado como un referente mundial en cuidados paliativos, la sociedad demanda más alternativas sobre las decisiones al final de la vida <sup>36</sup>.

## **Anexo 2**

Artículo 143 del Código Penal Español:

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.
4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria 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 permanentes 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.

## Anexo 3

Documento de voluntades anticipadas en la CC. AA de les Iles Balears:



### MODELO DE DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Antes de rellenar este documento es necesario buscar ayuda y orientación de un profesional para valorar el alcance de sus decisiones. En cuanto a los apartados I,II y III se entenderán como complementarios y sucesivos, ya que sin la especificación de los principios y las situaciones sanitarias a las que se hace referencia en los apartados I,II y III, las instrucciones del apartado III no tienen sentido.

#### **DATOS PERSONALES:**

Nombre:

Sexo:

Estado civil:

DNI/NIE/PASAPORTE NÚM.:

Tarjeta sanitaria núm.:

CIP NÚM.:

Lugar de nacimiento:

Fecha de nacimiento:

Nacionalidad:

Domicilio:

Teléfono:

con capacidad de tomar una decisión de manera libre y con información suficiente que me ha permitido reflexionar ,expreso las voluntades anticipadas, que suponen MI VOLUNTAD ACTUAL, de acuerdo con lo que dispone la Ley 1/2006, del 3 de marzo de Voluntades Anticipadas, que quiero que se tengan en cuenta sobre mi atención sanitaria cuando me encuentre en una situación en la que, por diferentes circunstancias derivadas de mi estado físico/o psíquico, no pueda expresar mi voluntad:

#### **I. CRITERIOS QUE DESEO SE TENGAN EN CUENTA**

Para mi proyecto vital, la calidad de vida es un aspecto muy importante y esta calidad de vida la relaciono con unos supuestos que, a manera de de ejemplo, podrían ser los siguientes:

- La posibilidad de comunicarme por cualquier medio y relacionarme con otras personas
- El hecho de no sufrir dolor importante ya sea físico o psíquico.
- La posibilidad de mantener una independencia funcional suficiente que me permita ser autónomo/a en las actividades propias de la vida diaria.
- Preferencia por no prolongar la vida por si misma en situaciones clínicas irreversibles.
- Preferencia por permanecer **en mi domicilio/ hospital** los últimos días de mi vida.
- En caso de duda en la interpretación de este documento, deseo que se tenga en cuenta la opinión de mi representante.
- En caso de encontrarme transitoriamente en estado de lucidez, **no** deseo ser informado de mi diagnóstico final.

C/ de Jesús, 38A 07010 Palma  
Tel. 900 701 130 Web: <http://www.voluntatsanticipades.caib.es>



## II. SITUACIONES CLINICAS QUE DESEO SE CONSIDEREN EN ESTE DOCUMENTO

Deseo que se respeten de forma genérica los principios mencionados en el apartado anterior, tanto en las situaciones medicas como en las que se especifican a continuación, pero incluyendo otros.

- Enfermedad irreversible que va a conducir inevitablemente en un plazo breve a mi muerte.
- Estado vegetativo crónico.
- Estado avanzado de la enfermedad de pronóstico fatal.
- Estado de demencia grave.
- Enfermedad incurable avanzada (enfermedad de curso progresivo, gradual, con diverso grado de afectación en la autonomía y la calidad de vida, con respuesta variable al tratamiento específico, que evolucionara hacia la muerte a medio plazo)
- Enfermedad terminal (Enfermedad avanzada, en fase evolutiva e irreversible, con síntomas múltiples, impacto emocional, perdida de la autonomía, con muy poca o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronostico de vida generalmente inferior a los seis meses, en un contexto de fragilidad progresiva).
- Situación de agonía (La que precede a la muerte cuando esta se produce de forma gradual, y en la cual existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la consciencia, dificultad de relación e ingesta y pronostico de vida de días u horas).

## III. INSTRUCCIONES SOBRE LAS ACTUACIONES SANITARIAS

Lo que se ha señalado anteriormente, de acuerdo con los criterios y las situaciones sanitarias específicas, implica tomar decisiones como las siguientes:

- Deseo finalizar mi vida sin la aplicación de técnicas de soporte vital, respiración asistida o cualquier otra medida extraordinaria desproporcionada y fútil que solo este dirigida a prolongar mi supervivencia artificialmente, y que estas medidas se retiren, si ya se han empezado a aplicar.
- Que me suministren los fármacos necesarios para paliar al máximo el malestar, el sufrimiento psíquico y dolor físico que me ocasiona mi enfermedad.
- Que sin prejuicio de la decisión que tome me garanticen la asistencia necesaria para procurarme una muerte digna.
- Rechazo recibir medicamentos o tratamientos complementarios y que se me realicen pruebas o procedimientos diagnósticos, si en algo han de mejorar mi recuperación o mitigar mis síntomas.
- Si estuviese embarazada y ocurriera alguna de las situaciones descritas en el apartado II, quiero que la validez de este documento quede en suspenso hasta después del parto, siempre que esto no afecte negativamente al feto.



G CONSELLERIA  
O SALUT  
I DIRECCIÓ GENERAL  
B ACREDITACIÓ DOCÈNCIA  
/ I RECERCA SALUT

- Deseo que se les facilite a mis seres queridos y familiares acompañarme en el tramo final de mi vida, si así ellos lo manifiestan y dentro de las posibilidades del contexto asistencial.

#### IV. INSTRUCCIONES SOBRE MI CUERPO

- Deseo donar mis órganos para que sean trasplantados a otra persona que los necesite.
- Deseo donar mis órganos a la investigación.
- Deseo donar mi cuerpo a la investigación, incluida la autopsia cuando fuera necesaria según criterio facultativo.
- Deseo donar mis órganos para la enseñanza universitaria.
- Deseo donar mis tejidos para su utilización clínica.
- Deseo donar mis tejidos para la investigación.
- Deseo ser incinerado.
- Deseo ser enterrado.
- Oficios funerarios religiosos
- Católicos
- Otras religiones

**V. OTRAS INSTRUCCIONES** que, dentro de este contexto, no sean contrarias al ordenamiento jurídico ni a la lex artis:

## **Anexo 4**

Resumen de las condiciones y requisitos para la prestación de ayuda para morir de la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia, del 30 de julio de 2019:

En primer lugar, dicha proposición de ley se sostiene sobre la premisa de que: “La legalización y regulación de la eutanasia se asientan sobre la compatibilidad de unos principios esenciales que son basamento de los derechos de las personas, y que son así recogidos en la Constitución Española. Son, de un lado, los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física y moral, y de otro, bienes constitucionalmente protegidos como son la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad”

En cuanto a los principales artículos:

### Artículo 4.

Derechos para solicitar la prestación de ayuda para morir:

1. Se reconoce el derecho de toda persona que cumpla los requisitos previstos en esta ley a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.
2. La decisión de solicitar la prestación de ayuda para morir ha de ser una decisión autónoma, fundamentada en el conocimiento sobre los hechos más relevantes de su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por el médico/a responsable. Debe quedar constancia de esa información en su historia clínica.

### Artículo 5.

Los requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir son, en resumen:

1. Tener la nacionalidad española o residencia legal, mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.
2. Disponer por escrito de la información referente a su proceso, así como todas las opciones disponibles.
3. Realizar dos solicitudes de manera voluntaria, por escrito, dejando pasar 15 días entre ambas.
4. Sufrir una enfermedad grave e incurable, certificada por el médico.



5. Prestar consentimiento informado previo a recibir la prestación de ayuda para morir.

#### Artículo 6.

Los requisitos propios de la solicitud de ayuda para morir son:

1. Solicitud por escrito, fechado y firmado por el paciente, o por otra persona elegida por el propio paciente si este no es capaz.
2. La firma deberá realizarse en presencia de un profesional sanitario.
3. La prestación de ayuda para morir puede ser revocada en cualquier momento.

#### Artículo 8.

El procedimiento a seguir para la realización de la prestación de ayuda para morir contemplaría:

1. Un proceso deliberativo con el médico y tras 24 horas, cerciorarse de la solicitud.
2. El médico deberá comunicar la decisión al equipo asistencial, así como consultar con un médico consultor que dará una respuesta en un máximo de 10 días.
3. Una vez cumplido todo lo anterior, el médico pondrá en conocimiento dicha decisión ante el presidente/a de la Comisión de Evaluación y Control. Una vez ésta apruebe la solicitud, se procederá a la realización de la prestación de ayuda para morir.
4. Los profesionales sanitarios asistirán al paciente en el momento de su muerte.
5. Una vez fallecido el paciente, el médico/a deberá presentar un documento con los datos oportunos, a la Comisión de Control y Evaluación de su comunidad autónoma, en un plazo máximo de 5 días <sup>16</sup>.

Para más información hacer clic el siguiente enlace:

[http://www.congreso.es/public\\_oficiales/L13/CONG/BOCG/B/BOCG-13-B-64-1.PDF](http://www.congreso.es/public_oficiales/L13/CONG/BOCG/B/BOCG-13-B-64-1.PDF)

## Anexo 5

### Resumen de los artículos revisados

Revista; autor(es); año	Título	Diseño de estudio	País	Principales conclusiones
American Nurse Association; ANA Center for Ethics and Human Rights; 2019	The Nurse's Role When a Patient Request Medical Aid in Dying	Declaración de opinión	E.E U.U	Importancia de conocer los propios valores personales y profesionales para respetar las decisiones de los pacientes sobre la muerte asistida, así como la elección de objeción de conciencia.
Nursing Ethics; Pesut B, Greig M, Thorne S, Storch J, Burgess M, Tishelman C, Chambaere K, Janke R; 2019	Nursing and euthanasia: A narrative review of the nursing ethics literature	Revisión narrativa	Canadá	Existe una amplitud de perspectivas, principios éticos, conceptos y teorías que basan las implicaciones éticas y morales de las enfermeras sobre la eutanasia.
Nursing Ethics; Elmore J, Kennet WD, Paradis M; 2016	Nurse's moral experiences of assisted death: A meta-synthesis of qualitative research	Metasíntesis cualitativa	Canadá	Las experiencias morales de las enfermeras deben ser investigadas y puestas en primer plano para comprender cómo implementar la práctica ética en la muerte asistida.
Advances in Nursing Science; Pesut B, Thorne S, Greig M, Fulton A, Janke R, Vis-Dunbar M; 2019	Ethical, Policy and Practice Implications of Nurses Experiences With assisted Death	Revisión sistemática	Canadá	Las enfermeras tienen un papel central en la negociación y las investigaciones sobre la muerte asistida, así como en la atención a pacientes, familias

				y otros profesionales de la salud.
<b>British Journal of Nursing; Evans L; 2015</b>	Nurses attitudes to assisted suicide: sociodemographic factors	Revisión	Inglaterra	Se debe involucrar más a las enfermeras en la discusión sobre el suicidio asistido ya que son defensoras de los pacientes y protagonistas en la atención al final de la vida
<b>International Nursing Review; Woods M, Bickley A; 2014</b>	Nurses and the euthanasia debate: reflection from New Zealand	Revisión	Nueva Zelanda	Las enfermeras deben considerar su propio conocimiento y punto de vista sobre la eutanasia y deben estar preparadas para responder como profesionales.
<b>Nursing Ethics; Terkamo-Moiso A, Kvist T, Kangasniemi M, Laitila T, Ryyänen O, Pietilä A; 2016</b>	Nurses attitudes towards euthanasia in conflict with professional ethical guidelines	Estudio transversal	Finlandia	El diálogo continuo sobre la eutanasia y los valores compartidos de las enfermeras es crucial debido al conflicto entre sus actitudes y las pautas éticas actuales de enfermería.
<b>Nursing Research and Practice; Adams J, Bailey D, Anderson R, Docherty S; 2011</b>	Nursing Roles and Strategies in End-of-Life Decision Making in Acute Care	Revisión sistemática	E.E U.U	Las enfermeras tienen un importante papel en la toma de decisiones al final de la vida de los pacientes. Su mayor comprensión podría mejorar la calidad global de la comunicación y la

				atención a pacientes y familiares.
<b>Nursing Ethics; Tamayo-Velázquez M, Lorda P, Cruz Piqueras M; 2012</b>	Euthanasia and physician-assisted suicide: Knowledge, attitudes and experiences of nurses in Andalusia (Spain)	Estudio descriptivo transversal	España	Existe la necesidad de ofrecer más educación en profundidad sobre el final de la vida a las enfermeras. Es esencial la inclusión de sus puntos de vista sobre las decisiones de los pacientes al final de la vida.
<b>Nursing Ethics; Monteverde S; 2016</b>	Nursing and assisted dying: Understanding the sounds of silence	Revisión	Suiza	Hay una alta implicación emocional y fática de las enfermeras en el cuidado de los pacientes que solicitan asistencia para morir. Existe una baja consideración y participación de las enfermeras en la conformación de políticas que apoyan el respeto a la autonomía.
<b>Death Studies; Barnett M, Cantu C, Galvez A; 2018</b>	Attitudes toward euthanasia among hospice nurses: Political ideology or religious commitment?	Estudio transversal	E.E U.U	El estudio sugiere que, entre las enfermeras de hospicio, el compromiso religioso explica los vínculos entre la ideología política social y la desaprobación de la eutanasia activa.
<b>The BMJ; Dyer O, White C, García A; 2015</b>	Assisted dying: law and practice	No se menciona	Montreal, Londres, Madrid	Diferencias legales y prácticas sobre la muerte asistida en

	around the world			varios países de Europa y América.
<b>Death Studies; Green G, Reicher S, Herman M, Raspaolo A, Spero T, Blau A; 2020</b>	Attitudes toward euthanasia-dual view: Nursing students and nurses	Estudio transversal descriptivo	Israel	Las enfermeras tienden a ser más pro-eutanasia que los estudiantes de enfermería. La eutanasia deber ser reexaminada e integrada en el plan de estudios para proporcionar una mayor profundidad y visión interdisciplinaria. No se encuentran diferencias entre los grupos religiosos en cuanto a la eutanasia.
<b>JONA's Healthcare, Law, Ethics and Regulation; Badger J, Ladd R, Alder P; 2009</b>	Respecting Patient Autonomy versus Protecting the Patient's Health	Estudio descriptivo	Islandia	No existe una regla fácil para resolver dilemas y deberes entre el respeto por la autonomía del paciente y brindar el tratamiento adecuado.
<b>Journal of Medical Ethics; Berghs M, Dierckx de Casterlé B, Gastmans C; 2005</b>	The complexity of nurses attitudes toward euthanasia	Revisión	Bélgica	Las actitudes enfermeras en cuestiones como los cuidados paliativos, la comunicación, las emociones, la toma de decisiones y la ética deben formar la base de nuevos estudios sobre la reflexión ética.
<b>American Journal of Nursing; Hamric A, Schwarz J,</b>	Assisted Suicide/Aid in Dying: What is the nurse's role?	Discusión diálogo político	E.E U.U	La solicitud de una persona de acelerar la muerte nunca debe ser tomada como un final, sino

<b>Cohen L, Mahon M, Ayer C; 2018</b>				el comienzo del diálogo y las intervenciones. Hay una necesidad de promover racionalmente la elección de la muerte asistida.
<b>BMC Palliative Care; Vézina-Im L, Lavoie M, Krol P, Olivier-D'Avignon M; 2014</b>	Motivations of physicians and nurses to practice voluntary euthanasia	Revisión sistemática	Canadá	Los médicos y las enfermeras están motivados para practicar la eutanasia voluntaria sobre todo cuando están familiarizados con la eutanasia, cuando el paciente no tiene síntomas depresivos y tiene una esperanza de vida corta.
<b>Nursing Ethics; Quaghebeur T, Dierckx de Casterlé B, Gastmans C; 2009</b>	Nursing and Euthanasia: A review of argument-based ethics literature	Revisión	Bélgica	A pesar de que las enfermeras son cada vez más conscientes de la importancia ética de su labor, la realización en contextos institucionales se encuentra ausente. En general, existe una falta de consenso entre las enfermeras sobre la eutanasia y su implicación.
<b>Journal of Medical Ethics; De Beer T, Gastmans C, Dierckx de Casterlé B; 2004</b>	Involvement of nurses in euthanasia	Revisión sistemática	Bélgica	Es necesario un mayor reconocimiento y reflexión sobre la contribución de las enfermeras en el cuidado de los pacientes que solicitan la

				eutanasia para su inclusión en debates sociales, investigación y práctica clínica.
<b>Nursing Ethics; Lavoie M, Godin G, Vézina A, Blondeau D, Martineau I, Roy L; 2014</b>	Psychosocial determinants of nurses' intention to practise euthanasia in palliative care	Estudio transversal	Canadá	La mayoría de las enfermeras tienen una intención positiva para practicar la eutanasia. La normal moral de los actos se define por el principio de beneficencia. Se definió que la normal subjetiva es una variable significativa en la predicción de las intenciones enfermeras hacia la práctica de la eutanasia, en cambio el principio de autonomía no fue relevante.
<b>Nursing Ethics ; Ayça M, Öz F; 2018</b>	Nurses attitudes towards death, dying patients and euthanasia	Estudio descriptivo	Turquía	Se reivindica la implementación de servicios de capacitación y consultoría para las enfermeras durante la vida educativa y profesional, ya que enfrentarse a la muerte y a la eutanasia afecta negativamente en sus actitudes.
<b>BMC Nursing; Pesut B, Thorne S, Schiller C, Greig M, Roussel J; 2020</b>	The rocks and hard places of MAiD	Estudio cualitativo	Canadá	Las enfermeras carecen de apoyo necesario para cumplir con confianza la precisión requerida

				de la asistencia para morir, lo que les hace sentir que moral y legalmente están en riesgo. Por ello, son necesarios unos buenos cuidados paliativos, equipos de apoyo así como variedad de alternativas disponibles.
<b>Revista Bioética; Reis de Castro M, Antunes G, Marcon L, Andrade L, Rückl S, Andrade V; 2015</b>	Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales	Revisión sistemática	Brasil	En Occidente, eutanasia y/o suicidio asistido son legales en algunos países y aunque tienen criterios distintos para la práctica, el perfil de pacientes es casi siempre el mismo. En cambio, Colombia es el único país en Sudamérica que reconoce la eutanasia. Es importante el contexto de cada país para entender las tendencias relacionadas con la muerte asistida.
<b>Veritas; Aparisi JC; 2010</b>	Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural	Trabajo de investigación	España	Los principios bioéticos de Beauchamp y Childress son elementos de un lenguaje moral común universal y constituyen la base de una bioética intercultural por su relación directa con los derechos humanos.



<p><b>ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura;</b>  <b>Martínez M<sup>a</sup> A,</b>  <b>Rosal del R;</b>  <b>2014</b></p>	<p>Regulación de la eutanasia y el suicidio asistido en España ¿Hacia qué modelo se dirige la opinión pública?</p>	<p>Estudio descriptivo</p>	<p>España</p>	<p>El modelo belga es el que se ajusta mejor a las opiniones de los españoles. Esto se considera un punto de partida para conducir el debate social, político y jurídico, necesario para lograr una regulación de los derechos de los pacientes al final de la vida.</p>
<p><b>Enfermería clínica; Barrio IM, Simón P, Pascau M<sup>o</sup>J;</b>  <b>2004</b></p>	<p>El papel de la enfermera en la planificación anticipada de las decisiones: más allá de las instrucciones previas o voluntades anticipadas</p>	<p>Estudio descriptivo</p>		<p>El apoyo informático en la práctica clínica es una herramienta efectiva para conseguir recoger toda la información para desarrollar un apropiado proceso de planificación anticipada de las decisiones al final de la vida. Es necesario conocer la representación real que tienen las enfermeras sobre los protocolos de planificación y evaluación.</p>
<p><b>American Nurse Association;</b>  <b>ANA Center for Ethics and Human Rights;</b>  <b>2013</b></p>	<p>Euthanasia, Assisted suicide and Aid in Dying</p>	<p>Declaración de posición</p>	<p>E.E U.U</p>	<p>Las enfermeras deben adquirir competencias en cuidados paliativos y colaborar con el equipo de salud, así como informarse de los códigos morales y la legislación relacionada con la muerte asistida.</p>

				Es necesaria más educación para ayudar a las enfermeras a responder de manera ética y compasiva ante solicitudes de muerte asistida.
<b>Nursing Ethics; Verpoort C, Gastmans C, De Bal N, Dierckx de Casterlé B; 2004</b>	Nurses' attitudes to euthanasia	Revisión	Bélgica	Es necesario incluir las voces de las enfermeras en los discursos sobre el final de la vida porque además de ofrecer una comprensión contextual de las solicitudes, son defensoras de los derechos y expertas profesionales que pasan el mayor tiempo con los pacientes.
<b>Instituto de estudios sociales avanzados (IESA-CSIC); Vidal J.A, Del Rosal R;</b>	Una aproximación a los discursos de los andaluces ante la calidad en el morir	Estudio analítico	España	Generalmente, el debate sobre eutanasia y suicidio asistido no ha evolucionado en las últimas décadas. La mayoría social española se muestra de acuerdo con la legalización de la eutanasia y en concreto en Andalucía está emergiendo una nueva cultura de la muerte más contemporánea.
<b>Revista clínica Española; Herreros B,</b>	Limitación del esfuerzo terapéutico	Estudio descriptivo	España	No se deberían iniciar procedimientos

Palacios G,  
Pacho E; 2011

extraordinarios,  
medidas  
desproporcionadas,  
inútiles ni fútiles  
para un objetivo  
terapéutico. Es  
importante aplicar  
unos buenos  
cuidados paliativos  
cuando sea preciso.