

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

PERCEPCIÓN DEL PROFESIONAL Y ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA ACERCA DE
LA PRÁCTICA DE LA EUTANASIA ACTIVA Y PASIVA
SEPTIEMBRE A DICIEMBRE DE 2006

Tesis presentada como parte de los
requisitos para optar al grado de
Licenciado en Enfermería.

Alan Guzmán Fuentes.

Valdivia.
2008.

Profesor Patrocinante:

Nombre : Beate Messing Grube.

Profesión : Enfermera.

Grados : Especialista en Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria

Instituto : Enfermería.

Facultad : Medicina.

Firma :

Profesores Informantes:

Nombre : Maria Julia Calvo.

Profesión : Enfermera.

Grados : Magíster en Bioética, Magíster en Filosofía

Instituto : Enfermería.

Facultad : Medicina.

Firma :

Nombre : Moira Holmqvist.

Profesión : Enfermera.

Grados :

Instituto : Enfermería.

Facultad : Medicina.

Firma :

2. INDICE.

3. RESUMEN . . . . .	. Pág.	8
4. SUMMARY . . . . .	.	9
5. INTRODUCCION . . . . .	.	10
6. MARCO TEORICO. . . . .	.	11
6.1. Contexto Histórico . . . . .	.	18
6.2. Bioética y Deontología . . . . .	.	22
6.3. Perspectiva Religiosa . . . . .	.	32
6.4. Perspectiva Legal . . . . .	.	39
6.5. Relación Enfermera /o Paciente . . . . .	.	43
7. OBJETIVOS. . . . .	.	46
8. METODOLOGIA . . . . .	.	47
8.1. Universo Estudio. . . . .	.	47
8.2. Criterio de Exclusión . . . . .	.	48
8.3. Método para el análisis de resultado . . . . .	.	49
8.4. Definición de las Variables Independientes . . . . .	.	51
8.5. Definición de las Variables Dependientes . . . . .	.	53
9. PROYECCIONES DE ENFERMERIA . . . . .	.	55
10. RESULTADOS . . . . .	.	56
11. DISCUSION . . . . .	.	90
12. CONCLUSION . . . . .	.	92
13. BIBLIOGRAFIA . . . . .	.	93
14. ANEXOS . . . . .	.	94
14.1. Instrumento Recolector de Información . . . . .	.	94
14.2. Ecomapa . . . . .	.	101
14.3. Acta de Consentimiento Informado . . . . .	.	103

2.1. INDICE DE GRAFICOS TABLAS.

GRÁFICO N° 1.	“Distribución porcentual según edad de los profesionales de enfermería que respondieron el instrumento recolector de información. Valdivia 2006 – 2007”.	Pág. 57
GRAFICO N°2	“Distribución porcentual según sexo de los profesionales de enfermería que respondieron el instrumento recolector de información. Valdivia 2006 – 2007”.	58
GRAFICO N°3	“Distribución porcentual según lugar de trabajo del total de la población encuestada. Valdivia 2006 – 2007”.	59
GRAFICO N°4	“Distribución porcentual según el servicio en el cual trabajan los profesionales de enfermería encuestados. Valdivia 2006 – 2007”.	60
GRAFICO N°5	“Distribución porcentual de la población encuestada, según religión. Valdivia 2006 – 2007”.	61
GRAFICO N°6	“Distribución porcentual de la población encuestada, según años de servicios. Valdivia 2006 – 2007”.	62
GRAFICO N°7	“Distribución porcentual según es estado civil de la población encuestada. Valdivia 2006- 2007”.	63
GRAFICO N°8	“Distribución porcentual de la población encuestada según el tipo de familia a la cual pertenecen. Valdivia 2006-2007”.	64
GRAFICO N°9	“Distribución porcentual de la población entrevistada según número de hijos, Valdivia 2006 – 2007”.	65
GRAFICO N°10	“Distribución porcentual de los entrevistados según la participación en el Colegio de Enfermeras de Chile. Valdivia 2006 – 2007”.	66
GRAFICO N°11	“Distribución porcentual de la población, según la la percepción con respecto a la práctica de eutanasia activa de los encuestados. Valdivia 2006 – 2007”.	67

GRAFICO N°12	“Distribución porcentual según la percepción de la práctica de la eutanasia pasiva. Valdivia 2006 – 2007”.	68
GRAFICO N°13	“Distribución porcentual de la población, según la relación con la participación en la práctica de la eutanasia activa. Valdivia 2006 – 2007”.	68
GRAFICO N° 14	“Distribución porcentual de la población, según la relación con la participación en la práctica de la eutanasia pasiva. Valdivia 2006 – 2007”.	69
GRAFICO N°15	“Distribución porcentual de la población según actitud de practicar la eutanasia activa a un cercano. Valdivia 2006 – 2007”.	70
GRAFICO N°16	“Distribución porcentual de la población, según la práctica de eutanasia pasiva a un cercano. Valdivia 2006 – 2007”.	71
GRAFICO N°17	“Distribución numérica de la población encuestada acerca de los motivos para marginarse de la práctica de la eutanasia en sus distintas formas. Valdivia 2006 – 2007”.	72
GRAFICO N° 18	“Distribución porcentual según si las personas encuestadas respetarían o no el deseo de un paciente que solicita alguna de las formas de eutanasia. Valdivia 2006 – 2007”.	73
GRAFICO N°19	“Distribución porcentual de los encuestados según sentimiento que aflora ante el fallecimiento de un paciente por muerte natural. Valdivia 2006 – 2007”.	74
GRAFICO N°20	“Distribución porcentual de los encuestados según sentimiento que aflora ante la solicitud de un paciente de no realizar acciones que prolonguen su vida. Valdivia 2006 – 2007”.	75
GRAFICO N°21	“Distribución porcentual de la población según la aprobación de una legislación acerca de la eutanasia”.	76

GRAFICO N°22	“Distribución porcentual de los encuestados, según opinión relacionada con el inicio de esta práctica, eutanasia, si se contara respaldo legal. Valdivia 2006 – 2007”.	77
GRAFICO N°23	“Distribución porcentual de la población encuestada según la consideración de la eutanasia como un acto criminal. Valdivia 2006 – 2007”.	78
GRAFICO N°24	“Visualización gráfica de la distribución numérica de los resultados registrados en Ecomapa. Valdivia 2006 – 2007”.	79
TABLA N°1	“Distribución porcentual y numérica según la edad de los encuestados y la opinión en relación a la práctica de la eutanasia activa. Valdivia, Septiembre – Diciembre 2006	80
TABLA N°2	“Distribución porcentual y numérica según la edad de los encuestados y la opinión en relación a la práctica de la eutanasia pasiva. Valdivia, Septiembre – Diciembre 2006	81
TABLA N°3	“Distribución porcentual y numérica según la religión de los encuestados y la opinión en relación a la práctica de la eutanasia activa. Valdivia, Septiembre – Diciembre 2006.	82
TABLA N°4	“Distribución porcentual y numérica según la religión de los encuestados y la opinión en relación a la práctica de la eutanasia pasiva. Valdivia, Septiembre – Diciembre 2006.	83
TABLA N°5	“Distribución porcentual y numérica según lugar de trabajo de los encuestados y la opinión en relación a la práctica de la eutanasia activa. Valdivia, Septiembre – Diciembre 2006.”	84
TABLA N°6	“Distribución porcentual y numérica según Lugar de trabajo de los encuestados y la opinión en relación a la práctica de la eutanasia pasiva. Valdivia, Septiembre – Diciembre 2006.”	85

TABLA N°7	“Distribución porcentual y numérica según la unidad de trabajo de los encuestados y la opinión en relación a la práctica de la eutanasia activa. Valdivia, Septiembre – Diciembre 2006.”	86
TABLA N°8	“Distribución porcentual y numérica según la unidad de trabajo de los encuestados y la opinión en relación a la práctica de la eutanasia pasiva. Valdivia, Septiembre – Diciembre 2006.”	87
TABLA N°9	“Distribución porcentual y numérica según el tipo de familia de los encuestados y la opinión en relación a la práctica de la eutanasia activa. Valdivia, Septiembre – Diciembre 2006.”	88
TABLA N°10	“Distribución porcentual y numérica según el tipo de familia de los encuestados y la opinión en relación a la práctica de la eutanasia pasiva. Valdivia, Septiembre – Diciembre 2006.”	89

3. RESUMEN.

A través del tiempo nace en el hombre la necesidad de morir con dignidad, lo que se conoce como Eutanasia, término cuestionado y generador de conflictos y divisiones, entre los profesionales de salud y organizaciones en pro y en contra de la vida.

Hay múltiples definiciones de Eutanasia y también diversas maneras de llevarla a cabo. Este acto no sólo es realizar acciones en contra de la vida, también lo es la omisión de estas acciones favoreciendo la muerte.

Es sabido que esta práctica en nuestro país, Chile, es penada por la ley, ya que es considerada un delito y sancionada por el código penal vigente.

El presente estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal y tuvo por objetivo determinar la percepción de los profesionales y estudiantes de enfermería en relación a la práctica de las formas de eutanasia activa y pasiva, caracterizando a la población en estudio según edad, sexo, lugar de trabajo, unidad de trabajo, religión, años de servicio, estado civil, tipo de familia, N° de hijos, red de apoyo y pertenencia al Colegio de Enfermeras.

Se llevó a cabo en la ciudad de Valdivia, durante el segundo semestre del año 2006, con la participación de los profesionales de enfermería que laboraban en servicios clínicos públicos y privados, donde la atención está dirigida principalmente a las personas adultas. Además, se incluyó a un grupo de estudiantes de enfermería de la Universidad Austral de Chile de Valdivia.

Del universo de 73 personas se aplicó el instrumento recolector de información y Eco Mapa a 61 personas, 12 de las cuales se marginaron por motivos personales. Se utilizó el programa Bio-estadístico Epi-Info 2002 para el análisis de los resultados.

Del análisis, es importante mencionar que al preguntar por la percepción de la práctica de la eutanasia activa y pasiva las respuestas son divididas: 44,3% están de acuerdo en su realización, mientras un 45,9% están en desacuerdo con estas prácticas. Además, desataca que casi un tercio de la población (31,1%) reconoce abiertamente su intención de participar en la eutanasia activa.

4. SUMMARY.

Through time, the necessity of dying with dignity was born on men, known as Euthanasia, being a questioned term, generating many conflicts and divisions among health professionals and pro life organizations.

There are many definitions of Euthanasia and also many ways of doing it. This act is not only about doing any action against life itself, but it is also the omission of some actions related to preserve life.

It is well known that in our country, Chile, the law forbids the practice of this action, because it is considered a crime, and it is punished by the current penal code.

This research is a quantitative, descriptive, cross sectional study, and its objective was to determine the perception related to the practice of some way of passive or active Euthanasia, among nursing professionals and nursing students, , splitting responders according to age, sex, place of work, units of work, religion, years of working, civil status, family type, number of children, supporting social net and being a member of the National Nursing Association (Colegio de Enfermeras de Chile).

This study was carried out in the city of Valdivia, during the second semester of 2006, the participants were nursing professionals who work in public and private health services, where the attention is directed mostly on critically ill adults. There also were included some nursing students from Universidad Austral de Valdivia.

From the universe of 73 people, only 61 were subjected to the information recollected instrument and Eco map, because 12 people stepped out for personal reasons. Epi- Info 2000 and Bio-Statistical program were used for the analysis of the results.

From the analysis, it is important to mention that the question about the personal perception of practice passive or active Euthanasia, obtained divided answers: 44,3% agree with the practice , while 45,9% do not.. Besides the results show that almost one third of the population (31,1%) admitted openly their intentions of being involved in a process of active Euthanasia.

5. INTRODUCCIÓN

El profesional de enfermería cada día asume nuevos roles en pro de la vida del paciente, incluso, en la actual legislación vigente, en las Garantías Explícitas de Salud, se hace mención de los profesionales de enfermería como los encargados de la “gestión del cuidado” de los pacientes, cuidados que se deben ser fundamentados en una sólida base científica, para demostrar y dar a conocer a los demás profesionales y usuarios del sistema de salud la independencia y autonomía que posee enfermería en la ejecución de los cuidados brindados.

Pero, qué pasa cuando esa vida, que se ama tanto, no se quiere perder y se pone en contra de su propio cuerpo, cuando la salud se ha comenzado a marchar de nuestro ser, cuando se instala la temida enfermedad, y llega el dolor físico que no es calmado con la mejor analgesia, cuando el tiempo de vida se acaba y se avisa el final de la novela llamada vida, sabiendo que el desenlace es la muerte. Y el dueño de ese cuerpo solicita un final distinto al natural, solicita un final programado, un final donde se proclame el bien morir, solicita EUTANASIA.

La legislación chilena permite al paciente, después que el médico otorga la mayor cantidad de información y tipos de tratamiento, que este elija si desea comenzar un tratamiento específico para su enfermedad o dolencias a causa de esta, o no seguir ningún tipo de tratamiento. Conocida, para los pacientes con diagnóstico terminal, como: eutanasia pasiva. Sin embargo, esta legislación no contempla la eutanasia activa en la que los profesionales de salud pasan de un rol de espectador a un rol protagónico, ayudando a acelerar el proceso de muerte.

Es aquí donde comienzan las divergencias, donde el Médico que juró en pro de la vida otorga recetas en contra de ésta y que indirectamente involucra a Enfermería, la que de igual manera juró velar por mejorar cada día los cuidados que brinda al paciente y a la vez mantenerse dentro de los cánones éticos que rigen en la deontología de la profesión.

Presenciar el momento preciso cuando el paciente pide que le ayuden a morir no es una escena que se viva en cada instante del día y no todos los profesionales de enfermería la han experimentado, pero ésta no es una limitante para tener una opinión propia de esta materia.

Si algún día la legislación aprueba la eutanasia activa ¿Deberíamos tomar parte de ese bien morir y ser amparados por una ley que nos hace inmune a las condenas de la justicia? o ¿mantener siempre nuestros actos en pro de la vida no importando el dolor del paciente?. ¿Qué pondremos en la balanza para decidir ser parte de lo que solicita el paciente o marginarnos de sus peticiones, será la experiencia, será el juicio propio, el dolor vivido por un familiar cercano, el dolor propio, la religión, la ética, nuestra filosofía?¿que?

Últimamente el tema nuevamente se ha hecho público gracias a la película del cineasta chileno-español Alejandro Amenábar “Mar Adentro”. Este film ha tenido réplicas en nuestro país y por momentos abrió nuevamente el debate cuando una persona que padecía de enfermedad terminal solicitó en televisión abierta que le concedieran el bien morir y con dignidad, porque el tratamiento paliativo en él no tenía efecto. Esta persona falleció y con ella se llevó su dolor y el tema nuevamente quedó al margen de los medios de comunicación.

Analizar las diferencias de pensamiento entre los distintos profesionales de enfermería que laboran en los campos clínicos de Valdivia y los Estudiantes de pre-grado de enfermería de la UACH respecto a la eutanasia pasiva y activa, y cuáles son los motivos de su pensar, son la principal motivación para realizar esta investigación.

6. MARCO TEORICO

Hablar de eutanasia es hablar de muerte, pero de un tipo especial, una que sale de los patrones de la selección natural y no respeta los patrones de las etapas normativas del ciclo vital. Hablar de eutanasia es hablar de una muerte digna, sin dolor, una muerte programada y asistida por terceros que, general mente, se relaciona con la administración de un medicamento letal que acelere y acorte el proceso de agonía, minimizando el dolor y sufrimiento físico que se padece, producto de una enfermedad que no tiene cura. Hablar de eutanasia es ayudar a morir, es ser cómplice de un pero también es realizar el último deseo de una persona que a causa de su pesar ya no tiene vida, es liberarlo del sufrimiento, que muchas veces se llama Vida.

La eutanasia es un tema de controversia mundial que cuenta con tantos partidarios a favor como en contra y que cada una de ellos tiene una visión particular de la vida y de la muerte, con grandes discrepancias en lo que significa la dignidad del ser humano, en su proceso de agonía y en los instantes finales de la vida.

Etimológicamente la palabra eutanasia proviene de dos palabras griegas donde “*EU*” significa bien, bueno; y “*THANATOS*” que significa muerte. Estos significados tienen múltiples interpretaciones como “buen morir”, “muerte feliz”, “la agonía buena y dulce”, “la muerte suave y dulce”, “muerte sin dolor ni padecimientos” (Rodríguez de González 2005). El vocablo fue utilizado por el ingles FRANCIS BACON cuando en su libro “*Historia vital et mortis*” analizó el problema del tratamiento de las enfermedades incurables, que según Bacon no es otro que la eutanasia (Lancisi 1923). La real academia de la lengua la define como “muerte sin sufrimiento físico y, en sentido estricto, la que así se provoca sin sufrimiento” (Diccionario de la lengua española, Vigésima Edición 1984).

Esta palabra, eutanasia, es usada desde tiempos remotos con una gran diversidad de significados a lo largo de la historia, que van desde el “buen morir” hasta la “dignidad al morir” otorgándole una gama con las más diversas interpretaciones, lo que ha llevado a la formación de agrupaciones a favor de la vida sin intervenir en ningún momento su cauce natural y agrupaciones que se dedican a fomentar el término de ésta, considerando que éste es un acto humanitario que otorga tranquilidad en la hora de la muerte.

La diversidad de organizaciones que se han creado en todo el mundo han permitido abrir el debate en muchos países como España, Holanda, Canadá, Estados Unidos y Chile, por mencionar algunos, obligando a los estados a legislar y manifestar una posición formal, lo que muchas veces divide a sus legisladores manteniendo grandes debates prolongados en el tiempo, cambiando constantemente los matices de sus decisiones, lo que hace mas difícil un consenso en el momento de crear una ley que proteja o castigue esta práctica.

Las presiones que la religión ejerce en muchos Estados del mundo dificulta el proceso legislativo, ya que estas consideran a Dios como el creador y único dueño de la vida y por tanto es el único ser que puede liberarnos de ella, considerando los padecimientos producidos por el dolor como un acto de purificación. Además consideran que las actuales terapias de cuidados paliativos dignifican el sufrimiento al disminuir el dolor, sabiendo que algunos medicamentos que mitigan este pesar también aceleran la inevitable muerte. Pero muchas veces las religiones no respetan el pensar de las personas que no creen en Dios, y que solicitan, ya que no pueden elegir nacer, elegir el mejor modo y método para morir, debiendo asumir el Estado una actitud imparcial, velando por el cumplimiento de los derechos que cada persona tiene de acuerdo a la Constitución correspondiente de su nación.

El derecho a programar la hora de muerte no involucra solamente al que desea poner fin a su vida, también involucra a terceros actores, generalmente pertenecientes al sector Salud, debido a que son los médicos los encargados de la indicación farmacológica y el personal de enfermería los encargados de su administración, pasando a tener un letal rol activo que no caracteriza a estas profesiones, recordemos que ambas juran trabajar en el fomento de la vida y en el cuidado del enfermo, no para matar el sufrimiento.

Promesas que no reflejan el pensar y actuar de todos los profesionales de la salud, tomando como ejemplo que muchas de las organizaciones en pro de la eutanasia cuentan con el respaldo de médicos, enfermeras, psicólogas y otros actores del sector, ocupando muchas veces cargos administrativos en dichas entidades.

Diversos y respetables son los argumentos para legislar en pro o en contra de la eutanasia, los que tienen incluso respaldo científico, religioso y jurídico citando incluso párrafos de declaraciones internacionales para fundamentar sus decisiones.

¿Debe la sociedad dictaminar cuáles son los actos que puedo o no puedo realizar en y con mi vida? Esta es una de las grandes interrogantes que se realizan las personas que pretenden planificar y dignificar su muerte, independiente de toda razón, no entienden el porqué los demás deciden los derechos que le corresponden a ellos, al mismo tiempo le confieren responsabilidades que no solicitaron, obligando así a cumplir lo impuesto, sancionando con penas legales el no cumplimiento de lo que la sociedad estima conveniente.

Si existe la eutanasia también existen personas dispuestas a participar de dicho acto, lo que hace de esto un problema social. Sabemos que el hombre es un ser único e irrepetible con necesidades propias y autonomía de sus actos, pero el vivir inserto de una sociedad implica respetar las normas éticas y morales que esta impone para el buen convivir, la democracia y la libertad garantiza el libre pensar y la libre expresión, incluso la libertad de decisión, pero no permite involucrar a terceros de las decisiones que se manifiestan de manera personal, a menos que estas estén dispuestas a participar en pro de la elección realizada. Lo anterior se relaciona aún más con la eutanasia, si una persona solicita morir, otra debe estar dispuesta a otorgarle ayuda (como en toda relación de ayuda).

A la largo de la historia, enfermería se ha caracterizado por entregar ayuda a los más necesitados, incluso en los tiempos mas difíciles de la historia, enfermería ha estado presente. Hechos históricos marcan su debut junto a su principal impulsora Florence Nightingale, durante la Guerra de Crimea, pero también ha estado presente en parte de la historia donde se cometieron grandes atrocidades contra los derechos humanos, durante la segunda guerra mundial participando del imperialismo Nazi, siendo cómplices de las atrocidades cometidas contra la población Judía, incluso Gitana.

Nuestro país no cuenta con una legislación clara respecto a la eutanasia, en Junio de 2001 por iniciativa del ejecutivo se inicio el estudio del “proyecto de ley sobre los derechos y deberes de las personas en salud” (boletín 2727-11), sin embargo, el 7 de Marzo de 2006 se solicita archivar dicho documento por la misma autoridad, pero el 11 de Mayo de 2006 los diputados de la república de Chile Rossi y Bustos insisten en la regulación de la eutanasia abriendo nuevamente el debate en la Cámara de Diputados (Boletín 4201-11)

Enfermería no puede estar ajeno a esta legislación, son eslabones muy importantes de la cadena de la eutanasia, técnicamente son los encargados de la administración de medicamentos que, para este fin, traerá consigo la muerte del paciente. Siempre existe la opción de la marginación de la práctica que busca tan esperado fin, por parte del solicitante, pero ¿qué motiva a un profesional de enfermería a participar de este plan para poner fin a una vida? La sociedad, para dictaminar sus normas, impone y atribuye a estos profesionales una gran responsabilidad sin mediar su consentimiento, pero la objeción de conciencia es el argumento para poder, de alguna manera, marginarse de este acto si no responde a los principios de la profesión.

Actualmente la eutanasia se encuentra presente dentro de la conmoción social que se vive y se puede apreciar en documentos, reportajes, noticieros incluso películas el sufrir de las personas que solicitan no seguir viviendo a cambio de un descanso digno, involucrando así a terceras personas de su encubierto suicidio, responsabilizando ante la ley a los ejecutores directos, los que hicieron una acción por piedad o en beneficio de la dignidad de una persona en particular deben muchas veces pagar las consecuencias de su actuar ante un tribunal. En los países donde existe una ley de eutanasia no siempre quedan impunes a la justicia los ocultos y anónimos participantes.

Las agrupaciones en pro de la vida manifiestan que este es el primer paso, luego se legislará en contra el aborto y no habrá selección natural, al contrario, el hombre determinará el bien nacer y el bien morir lo que no garantiza un bien vivir, ¿acaso una persona con síndrome de Down no es digna de vivir? o ¿Pretenden mejorar la especie humana matando antes de nacer al que se cree que puede ser mas débil?

Si el pensamiento de enfermería es mantener la vida y otorgar los mejores cuidados cuando esta causa dolor y sufrimiento ayudando a aliviar el pesar de la enfermedad ¿qué motiva a participar de un acto tan humano como liberar a una persona del dolor o tan cruel como el extinguir el dolor a través de la muerte? Son algunas de las interrogantes que surgen, sabiendo de ante mano que va en contra de los códigos deontológicos de la profesión, pero la

libertad de acción permite este tipo de conducta sin tener aún un respaldo o castigo penal donde se estipulen las condiciones de eutanasia.

La sociedad ha otorgado a esta palabra el significado de muerte anticipada a una persona que sufre por parte, generalmente de un médico. Roxin, en doctrina penal, enseña que por “eutanasia se entiende la ayuda prestada a una persona gravemente enferma, por su deseo o por lo menos en atención a su voluntad presunta, para posibilitarle una muerte digna en correspondencia con sus propias convicciones” (Roxin, 1999). Además las diferencia en dos sentidos, uno amplio: cuando alguien colabora a la muerte de una persona que, en realidad, podría vivir todavía por más tiempo, pero que quiere ponerle fin – real o presuntamente – a una vida que le resulta insoportable a causa de una enfermedad. Y en sentido estricto: cuando la ayuda es suministrada después de que el suceso mortal ha comenzado, por lo que la muerte será próxima con o sin la ayuda. De esta manera la dogmática jurídica penal ha distinguido tradicionalmente entre Eutanasia activa y pasiva.

La eutanasia tiene diversas clasificaciones, siendo definidas por Cáceres Silva en su Tesis La eutanasia piadosa como derecho a morir con dignidad (2003) y por Dimitri Barreto en Revista Cubana Salud Pública v.30 n° 1 (2004) como:

- Eutanasia activa o positiva: es el hecho de provocar directa y voluntariamente la muerte de otra persona para evitar que ésta sufra o que muera de un modo considerado indigno administrando un medicamento letal.
- Eutanasia pasiva o negativa: supone el acto de privar a un enfermo, generalmente en estado terminal, de aquellos medios médicos que podrían prolongar su vida de forma innecesaria, tanto por lo que se refiere al tiempo de la vida como a las condiciones en que se viviría. El fin de provocar la muerte omitiendo la ayuda médica también se llama ortotanasia o muerte normal. Dentro de estas se encuentra la:
 - Distanasia: omitir los medios que son considerados extraordinarios, que sólo sirven para prolongar artificialmente la vida de un individuo en un proceso patológico irreversible, en esta destaca que: 1- no esta presente la acción de matar; 2- esta ausente o no existe la posibilidad de vida normal.
 - Eutanasia Lenitiva: consiste en aliviar o disminuir el dolor a través de la administración de un fármaco y otro medio que tiene por efecto secundario acortar la vida.

Otras formas de eutanasia son:

- Eutanasia agónica: provocar la muerte de un enfermo ya desahuciado médicamente.
- Eutanasia suicida: se la aplica el propio individuo, más bien se trata de un tipo de suicidio.
- Eutanasia homicida: en esta un sujeto se la aplica a otro, puede ser de dos tipos:
 - Homicidio piadoso: corta la vida de un semejante para liberarlo de las taras de un enfermedad terrible, una deformación física o una vejez angustiosa
 - Eutanasia económica o social: eliminar vidas humanas consideradas como una carga social, también denominadas “vidas sin valor vital”.
- Eutanasia voluntaria: el paciente lo solicita, generalmente en reiteradas oportunidades.
- Eutanasia Involuntaria: paciente no solicita eutanasia, pero, debido a sus condiciones de salud, generalmente en estado de coma profundo sin respiración espontánea, es un tercero

que, en muchas oportunidades son los familiares directos, quienes deciden desconectarlo de la máquina que lo sostiene lúbilmente con vida, para que descanse y termine todo sufrimiento.

Actualmente la dogmática judicial centra la discusión en la llamada eutanasia activa (donde una persona participa en la muerte de otra administrado una droga letal) y la eutanasia pasiva (limitar los esfuerzos médico en beneficio de la vida de la persona).

Surge a causa de este debate el juicio que realiza principalmente el Magisterio Católico contra el ensañamiento terapéutico, que en un intento por prolongar la vida a cualquier costo, llega al extremo opuesto, esta se refleja en tres acciones médicas realizadas de maneja habitual: 1- continuar la ventilación mecánica después de la muerte cerebral total; 2- realizar terapias ineficaces que aumenten el dolor y 3- realizar terapias claramente desproporcionadas en relación a los costos humanos y la utilidad para el paciente.

Se pueden apreciar varios componentes, ya sea de manera explícita o tácita, dentro de las diversas definiciones que otorgan los autores que escriben del tema. Se destacan componentes como:

- Acción: sentido de acto deliberado, premeditado y consciente por parte de quien interviene en la vida de un paciente.
- Humanitariedad: desde el punto de interpretar el sufrimiento como fuera de lo común, muy difícil o imposible de manejar y con base en una enfermedad de tipo incurable o pobre pronóstico a corto plazo.
- Media una acción directa: se utilizan agentes de cualquier tipo para lograr acortar la vida relacionando la causa efecto de este como mortal.

La eutanasia puede ser omisiva al privar al enfermo de sus medicamentos o simplemente marginarse de los cuidados que se le otorgan. (Guzmán M., F. 2005).

No se considera eutanasia cuando el equipo médico aplica todas las técnicas y conocimientos para salvar la vida de un paciente y este muere a causa del tratamiento efectuado.

En una encuesta realizada por el Diario La Tercera durante el mes de mayo de 2006 preguntaba ¿qué opinión seguiría usted si fuese un ser querido el que esta es esta situación de enfermedad incurable? El 57 % de los consultados respondió: “que siga el curso natural con tratamiento médico”, el 23 % opino “que suspenda todo tratamiento médico” y sólo un 14 % se manifestó a favor de la eutanasia activa entendida como “alguien ejerza una acción para terminar con la vida de un paciente”. No refleja un gran porcentaje pero si ellos están dispuestos a que un familiar limite su dolor de manera arbitral por parte de un familiar, que en este caso es el entrevistado, se debe contemplar de antemano la posibilidad de participación de profesionales de la Salud, ya que en nuestro país son los encargados de otorgar el tratamiento médico.

Según el sacerdote Tony Mifsud s.j, director del centro de ética de la Universidad Alberto Hurtado, indica al respecto “no hay nadie más propio y, a la vez ajeno, que la vida. Uno puede salir a la calle y ser atropellado. No es dueño de la vida, sino protagonista y administrador de ella. Nuestra libertad no es total ni absoluta. Eso es independiente de la fe. Vivir es convivir. Por tanto, mi libertad dice relación con la libertad de otros. No la puedo usar para oprimir o hacer daño. Ella tiene límites”. (Mifsud, 2002)

En diversas ocasiones el paciente no respeta la libertad de acción que poseen las demás personas, libertad que muchas veces se traduce en no ser cómplice de una muerte si no más bien terapeutas del dolor. En ocasiones la familia hace abuso de la libertad y se olvida de los compromisos morales que tiene con un familiar que sufre en silencio el dolor de su enfermedad. El que sufre muchas veces no desea morir sólo anhela amor, cariño, afecto, un techo bajo el cual descansar, una mano que acaricie su dolor, un hombro sobre el cual llorar, un apoyo en los momentos de dolor, pequeñas cosas que le son negadas le quitan el real sentido de su vida y la salida más próxima es anhelar morir lo más pronto posible para dejar de ser molestia o una carga social para su familia.

6.1 Contexto Histórico.

La eutanasia se ha empleado como medio para alcanzar la muerte desde remotas épocas, alejando cada vez más el significado de dicha palabra, pero una condición se mantiene, en todas las culturas y a través de los siglos siempre la eutanasia se asocia con la muerte y se sigue necesitando de un cómplice para dar curso a la acto programado con anterioridad.

En la antigüedad clásica el Estado asumía un rol activo en la eutanasia, es así como en Atenas se suministraba cicuta a quienes deseaban poner fin a sus vidas, la palabra eutanasia significaba “FELICI VEL HONESTA MORTE MORI”, no asociándose con las acciones que ayudaban a morir.

Como en toda época siempre es posible encontrar disparidad en las opiniones expresadas y actos realizados. Es así como Hipócrates (s. V a. C) en su juramento señala en el tercer y cuarto párrafo:

“En cuanto pueda y sepa, usaré de las reglas dietéticas en provecho de los enfermos y apartaré de ellos todo daño e injusticia.

Jamás daré medicamento mortal, por mucho que me soliciten, no tomaré iniciativa alguna de este tipo; tampoco administraré abortivo a una mujer alguna. Por el contrario, viviré y practicaré mi arte de forma santa y pura” (Asociación Médica Mundial, Asamblea General, Celebrada en Ginebra, 1948, luego revisada en Sidney 1968).

Dejando claramente impuesta su lucha en pro de la vida en todo momento, asegurando no intervenir cuando las personas solicitan el final de sus vidas. Quedando ésta como promesa a cumplir por los facultativos de hoy. Empíricamente traza normas éticas de la convivencia en sociedad y de alguna manera protege al más débil.

Contrario al pensar de Hipócrates, Platón (427 – 337 a.C) en la República dice: “se dejaran morir a los que no estén sanos de cuerpo”.

Séneca manifiesta que “es preferible quitarse la vida, a una vida sin sentido y con sufrimientos”.

Epícteto predica la muerte como una afirmación de la libre voluntad.

Cicerón le otorga el significado a la palabra como “muerte digna, honesta y gloriosa”

Y en la edad media y renacimiento predomina el pensar de la doctrina cristiana, que mantiene valores muy semejantes a los que exprese Hipócrates en su Juramento.

Este tan controvertido término es citado por primera vez en la Utopía de Tomas Moro (1478 a 1535) relatando un nuevo concepto relacionado a la eutanasia involucrando a la ciencia médica y moral, fusionando un nuevo concepto: “cuando a estos males incurables se

añaden sufrimientos atroces, los magistrados y sacerdotes, se presentan al paciente para exhortarle, tratan de hacerle ver que está ya privado de los bienes y funciones vitales... y puesto que la vida es un puro tormento, no debe dudar en aceptar la muerte, no debe dudar en liberarse a si mismo o permitir que otros le liberen” . Palabras que claramente están en contra de lo que pretendía Hipócrates con su juramento.

David Hume (711 a 1776) se refiere a la eutanasia como “ disponer de la vida humana fuera de algo reservado exclusivamente para el todopoderoso, y fuese infringir el derecho divino el que los hombres dispusieran de sus propias vidas, tan criminal sería el que un hombre actuara para conservar la vida, como el que decide destruirla”.

Kant (1724 a 1776) manifiesta que “la vida no vale por sí misma, sino en función de un proyecto de vida ligado con una libertad y una autonomía, ésta justicia se permite la base material para una vida digna”, además manifiesta su repudio al suicidio por violar los respetos y deberes consigo mismo.

Junto con la opinión de importantes representantes de sus eras, como Hipócrates y Platón, surgen, paralelo a estas crueles matanzas, organismos partidarios de la eutanasia y junto a estos comienza un sucesión de actos en manifestación por la eutanasia, por ejemplo: Euthanasia Society of America (ESA), Euthanasia Educational Found (EEF), Society for the Right to Die (sociedad para el derecho para morir), Euthanasia Educational Council, Concern for the Dieing, Hemlock Society por Derek Humphy, por mencionar algunas de las entidades creadas.

Sir Thomas More, en 1516, en su obra “Utopía” describe la eutanasia más dramática de la Francia renacentista, relatada por el médico Ambrosio Pare (1510 – 1590) quien era uno de los más grandes cirujanos del siglo XVI en el siguiente párrafo: “entré en un establo y encontré a cuatros soldados muertos, y tres recostados sobre la pared, con sus caras completamente desfiguradas, ciegos, sordos y mudos y con ropas humeando por la pólvora que los había quemado... Un soldado viejo me abordó y me pregunto si existía alguna forma de curarlos, a lo cual le respondí que era imposible... Entonces se aproximó a los heridos y les corto el cuello delicadamente y sin rabia. Viendo esta cruel acción le dije que era un hombre perverso, a lo cual me respondió que si el hubiera sido el herido, cualquiera de sus compañeros le habría prestado la misma muerte rápida, en lugar de dejarlo morir lánguida y miserablemente”(Guzmán Mora. 2005)

Se aprecia la gran crueldad con la que actuaban las personas en busca de una muerte digna y de no causar lástima entre sus pares. La eutanasia, al parecer, la ejercía cualquier persona que tuviera la voluntad y el coraje de matar, incluso, dentro del relato, en ningún momento se aprecia la voluntad de morir por parte de los soldados lesionados, pero, la persona que cobra la vida de estos deja ver que su acto es lícito porque si a él le hubiese pasado también habrían cobrado su vida de una manera rápida.

Luego el siglo XVII se utilizó el término eutanasia para referirse a muerte fácil, de hecho los hospitales como la Salpetriere concentraban a grandes cantidades de mendigos, ancianos y minusválidos, prácticamente sin perspectiva de vida.

Francis Bacon, en 1605, utilizaba el término eutanasia para hacer referencia a aquellas medidas encaminadas a transformar el episodio de la muerte en algo menos desagradable, al apoyar física y espiritualmente al enfermo.

Se debe destacar el ingreso de la anestesia a la eutanasia, si bien, era usada por antiguas culturas, no todos tenían acceso a ella. La incorporación de esta se debe al empuje de Hill Hickman en París en 1828 y Morton y Warren en 1846. En 1831 se descubre el cloroformo, y es utilizado como terapia analgésica en Edimburgo en 1847, al año siguiente los alemanes descubren el cloruro de etilo, posteriormente se hacen uso de estos fármacos en el alivio de las molestias en la agonía. Luego, en el siglo XIX, el dr. William Mont utiliza el término eutanasia para poner fin a la vida de un enfermo.

Después de 1905, año en que Charles Norton propone el ejercicio de la eutanasia surgen varios representantes, organizaciones y peticiones a esta propuesta, comenzado ya en 1936 el parlamento británico a debatir sobre el derecho a morir dignamente.

Uno de los referentes de nuestros tiempos en relación a la legislación a favor de la eutanasia es Holanda, donde han analizado muy cuidadosamente los pro y contra de la eutanasia, pero, debido al envejecimiento población y al aumento de la perspectiva de vida la consideran como una opción real junto a la muerte.

Hoy en día el tema lo trae a colación Ramón Sanpedro, quien después de un accidente a causa de su irresponsabilidad arrojarlo en “piquero” en el mar queda tetraplégico, y solicita por años a diversas cortes la opción de muerte digna, antes que comiencen todos sus males y pesares por la postración de por vida que iba a padecer. Nunca consiguió la autorización, pero de igual manera puso fin a su vida ingiriendo cianuro líquido, historia representada en una película llamada “Mar adentro” dirigida por Alejandro Amenabar (2004).

Existen corrientes que tratan de intervenir en la historia de la eutanasia, pero uno de los más grandes y destacado, por la gran cantidad de personas que asesinó, con la crueldad que los mataba y por el indigno trato que entregaba, es Adolfo Hitler, quien confeccionó un programa de exterminio contra todo aquel enfermo, anciano o minusválido, donde los niños no estaban ajenos a la regla. Es así, como se ordena la muerte de todo ser que pueda perjudicar el desarrollo de perfección de la “rasa nazi”, encubierto bajo el programa Aktion T4, nombre que proviene de la calle y número de la oficina encargada de la coordinación del programa de exterminio Tiergartenstrasse 4

En las fases de inicio en 1939, se registran más de 70 000 muertes bajo el programa de eutanasia. El tribunal militar internacional de Nuremberg (1945 – 1946) calculó que las muertes bajo el programa T4 asciende a una cifra aproximada de 275 000 personas.

En el exterminio masivo llevado a cabo en las cámaras de gas colaboraron personas de salud de todos los sectores, la mayoría ignoraba lo que estaba sucediendo.

De los países del mundo que han legislado acerca de la eutanasia, Holanda se convirtió en el primer país del mundo en practicar la eutanasia activa, amparada en una ley, a pacientes que lo solicitaban poner fin a sus vidas.

Cercano a Chile, se encuentra Colombia, país que esta luchando por tener una ley propia que de inmunidad a las personas que asisten este tipo de actos.

Chile también ha hecho intentos por legislar y tener su propia ley en este orden, se espera que durante el transcurso del año 2006, tanto el ejecutivo como el legislativo, promulguen la oficial posición del Estado, ya que no estamos fuera de la globalización, al contrario, estamos tan insertos en los mercados económicos, que todo lo que pase en alguna bolsa de comercio en el mundo termina afectando a la población. Recordemos que posterior al film “mar adentro” donde se plantea directamente la problemática de no contar con una legislación respecto a la eutanasia en Chile, surgió a través de la prensa una solicitud pública de eutanasia por parte de un ciudadano chileno. Lamentablemente, este falleció sin tener una respuesta a su petición, y se llevó después, junto al sufrimiento, todo el dolor físico y emocional que le ocasionó su enfermedad. Claramente que con una respuesta positiva o negativa el igual iba a morir, pero, la diferencia la hubiese marcado la dignidad en la forma de morir que deseaba.

6.2 Bioética y Deontología.

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) adoptó por primera vez un Código Deontológico Internacional de Ética para enfermeras en 1953. Posterior a esto se ha revisado y reafirmado en diversas ocasiones, la más reciente data del año 2005. En este CIE se relatan cuatro deberes fundamentales:

1. Promover la salud.
2. Prevenir la enfermedad.
3. Restaurar la salud.
4. Aliviar el sufrimiento.

Además, añade que son inherentes a enfermería el Respeto por los Derechos Humanos, incluidos los culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratados con respeto independiente a su condición política, religiosa, raza o enfermedad. Asegurando la entrega de una atención de calidad a todo aquel que requiera de los servicios de este profesional.

Existe, también, un Código Deontológico de Enfermería, que encierra un conjunto de deberes, derechos, normas éticas y morales que debe conocer este profesional para permitir la aplicación de estos en su práctica diaria. Dicho código reglamenta las relaciones que se mantienen en el desarrollo de la profesión con:

- Las personas.
- La práctica.
- La profesión.
- Sus compañeros de trabajo.

Estas relaciones son el relieve de las normas de la conducta ética. Dentro de cada una de las relaciones que desarrolla este profesional destacan conductas propias con responsabilidades específicas en cada relación.

El Código deontológico es una guía para actuar del profesional de enfermería sobre la base de los valores y necesidades sociales.

Los compromisos morales que tiene el profesional de enfermería abogan en todo momento en pro de la vida y a su vez instan a dar satisfacción a los cuatro deberes fundamentales de su profesión (promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento) respetando, ante todo, los compromisos que tiene ésta, tanto con las personas, profesión, práctica y compañeros de trabajos, estableciendo claramente que todas las acciones destinadas al cuidado del paciente van en directo beneficio de la salud de las personas, dejando fuera de la práctica de enfermería la participación en eutanasia, ya que esta tiene por objetivo elegir un método para poner fin a una vida

Dentro de la relación con las personas destaca el respeto a los derechos humanos y uno de los principales es el “Derecho a la Vida” (contrario a eutanasia), además, en la relación

con la práctica, deberá asegurarse que la tecnología empleada es segura y no atenta en contra la vida y dignidad de las personas a las que brinda cuidados.

Una de las conductas, que establece la relación con la profesión, autoriza el uso de normas aceptadas dentro de la práctica clínica que ayuden al cumplimiento de los deberes fundamentales de la profesión. Aunque, si existiese una norma (para la eutanasia) relacionada con la administración de medicamentos letales (recordemos que la administración de fármacos está dentro de la gestión de cuidados que otorgan los profesionales de enfermería, según la actual reforma de salud en la ley de garantías explícitas en salud “GES”) ésta no obliga su participación, debido a que los principios fundamentales están en directa relación con la ayuda en la prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas que en algún momento padecen momentáneamente la pérdida de ésta. El cuarto principio fundamental es el “alivio del dolor”, lo que puede tener un sinfín de interpretaciones, que pueden respaldar programas de salud ministeriales, como es el caso del programa de cuidados paliativos o alivio del dolor donde se busca entregar un tipo de analgesia con la ayuda de algunos fármacos siendo el más conocido la morfina, pero también puede respaldar el derecho a una muerte digna (eutanasia) debido a que las organizaciones a favor de una muerte digna mencionan a ésta como una opción válida para la dignidad de las personas cuando los tratamientos farmacológicos no logran mitigar el dolor y sufrimiento corporal que causan muchas veces una enfermedad terminal. Argumentos que son rechazados ampliamente por organizaciones en pro de la vida, debido a que la eutanasia no es un tipo de tratamiento, ya que no busca el bienestar de las personas para seguir el cauce natural de la vida entre salud y enfermedad, mas bien, busca justificar un tipo de suicidio que requiere de asistencia de un tercero para poder llevarlo a cabo. Además no sólo se debe encargar del cuidado físico, también debe cuidar de la salud mental de la persona, que muchas veces esta más dañada que la corporal, daño que no es fácil de reparar pero que también debe ser considerado a la hora de planificar las acciones tendientes a satisfacer las necesidades de salud del individuo, familia y comunidad.

Si una persona padece una enfermedad terminal, la eutanasia sería el camino más fácil para acabar con su dolor. Si se suma a esto el abandono familiar y el daño en su salud mental producto de muchas veces la soledad y falta de grupos o redes de apoyo durante el desarrollo de su enfermedad, es probable que se produzca abuso de los medicamentos utilizados en sus cuidados. Sería la excusa perfecta para un tipo de eutanasia social o económica, donde se busca en beneficio de los demás por sobre el alivio del dolor del paciente. Este es un desafío para un profesional de enfermería, debido a que es función de éste el pesquisar conductas que causan algún tipo de daño emocional y que se manifiesta en el aumento del dolor.

Monseñor de Berranger , obispo católico de S. Denis (Francia) declaró: “Se deben tomar todas las medidas posibles para disminuir el sufrimiento y no solo a base de altas dosis de medicamentos. Hay que fomentar los cuidados paliativos, las personas moribundas tienen gran necesidad de estar rodeadas... la muerte se ha convertido en un tabú hoy en día. ¿Dónde están las familias y los amigos?”(Le Fígaro, 1998).

Muchas personas no buscan morir, están dispuestas a padecer y soportar el dolor generado por su enfermedad, están dispuestas a sufrir en silencio y mostrar siempre alegría aún en los momentos más difíciles de su padecer, a cambio de ver a sus hijos crecer, de ver la unión familiar, la solidaridad y apoyo entre hermanos, de ver un nuevo día nacer, de sentir que aún existen y son parte del mundo activo. No piden nada más que una mano amiga en el dolor, un oído atento a sus descargos en los momentos de flaqueza donde el dolor reunido se transforma en ira y lo único que quiere es gritar y desahogar lo que comienza a derramar cuando el vaso de su ser ya no puede contener el sufrimiento, pero al no encontrar la atención que necesitan, optan por el camino que no se preocupa del desarrollo de la naturaleza de las cosas, sólo se preocupa de poner fin anticipado a una de las cosas que más se valora y no se quiere nunca dejar, optan por acortar al máximo sus vidas, optan por “eutanasia”. Si los componentes del medio ambiente al que pertenece esta persona no le dan satisfacción a las necesidades psicológicas, aunque dependa sólo de la escucha activa, la eutanasia será la mejor y más fácil forma de escapar del dolor.

La palabra que pueda aportar la ética dentro de la discusión acerca de la eutanasia es de gran fuerza al momento de tomar la decisión de ayudar a una persona que busca atentar contra su vida o ayudar a mitigar los dolores bajo las terapias medicamentosas de los cuidados paliativos.

Por Comité Asistencial de Ética (CAE) se entiende “Toda comisión consultiva e interdisciplinar, al servicio de los profesionales y usuarios de una institución sanitaria, creada para analizar y asesorar en la resolución de los posibles conflictos éticos que se producen a consecuencia de la labor asistencial, y cuyo objetivo es mejorar la calidad de dicha asistencia sanitaria”.

Cada comité responde a dos factores: la “idiosincrasia” de la institución y la labor técnica que ella realiza, por lo tanto no es lo mismo un comité creado en un hospital pediátrico que un comité que debe funcionar en una Unidad de Cuidados Intensivos de adultos en un hospital público.

Su inicio real se sitúa alrededor de 1976 en Estados Unidos. Ese año un tribunal norteamericano pidió la intervención de un comité para la solución de un caso clínico, cuando una joven ingirió grandes cantidades de alcohol y barbitúricos, quedando en estado de coma y los padres solicitan la desconexión de su hija del respirador artificial, la sentencia fue desfavorable a su petición y su hija murió 10 años más tarde y nunca recuperó la conciencia.

Por ser la enfermera (o) responsable de los cuidados de los pacientes suele ser el miembro del equipo de salud que posee una relación más estrecha y continuada con los enfermos, especialmente si estos están vivenciando la última etapa de sus vidas, por lo tanto fácilmente en este profesional surgen conflictos éticos en el desarrollo de su práctica sanitaria habitual. Por lo tanto debe estar presente en cada comisión ética cuando se deba tomar una decisión frente a un dilema ético que pueda enfrentar el centro de salud donde trabaja.

El código de Deontología Médica señala “el Médico esta obligado a poner medios preventivos y terapéuticos necesarios para conservar la vida del enfermo y aliviar sus sufrimientos. No provocará nunca la muerte deliberadamente, ni por propia decisión, ni cuando el enfermo, la familia, o ambos, lo soliciten, ni por otras exigencias... En caso de enfermedad terminal, el médico debe evitar emprender acciones terapéuticas sin esperanza cuando haya la evidencia de que estas medicinas no pueden modificar la irreversibilidad del proceso que conduce a la muerte. Debe evitarse toda obstinación terapéutica inútil. El médico favorecerá y velará por el derecho de una muerte acorde con el respeto de los valores de la condición humana”. (Cáp. XVII, Art. 116 y 117). Por tanto la eutanasia no puede ser considerada como un remedio y como va en contra de los principios éticos, claramente, el profesional de enfermería debe marginarse de dicho acto que no es terapéutico, más bien, debe participar activamente en los cuidados paliativos del paciente terminal, otorgando el mejor confort y seguridad cuando está cercana la hora morir.

La Sociedad Médica Mundial dice: “la eutanasia, es decir, el acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente, ya sea propio o por su requerimiento o a petición de los familiares, es contrario a la ética” (Declaración sobre la Eutanasia, promulgada en 1987).

La Comisión Central de Deontología de España dice: “en los medios de opinión se emplea con frecuencia las expresiones –ayuda a morir – o – muerte digna-. Tales expresiones son confusas, pues, aunque tienen una apariencia aceptable, esconden con frecuencia actitudes contrarias a la ética médica y tienden a borrar la frontera que debe separar la asistencia médica del moribundo de la eutanasia. La asistencia médica al moribundo es uno de los más importantes y nobles deberes profesionales del médico, mientras que la eutanasia es la destrucción deliberada de una vida humana que, aunque se hace por petición de la víctima o por motivos de piedad en el que la ejecutara, no deja de ser un crimen que repugna profanamente la vocación médica sincera” (Declaración sobre la eutanasia, promulgada en 1989).

La Enfermera Pamela Babb Stanley, directora de la escuela de enfermería del Hospital ABC señala “morir en una institución hospitalaria hoy día, equivale a morir en soledad, mecánicamente y en forma deshumanizante (...) El papel principal de la enfermera (o) ante el paciente desahuciado es ayudarlo a bien morir, contrario en absoluto de hacer algo para procurar una muerte más rápida conocida como eutanasia activa, legal y moralmente no aceptable (...) Es preciso hacerle saber (al paciente) la verdad de su estado de salud y su derecho a rehusar tratamiento, pero sobre todo, la misericordia es una obligación moral ante estos casos”. (Primer Congreso Internacional de Bioética, México, Octubre de 1994).

Según el Diccionario de la Real Academia Española misericordia significa: “virtud, que aficiona, e inclina al ánimo, para que se duela y compadezca de los trabajos y miserias ajenas.” Podemos ser misericordiosos, es más, podemos ser empáticos en el dolor ajeno del que sufre incluso en silencio, pero, lo que no podemos hacer es procurar la muerte de un paciente, aunque éste lo solicite. Razón por la que los cuidados de enfermería no sólo procuran el bien físico, también se interviene en la salud mental de las personas, llegando

incluso a confortar el alma y el espíritu afligido, como un buen samaritano, transformando nuestra profesión en una entrega activa en pro de la vida.

Engelhardt sostiene que: “los individuos tienen el derecho a suicidarse y las demás personas tienen el deber de ayudarlo”. (The foundations of bioetic). Oxford university press. New York. 1986 Pág. 306). Pero ¿porqué debo participar en la muerte de una persona? ¿que me obliga a ser un homicida?. Se debe dejar claro que la eutanasia del tipo o clasificación que sea, siempre busca como fin la muerte de una persona, que, aunque esta lo solicite, esto no es suficiente para convertirnos en asesinos. Además, si el personal de salud tiene el deber de ayudar en la muerte de las personas no sería ésta una excusa para matar sin compasión y revivir crímenes contra los derechos humanos como los cometidos en los campos de concentración de la Alemania Nazi. Palabras que no tienen validez. La profesión de enfermería se caracteriza por el amor al arte de la vida, y en pro de esta se realizan acciones de salud, tendientes a mejorar en cada momento los cuidados que particularmente necesita un paciente que sufre, no por asesinar impunemente. Ahora, si el personal de salud ayudara en la muerte de todas las personas y un respaldo legal les otorgase protección, sería una buena excusa para encubrir las negligencias que se podrían cometer afirmando que el paciente solicitó, de alguna manera, morir.

La enfermería no debe perder el enfoque biopsicosocial del proceso salud – enfermedad. Aunque continúe avanzando el desarrollo de nuevas maquinarias y tecnologías en beneficio de la atención del paciente esta seguirá siendo un precioso vínculo de humanización, y sus valores estarán siempre en la dedicación y empatía que entrega al momento de guiar los cuidados del paciente y su familia.

La ética deontológica propone un modelo de clasificación que ayude ante dilemas éticos. Existen 2 tipos de niveles.

1. Nivel Privado: tiene directa relación con la ética privada de las personas y establece las obligaciones morales intransitivas, las que puede imponerse a sí mismo y marcan el máximo de moral a la que aspiran, pero no se puede obligar a los demás a realizar acciones que no están dispuestos a realizar, tampoco se puede obligar a una persona a desarrollar acciones en beneficio o intereses propios que van contra el pensamiento de ésta. En este nivel destacan:

- Autonomía.
- Beneficencia.

2. Nivel Público: compuesto por obligaciones claramente transitivas, el principio de igual consideración y respeto de la diversidad de los proyectos de vida, la uniformidad en ciertas cuestiones básicas o comunes, es decir, en las acciones transitivas, en las relaciones entre los seres humanos. Los deberes deben ser comunes a todos, y que todos deban cumplir por igual, por esta razón el garante de este nivel es el Estado. Destacan aquí los principios de:

- No Maleficencia.
- Justicia.

La Autonomía significa tener la libertad de elegir, tener la capacidad de fijar una posición propia con respecto a determinados hechos. Poder asumir la responsabilidad de sus propios actos. Implica la capacidad de comprender las situaciones propias y de perseguir objetivos personales sin estar dominados por coacciones.

“**La beneficencia** tiene por fin la realización activa del bien y la protección de los intereses. Implica tres conceptos: el de procurar los mejores intereses para el paciente como tal y como lo entiende la medicina, la definición del bien como abstracción y la advertencia de prevenir un mal innecesario. El fin moral último de la beneficencia será promocionar los mejores intereses del paciente desde la perspectiva de la medicina” (Martínez H. 2006).

“**No Maleficencia:** sólo debe tratar con aquello que esta indicado y que proporcione beneficio científicamente probado. Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos respetarán en forma escrupulosa el equilibrio entre el riesgo y el beneficio y no causará daño físico ni psíquico” (Martínez H., C. 2006).

“**Justicia** tiene directa relación con las igualdades en las prestaciones asistenciales. Todos los pacientes deben tener igual oportunidad, tanto de conseguir el mejor resultado al menor costo económico, humano y social” (Martínez H. 2006).

Se debe considerar que no siempre se pueden mantener unidos estos principios, por lo que la ética clínica ha creado un procedimiento en la toma de decisiones ante dilemas éticos. Este consta (según Gracia. D. 1991) de:

I. El sistema de referencia moral.

- * Premisa Ontológica: el hombre es persona, y en tanto que tal tiene dignidad y no precio.
- * Premisa ética: en tanto que personas, todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto.

II. El momento deontológico del juicio moral.

- * Nivel 1: No-maleficencia y justicia.
- * Nivel 2: Autonomía y beneficencia.

III. El momento teleológico del juicio moral.

- * Evaluación de las consecuencias objetivas o de nivel 1.
- * Evaluación de las consecuencias subjetivas o de nivel 2.

IV. El juicio moral.

- * Contraste del caso con la “regla”, tal como se encuentra expresada en el punto II.
- * Evaluación de las consecuencias del acto, para ver si es necesario hacer “excepción” a la regla, de acuerdo con el paso III.
- * Contraste con la decisión tomada con el sistema de referencia (paso I).
- * Toma de decisión final.

En el Código Internacional de Enfermería destaca la responsabilidad fundamental de la enfermera en tres aspectos: conservar la vida, aliviar el sufrimiento y fomentar la salud.

Principios que son totalmente opuestos a la muerte asistida. Además, añade, que el profesional de enfermería tiene la obligación de llevar a cabo con inteligencia y lealtad las órdenes del médico y de negarse a participar de los procedimientos no éticos, por lo tanto puede marginarse de todo acto que esté contra los principios deontológicos de la profesión. (Adaptado del Concejo Internacional de Enfermeras, Sao Paulo, Brasil, 10 de julio de 1953).

Uno de los debates acerca del derecho del paciente a una muerte digna surge de la Autonomía que éste posee para expresarse libremente, esta palabra proviene del griego *autos*: *unos mismos* y *nomos*: *regla, gobierno propio o autodeterminación*. Es la condición del agente moral (racional y libre) que genera el principio de respeto por la autonomía de las personas, e implica un derecho de no interferencia y una correlativa obligación de no coartar las acciones autónomas.

La autonomía, según Kant “constituye el fundamento de la dignidad de la naturaleza humana y de toda naturaleza racional”. Por su parte Locke afirma que es necesario partir del estado natural en que se encontraban los hombres “un estado de completa libertad para ordenar sus actos y para disponer de su persona como mejor le parezca dentro de los límites de la ley natural, sin necesidad de pedir permiso y sin depender de la voluntad de otra persona”.

Dentro de la autonomía el paciente tiene el derecho a decidir libremente y sin coerción, de acuerdo a sus valores, creencias o indiosincracia, los problemas o la solución de los problemas de salud, no estando ajena a su elección la eutanasia, como fin último de sus pesares. Antiguamente la autonomía hacia referencia al sentido paternalista del médico hacia el paciente, con el tiempo ha cambiado, sin embargo, el paciente puede elegir libremente lo que el considere lo mejor para tratar su enfermedad, pero el equipo de salud, que se rige por el código deontológico, analiza la petición de este desde el nivel público de los dilemas éticos, dejando muchas veces invalidada la solicitud del paciente por no cumplir con los requisitos transitivos de no-maleficencia y justicia, además la autonomía del paciente bajo ningún punto de vista obliga al personal de salud a que actúe en contra sus propios principios por el beneficio específico de un paciente, y si algún médico está dispuesto a participar de dicho acto, el código de ética de enfermería permite a estos profesionales a objetar la indicación médica prescrita y marginarse de los actos que no reflejan el ideal de la profesión.

En varios tratados se menciona la palabra autonomía y otorgan a los profesionales que imparten los cuidados en salud la obligación de hacer lo que el paciente demanda, pero hay que recordar que al igual que los profesionales de salud se pueden marginar de participar de la decisión del paciente, este también puede elegir el mejor tratamiento para su patología o, también, marginarse del tratamiento ofrecido y no seguir ningún tipo de indicación médica.

Por lo tanto, la eutanasia no depende sólo de la autonomía del paciente, también depende de la autonomía del profesional que otorga cuidados. No se puede negar, entonces, que si un profesional de salud comparte la decisión de eutanasia del paciente y está dispuesto a participar, ésta podría llevarse a cabo, ya que ambas personas comparten un pensar y no existen obligaciones de ninguna parte. Sin embargo, en sentido más estricto, el médico nunca podría optar por la muerte de un paciente, siempre deberá abogar por la vida, en las

condiciones que sea, eso es lo que establece su código de ética y su juramento hipocrático. Por otra parte, la muerte no está considerada dentro de los principios éticos de la profesión de enfermería. En rigor de sus reglamentos, promesas y juramentos realizados ante el ejercicio de su profesión, quedarían automáticamente marginados de participar de todo acto que no busque por fin último la salud y vida del paciente.

La eutanasia también incluye la dignidad al morir y el encarnizamiento terapéutico. Dignidad proviene del término anglosajón “*dignity*” definido como cualidad de un ser valeroso u honorable, otra acepción del diccionario inglés es la esencia de la dignidad humana el autosostenerse asimismo. El diccionario de la Real Academia distingue ocho tipos de aseveraciones, entre ellas “*calidad del digno*” y “*la calidad o decoro de las personas en su manera de comportarse*”. Este término es un argumento cotidianamente utilizado por las organizaciones a favor de la eutanasia, pero que de igual manera queda sujeto al código de ética y deontológico que esté vigente en el centro asistencial correspondiente. Nietzsche hizo de la voluntad fundamental de estar sano el principio fundamental de la dignidad humana, quedando de manera empírica que el ser indigno es el que está enfermo, no tiene salud, padece pesares o se encuentra cercano a la muerte.

Sulmasy (1994) después de concluir que la esencia de la dignidad humana es nada más y nada menos que la estima y el honor que los seres humanos merecen simplemente porque son humanos. Pretender prolongar siempre y a toda costa la vida humana es negar la verdad de mortalidad humana y, por ello, actuar contra la dignidad humana. Del mismo modo, dar muerte a un paciente, aún cuando ya esté muriendo, viene a decir que la vida de ese hombre ha perdido todo significado y valor: pero eso es actuar contra la dignidad humana, pues esta no depende de la presencia social, la libertad o el placer, sino del hecho de ser hombre. Este es el gran desafío para el médico y la enfermera (o), devolver a ciertos pacientes la fe en su propia dignidad y hacerles sentir que la situación terminal, totalmente carente a veces de estética, que su vida sigue teniendo valor y dignidad. Por lo tanto, según Sulmasy, no habría asalto mayor a la dignidad humana ni, en último término, sufrimiento más grande que decir a uno de los pacientes, mirándole a la cara, “si, tienes razón, tu vida carece de sentido y de valor. Te daré muerte, si tu quieres”. Los moribundos deben saber que para los profesionales de salud ellos nunca pierden su dignidad, al contrario, son merecedores de cuidados preferenciales por la fragilidad de su estado donde el médico es garante de su salud, esto ayuda al paciente moribundo a conservar siempre su dignidad.

Por otra parte, el encarnizamiento terapéutico es “toda acción médica centrada en prolongar artificialmente la vida de un enfermo terminal, lo que puede ser extraordinariamente cruel para el mismo paciente, ya que significa la prolongación de un proceso irreversible, acompañado de graves dolores”. Lo que equivale a conectar a un paciente a una máquina para que supla sus funciones vitales (generalmente respiración) y se prolongue la agonía y sufrimiento del paciente, pero otras veces es un método para salvar la delicada vida en momentos críticos de patologías, donde el estar conectado a una máquina es parte del tratamiento. Cabe destacar que el mantener conectado al paciente a una máquina no sólo constituye un encarnizamiento terapéutico, a veces el fin es la procuración de órganos, lo que se puede convertir en un vicio a favor de una persona, pero los costos los cargará la familia del

paciente que agoniza, injusto, si se piensa que el beneficiario retornará a su vida con un órgano que no le pertenece y se esforzará por mantener una vida normal, mientras que la familia del paciente, dependiendo del tiempo que utilizó máquinas de apoyo vital y de su previsión, estará pactando la forma de pago por las atenciones otorgadas. Entonces: ¿es lícito mantener conectado a una máquina a un paciente que no tiene posibilidades de recuperación y obligarlo a vivir martirizado? Es una pregunta que se hacen las organizaciones en pro de la eutanasia pero, ¿cuando comienza el error?, si se sabe que el destino del paciente es la muerte, por qué se decide otorgarle apoyo vital, sabiendo que el ser humano es mortal y no se puede negar que cada día que pasa avanza hacia la muerte.

Si el fin de la eutanasia es la muerte, y el fin de toda vida humana es la muerte, el médico, por muchos estudios que tenga, no logrará cambiar el destino del paciente podrá prolongar la partida pero no revertirá las condiciones vitales que no están presentes.

Desde un punto de vista ontológico – personalista, la intervención a favor del paciente deberá hacer referencia al principio de proporcionalidad terapéutica, que puede ser así definido: es éticamente aceptable cualquier terapia que se comporte como un soporte positivo y que sea equilibrada en la relación costo / beneficio.

Recordemos que no debemos entregar al paciente técnicas que no están descritas o no han sido aprobadas en beneficio del cuidado del paciente, ya que estas estarían atentando contra los principios deontológicos y contra el código de Nuremberg.

Si los profesionales de salud siguieran rígidamente las sugerencias que presentan ante dilemas éticos la deontología, habría uniformidad de pensamiento y criterio no dejando la opción de pensar en la muerte como una opción válida para escapar del dolor, pero, como cada ser humano es único e irrepetible, con intereses propios, ególatras y muchas veces avaro de pensar, donde lo que él dice es ley, dificulta encontrar una solución rápida en respuesta a una petición de eutanasia por parte de un paciente.

Muchas organizaciones en pro de la vida relatan que si hoy se regula sobre la eutanasia, mañana, se regulará en beneficio del aborto, luego sobre la selección natural y modificación del genoma humano, la clonación, etc., no acabándose nunca la cadena de argumentos contra el ser que esta por nacer o por el que esta al borde de la muerte. Sin embargo, ya se ha legislado en temas que hace años se trataban de ocultar, como la infidelidad y la actualmente polémica “píldora del día después”. No dejan de tener razón, pero son los costos de la evolución humana y del desarrollo de la tecnología, o acaso el cambio de televisión en color a nadie le gustó, o el del teléfono a celular, o los giros de dineros por cajeros automático, pero siempre se encuentra algo negativo, por ejemplo, el cobro de infracciones de tránsito por el sistema de fotoradares. El hombre no puede manejar todas las variables del sistema para que el producto de la naturaleza sea el que él quiere, y debe acostumbrarse a vivir en una selva, de múltiples tentaciones, evitando peligros a cada momento. Si la profesión de enfermería otorga el placer de ayudar al prójimo, no estamos ajenos a una selva de peticiones que debemos saber manejar y una de las que puede solicitar un paciente es la eutanasia activa.

Existen legislaciones en contra o a favor de casi todo lo imaginable, pero no existe una ley que obligue a los hijos a asumir una responsabilidad con sus padres o familiares en la vejez, ésta es una de las causas de petición de eutanasia (social o económica). El abandono de las redes de apoyo al que sufre puede hacer la diferencia entre el deseo de morir o el deseo de luchar por vivir.

6.3 Perspectiva Religiosa

A lo largo de la historia la religión ha sido uno de los obstáculos más fuertes con el que se han encontrado los precursores de la eutanasia. Las diferentes religiones basan su batalla en contra el suicidio y muerte asistida en la Biblia, considerado como el libro sagrado, que guarda el testimonio de Jesucristo en su paso por la tierra. En ella se encuentran registrado el inicio de la “creación” del universo y las profecías del fin del mundo.

Ahora, cada religión hace uso e interpretación de una manera diferente de la Biblia, teniendo en común que Dios es el único dueño de nuestras vidas, y por lo tanto como amo y señor tiene las facultades para determinar así como nuestro nacimiento, nuestra muerte. Este libro sagrado no permite cobrar con nuestras manos la vida de otra persona (Exodo Cáp. 20 verso 13. mateo Cáp. 5 verso 21. La Santa Biblia)

En la encíclica *Evangelium Vitae*, el papa Juan Pablo II, manifiesta su claro pensar en contra de la eutanasia. En ella presenta una conexión, de naturaleza antropológica y teológica, asociando el aborto y la eutanasia como una cultura hacia la muerte, viéndose amenazadas fuertemente las sociedades que se consideran avanzadas. Además dichos actos constituyen un atentado contra la humanidad y los derechos del hombre.

Al permitir al hombre tomar la vida de otra persona causa la ilusión de sustituir a Dios como Señor de la vida y de la muerte “se vuelve a proponer la tentación del Edén: transformarse en Dios conociendo el bien y el mal (Génesis 3.5 *Evangelium Vitae* N 66), lo que indiscutiblemente afectará siempre de una manera predominantemente negativa al más débil, en este caso al que padece el dolor, sufrimiento y malestar. Lo que se encausa contra la solidaridad humana que pretenden predicar las religiones (Lucas 10.25-42).

Además se considera como una grave falta humana atentar contra la vida. Cabe destacar que este concepto, eutanasia, no aparece escrito en La Biblia. Juan Pablo II recuerda que “tal doctrina está fundada en la Ley natural” “de modo que aun entre dificultades e incertidumbre, con la luz de la razón y no son el influjo secreto de Gracia, puede llegar a descubrir (...) el valor sagrado de la vida humana desde su inicio hasta su término” (*Evangelium Vitae* n. 65).

La vida humana tiene valor y dignidad en sí, por ser vida de una persona, por lo tanto ella no se puede transar y nadie tiene el derecho a disponer en manos de otros la vida de una persona. Por otro lado, la dignidad no tiene relación con los bienes materiales que pueda poseer una persona, ya que estos surgen de una relación accidental y no sustancial, por lo tanto no es constitutiva de una misma persona.

Si hubiese que comentar el acto de eutanasia se puede decir que éste no es de competencia médica, ya que esta debe velar por la salud y salvaguardar los ideales de salud, protección y vida. El dar muerte a una persona no constituye un acto científico, puesto que éste no se puede considerar experimental.

Si la mayoría de los cristianos estuvieran de acuerdo con la eutanasia pasiva, hacen caso omiso de las enseñanzas Bíblicas, ya que éstas instan a mantener el amor al prójimo en todo momento, además, la Biblia relata, en el libro de Mateo Cáp. 25 verso 45-46 “entonces les responderá diciendo: De cierto os digo en cuanto no lo hiciste a uno de estos más pequeños, tampoco a mí lo hicisteis, e irán éstos a castigo eterno, y los justos a la vida eterna”. Si no se presta ayuda al desvalido en su lecho y no se acompaña el moribundo en su sufrir, según este verso, tampoco lo realizaremos con él, Jesús, por lo tanto si se presta ayuda para dar muerte a una persona, se estará dando muerte al Hijo de Dios y a consecuencia de este acto de maldad tendrán castigo eterno. Todos los cristianos buscan la dicha y la buena ventura por tanto no podrían ser cómplices de una muerte solicitada por un paciente, debido a que esto los excluye de la vida eterna. Recordemos palabras de Juan Pablo II en su Encíclica Evangelio de la Vida “eutanasia es adueñarse de la muerte, procurándola de un modo anticipado y poniendo fin dulcemente a la propia vida o a la de otro”. Y se considera esto como una “cultura de la muerte” que se ve en las sociedades del bienestar, caracterizadas por una mentalidad eficientista, que va en contra los ancianos y más débiles, caracterizadas como algo gravoso e insoportable, aisladas por la familia y la sociedad, según lo cual una vida inhábil no tiene valor alguno. Y vuelve a definir eutanasia como una “acción o una omisión que por su naturaleza y en la intención causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor, situada en la intención y los métodos usados” (Juan Pablo II. 1995).

La postura de los Judíos consiste en la aceptación de la eutanasia pasiva, bajo ciertas condiciones cuidadosamente analizadas. El judaísmo considera el suicidio como un pecado más grave que un asesinato, puesto que el suicida no tiene la oportunidad de arrepentimiento, por eso ellos prohíben la eutanasia activa.

Entre el año 354 y 430 d.c. San Agustín elaboró la base filosófica diciendo que la vida era un don de Dios y el hombre no podía traicionarla. Años más tarde Tomas de Aquino afirmó que el suicidio era un pecado mortal, comparable con el asesinato, estos puntos de vista aún permanecen como dogmas de la iglesia católica.

Los anglicanos y episcopistas no se oponen a la eutanasia activa, dado que existe la posibilidad de justificar el actuar de la persona que toma la vida de otra persona.

Los hindúes y los sikhs también confían en la elección y la conciencia personales, mientras que los budistas ortodoxos condenan la eutanasia pasiva pero no la activa. Para ellos el mayor valor esta en brindar ayuda a los más necesitados.

Los luteranos consideran que la eutanasia pasiva es natural y se corresponde con los designios de Dios, mientras que la activa equivale a un suicidio, considerando ellos este tema como “tabú”.

Algunas iglesia protestantes liberales, aunque siguen considerando a la Biblia como guía espiritual, abordan la cuestión de la eutanasia para los enfermos terminales con dolores intratables desde una perspectiva humana y orientada hacia la persona, en lugar de tratar de lo que la Biblia consta o no al respecto.

El hecho de que se haya producido cambios sustanciales en ciertos aspectos de la ortodoxia religiosa, hace suponer que en el futuro podrían aparecer nuevos cambios relacionados con el concepto de vida y muerte

En el siglo XVII se utilizó el término eutanasia para referirse a muerte fácil, de hecho los hospitales como La Salpetrière se idearon más con un criterio de concentrar en un sólo sitio a los indeseables sociales, principalmente enfermos, inválidos, huérfanos y mendigos. Estas personas salían sólo cuando debían ingresar al ejército, cementerio o galeras.

La iglesia Católica Romana siempre ha manifestado públicamente su postura, razón por la que en 1980 el vaticano hizo la siguiente declaración acerca de la eutanasia:

1. Nadie puede atentar contra la vida de una persona inocente sin oponerse al amor de Dios por esa persona, sin violar un derecho fundamental, y por lo tanto, sin cometer un crimen de la mayor gravedad.
2. Todo ser humano tiene el deber de vivir de acuerdo con los designios de Dios. La vida se le confía al individuo como un bien que ha de dar frutos aquí en la tierra, pero que alcanzará la perfección únicamente en la vida eterna.
3. Causar intencionalmente la propia muerte, o suicidarse, es por tanto una acción comparable al asesinato, y se considerará como un rechazo a la soberanía y el amor de Dios. Con frecuencia, el suicidio supone también el desprecio a si mismo, la negación del instinto natural por la vida, y el incumplimiento de los deberes de justicia y caridad para con el prójimo, las distintas comunidades o la sociedad en general – aunque, tal como se ha reconocido, a veces existen factores psicológicos que disminuyen, o incluso suprimen por completo la responsabilidad.

Por tales motivos, el hombre debe esperar el cumplimiento de la voluntad de Dios, no acelerando o tardando la muerte. Los cristianos no deben temerle a la muerte, ¿porqué intervenir prolongando la vida o acelerando la muerte? ¿Si Dios tiene un plan para cada una de las personas, no se deberían castigar de igual manera las acciones médicas cuyo objetivo es el reestablecimiento de la salud? Para comenzar a responder estas y otras interrogantes hay que tener presente que ninguna persona conoce cuál es el plan de Dios, el destino o funciones que tiene su vida mientras esta dura. No causa sorpresa que una gran cantidad de preguntas no tengan respuesta, y lógicamente, se le atribuye y deja a voluntad de Dios el destino de nuestras vidas.

Las religiones sólo son directrices, muchas veces de moral y buenas costumbres, y que tratan de moldear la sociedad según la filosofía de las mentes pensantes y fundadoras de cada religión, creando grandes confusiones, controversias y polémicas por la gama de roles que adquieren sus representantes al tomar partido en temas que son comunes para todos los humanos pero que son ajenos a su religión, como lo son la política, la economía, la justicia, etc. Muchas veces, éstas, no consideran los derechos y el pensar de las personas que no profesan ninguna religión o simplemente no creen en Dios, y los tratan de pecadores, insensatos, incluso necios, olvidándose que la Biblia, libro sagrado por el cual rigen su pensar

y actuar, otorga libertad de elegir cómo cada persona quiere vivir su propia vida. Además claramente dice que la justicia queda en manos de Dios, sin embargo las doctrinas religiosas condenan de antemano al que se manifiesta en contra de sus principios, que según ellos, son los correctos.

Si un profesional de salud no cree en Dios y recibe castigo por participar de una eutanasia, faltando a un principio religioso y por el cual es públicamente condenado ¿Quién vela por el bienestar de esa persona? Ella no ha faltado a sus principios, incluso, su actuar pudo haber sido correcto, sin embargo, las doctrinas religiosas condenan inmediatamente a esa persona, y no consideran la libertad de acción que ésta posee.

El estado es el encargado de velar por todas las personas de la nación independiente a su credo, pero muchas veces las doctrinas presionan y manifiestan públicamente sus repudios en contra temas globalizados, como es la eutanasia. La Biblia dice en Romanos 13.1 “sométase toda persona a la autoridad superior; porque no hay autoridad sino es por parte de Dios, y las que hay, por Dios han sido establecidas” condenando a los que se oponen a dichas autoridades terrenales. Esto lo ratifica el apóstol Pedro (I de Pedro 2.13), lo que no implica obedecer todo lo ordenado por un superior, para los creyentes existe la libertad de discernir entre realizar el bien o el mal.

En el Libro Sagrado no se menciona la palabra encarnizamiento terapéutico, sin embargo, en algunos pasajes bíblicos se refieren al sacrificio a través del sufrimiento carnal como una manera no válida para agradecer a Dios. “Porque no quieres sacrificio, que yo lo daría, no quieres holocausto. Los sacrificios de Dios son el espíritu quebrantado; Al corazón contrito y humillado no despreciará Dios” (salmos 50:16.17) lo que se ratifica en Oseas 6:6 y en Hebreos 10:6-26. (La Santa Biblia, versión 1960). Pero como los textos que aparecen en la Biblia son interpretados de las más diversas formas, a favor o en contra de los argumentos que se pretenden expresar con fundamento teológico, muchas veces crea confusión dentro de la mismos simpatizantes, es así, como en una declaración sobre la eutanasia del Vaticano señala que según la doctrina cristiana el dolor, sobre todo el de los últimos momentos de la vida, asume un significado particular en el plan salvífico de Dios; en efecto, es una participación en la pasión de Cristo y una unión con el sacrificio redentor que él ha ofrecido en obediencia a la voluntad del Padre. No debe pues maravillarse si algunos cristianos desean moderar el uso de los analgésicos, para aceptar voluntariamente al menos una parte de sus sufrimientos y asociarse así de modo consciente a los sufrimientos de Cristo crucificado (mateo 27:34).

Entonces, lo primero es respetar los principios de cada paciente en particular, crea o no crea éste en Dios, en su peculiar forma de ver la vida, incluso hay que respetar la solicitud de eutanasia, pero el paciente no puede obligar al funcionario a que actúe de una determinada manera, lo importante es que YO, Profesional, respete primero mis principios, valores y creencias, estando seguro de las acciones que me son factibles de realizar y cuales están ajenas a mi potestad. Explicado de otra manera, no puedo ir en contra de los principios del paciente, independiente cual sea la naturaleza del pensar de este, así como el paciente no puede obligarme a ser su cómplice. Lo que será confuso de entender, hasta que las religiones respeten la soberanía e independencia de los poderes del estado y de las personas en particular,

no emitiendo juicios valóricos acerca de las decisiones del legislativo, tampoco descalificando y condenando a los que simplemente no comparten las convicciones de las doctrinas religiosas.

La iglesia tiene un rol educador, acogedor, muchas veces, incluso, de mediador de conflictos, pero eso no le da la facultad de cuestionar las decisiones que las personas realizan de manera personal, menos cuando estas no pertenecen a su credo religioso. Están en todo su derecho de realizar juicios éticos en sus congregaciones, incluso a través de los medios de comunicación masiva, recordemos que en Chile existe la libertad de expresión, pero estos juicios o reprensiones deben ser dirigidos hacia sus fieles, con responsabilidad civil de sus promulgaciones. Así, como una persona sin credo, tampoco puede obligar a una persona a realizar acciones que estén contra sus principios morales o contra sus creencias religiosas.

Este es un punto conflictivo entre las entidades en pro de la vida y a favor de la eutanasia, ya que no comparten visiones respecto al origen y al final del hombre, ni tampoco a tener que padecer sufriendo dolores durante la enfermedad que se sabe culminará en la muerte.

Joseph Fletcher manifiesta que algunos moralistas “buscan ver una diferencia entre la decisión de acabar deliberadamente con una vida a través de la acción y la de poner fin deliberadamente a una vida no haciendo nada” y “el fin y propósito de ambas es exactamente el mismo: causar la muerte del paciente” (Fletcher J., 1973).

Entonces sería igualmente condenable asistir en la muerte de un paciente como el no hacer nada por evitar el deceso de éste, debiendo mantenerlo conectado a una máquina para que “viva” pese a las adversas condiciones de vida, lo que es contrario al curso natural de la existencia: vida-muerte. La encíclica “*evangelium Vitae*” agrega “ciertamente existe la obligación moral de curarse y hacerse curar, pero esta obligación se debe valorar según la situaciones concretas; es decir, hay que examinar si los medios terapéuticos son objetivamente proporcionados a las perspectiva de la mejoría”. (Congregación de la doctrina de la fe. Declaración sobre la eutanasia, 5 de mayo de 1980. cfr. *Evangelium vitae*).

Es importante proteger el momento de la muerte, la dignidad de la persona humana y la concepción cristiana de la vida. Muchos se refieren al derecho a morir como el derecho a la “eutanasia”, más bien este derecho también esta dirigido a morir con serenidad, dignidad humana y cristiana. (Declaración *Iura et bona*. 1980).

La iglesia católica romana, la luterana y la episcopal han emitido declaraciones formales opuestas a la eutanasia y al suicidio asistido. Los grupos de fe evangélica y fundamentalistas se cree que están también de acuerdo con estas prácticas.

La Asociación Unitaria – Universal, un grupo liberal, emitió una declaración en 1988 a favor de la eutanasia y, si hay condiciones adecuadas, del suicidio asistido. Declaraciones similares han sido hechas por la Iglesia Unida de Cristo y la Iglesia Metodista. Las otras iglesias parecen divididas en este punto. La mayoría de cuerpos religiosos no se oponen a la

eutanasia pasiva que no es más que dejar que la muerte se produzca de una manera natural sin aplazarla ni acelerarla.

Las creencias cristianas fueron bien documentadas en su momento por Tomas de Aquino, quien condenaba al suicidio por que para el este acto infringe el deseo natural de vivir, daña a otra gente y la vida es un regalo de Dios y así mismo sólo él puede quitarla. Siendo el hombre un ser de sociedad las primera sociedad que de afecta por el suicidio de una persona es la familia, generando un caos al interior de un hogar por un tiempo no precisado, en cambio el sentido de pertenencia hacia otras sociedades (iglesia, clubes deportivos, etc) es menor, ya que en este lugar las funciones que antes cumplía una persona es mas fácil de reemplazar.

Claramente la iglesia católica rechaza esta práctica, y pretende orientar y educar a la comunidad a través de un decálogo donde se justifica la postura de la iglesia en un tema tan difícil de abordar.

1. Nunca es moralmente lícita la acción que por su naturaleza provoca directa o intencionalmente la muerte de un paciente.
2. por consiguiente, jamás es lícito matar a un paciente, ni siquiera para no verlo sufrir o no hacerlo sufrir, aunque él lo pidiera expresamente. Ni el paciente, ni los médicos, ni el personal sanitario, ni los familiares tienen la facultad de decidir o provocar la muerte de una persona.
3. No es lícito negar a un paciente la prestación de cuidados vitales sin los cuales seguramente moriría, aunque sufra un mal incurable.
4. No es lícito renunciar a cuidados o tratamientos proporcionados y disponibles, cuando se sabe que resultan eficaces, aunque sea sólo parcialmente. En concreto, no se ha de omitir el tratamiento a enfermos en coma si existe alguna posibilidad de recuperación.
5. No hay obligación de someter al paciente terminal a nuevas intervenciones quirúrgicas cuando no se tiene la fundada esperanza de hacerle más llevadera su vida.
6. Es lícito suministrar narcóticos y analgésicos que alivien el dolor, aunque atenúen la consciencia y provoquen de modo secundario un acortamiento de la vida del paciente, con tal que el fin de la acción sea calmar el dolor y no acelerar disimuladamente su muerte.
7. Es lícito dejar de aplicar procedimientos extraordinarios a un paciente en coma cuando haya perdido toda actividad cerebral. Pero no lo es cuando el cerebro del paciente conserva ciertas funciones vitales, si esta omisión provocase la muerte inmediata.
8. Las personas minusválidas o con malformaciones tienen los mismos derechos que las demás personas, concretamente, en lo que se refiere a recepción de tratamiento terapéutico. En la fase prenatal y postnatal se les han de proporcionar las mismas curas que a los fetos y niños sanos.
9. El Estado no puede atribuirse el derecho de legalizar la eutanasia, pues la vida del inocente es un bien que prevalece sobre el poder mismo.

10. La eutanasia es un crimen contra la vida humana y contra la ley divina, del que se hacen responsables todos los que intervienen en la decisión y ejecución del acto homicida (Rodríguez de González. 2005).

El papel que han desempeñado las religiones a lo largo de la historia muchas veces ha sido de fiscalizador, y que gracias al curso de las acciones presentadas por estas las conductas humanas se han mantenido, de alguna manera, dentro del marco de lo que la sociedad considera como “ética y moral”, factores fundamentales que deben estar presentes en la vida social de las personas. No se puede negar, también, algunas veces la iglesia y las religiones han querido tomar parte dentro de temas que afectan al ser humanos pero que no son comunes a todos los credos y has causado conflictos al interior de muchas organizaciones del estado, debido a que quieren influir en las decisiones imponiéndoles a sus fieles un pensar nacido de los líderes que estas poseen, limitando el albedrío de sus fieles.

El enfermo que se siente rodeado por presencia amorosa, humana y cristiana, no cae en la depresión y en la angustia de quien, por el contrario, se siente abandonado a su destino de sufrimiento y muerte y pide que acaben con su vida. Por eso la eutanasia es una derrota de quien teoriza, la decide y la practica. A este respecto, podemos preguntarnos si, bajo la justificación de que el dolor del paciente es insoportable, no se esconde más bien la incapacidad de los “sanos” de acompañar al moribundo en la prueba de su sufrimiento, de dar sentido al dolor humano –que, por lo demás, nunca se puede eliminar totalmente de la experiencia de la vida humana- y una especie de rechazo de la idea misma de sufrimiento, cada vez más definido en nuestra sociedad donde domina el bienestar y el hedonismo (Vial Correa. 2005).

6.4 Perspectiva Legal.

A comienzos del siglo XX nace un movimiento tendiente a promover la legalización de la eutanasia, así se constituyen las primeras asociaciones y junto a ellas los primeros proyectos de ley en Inglaterra, estados unidos y Alemania, sin embargo, en ninguno de estos países el parlamento aprobó la medida solicitada, esto fue manifestado como un signo evidente de rechazo a la eutanasia por parte de la sociedad.

No existe una ley internacional que regule esta práctica, pero en algunos tratados internacionales se reconoce el derecho a la vida como primera premisa. La declaración universal de los derechos humanos señala que todo individuo tiene derecho a la vida; la declaración americana de los derechos humanos dice que todo ser humano tiene derecho a la vida. El artículo 6.1 del pacto internacional de derechos civiles y políticos relata que el derecho a la vida estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente.

De igual manera, el Art., 4.2 de la convención americana de los derechos humanos dice que toda persona tiene derecho a que se le respete su vida. Este derecho será protegido por ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente. El artículo 2 del convenio europeo de derecho humano dice que el derecho de toda persona esta protegido por ley. Y el artículo 2 de la declaración de los derechos y libertades fundamentales aprobada por el parlamento europeo, en virtud de resolución de 16 de mayo de 1989 también se suma al derecho a la vida de todo individuo.

Si estos derechos “humanos” se hicieran cumplir no existiría la eutanasia, debido a que el derecho a la vida es irrenunciable y tendría que haber vivido, dignamente, lo que le toco vivir.

Este derecho a la vida no debe implicar una defensa de la vida a ultranza. Si el derecho a la vida se entiende como el derecho a una vida en condiciones adecuadas para ser disfrutadas, es decir, el derecho a una vida digna, entonces, por esa vía puede aceptarse que en muchos casos se obligue al terapeuta a no hacer nada para mantener artificialmente la vida del paciente.

Derecho Comparado.

La revisión de las legislaciones de la órbita comparada, muestran las distintas formas que se castiga o penaliza la eutanasia, pues su regulación va estrictamente relacionada con el tema.

México.

En este sistema la eutanasia no tiene una regulación específica en el Código Penal, sin embargo, los supuestos de eutanasia activa o pasiva voluntaria son abarcados por el artículo 312 del Código Penal Federal del Distrito Federal, al señalar que “El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión;

si se lo prestare hasta el punto de ejecutar el mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años”.

De este artículo se desprenden dos ideas: la primera de ellas a su vez se divide en dos hipótesis: a) prestar auxilio a otro para que se suicide y b) inducir a otro para que se suicide. Esta última se refiere al que presta auxilio al suicida al punto de ejecutar el mismo la muerte, es la figura del homicidio consentido o como prefieren llamarlo otros del homicidio suicidio. Y la segunda por la cual el sujeto activo actúa con móviles piadosos, en beneficio de la víctima y con su consentimiento. En forma clara esta legislación establece que el consentimiento del ofendido en el homicidio, despliega sus efectos como causa específica de la atenuación de la pena. Esta atenuación está legislada en el artículo 52 del Código Penal, que dispone que el juez fijara las penas y medidas de seguridad que estime justas y procedentes dentro de los límites señalados para cada delito con base a la gravedad del delito y el grado de culpabilidad del agente, teniendo en cuenta entre otros aspectos los motivos que lo determinaron a delinquir y todas las condiciones especiales y personales en que se encontraba el agente al momento de la comisión del delito.

Colombia.

En Colombia se, cuyo Código Penal en su artículo 326, ha tipificado como delito el homicidio por piedad de la siguiente manera,: “El que matare por piedad, para ponerse sus intensos sufrimientos provenientes e la lesión corporal o enfermedad grave e incurable incurrirá en prisión de seis meses a tres años”.

La Corte Constitucional recibió una acción de inconstitucionalidad sobre justamente este artículo, por la cual, el demandante aducía lo inconstitucional de ese artículo por ir contra los principios del derecho a la vida de la constitución y como consecuencia se disminuía el valor de la vida de un enfermo incurable, al de una persona en perfecto estado de salud como lo hacía el homicidio simple. La Corte concluyó que no se estaba violando la constitución marcando un precedente (jurisprudencia) en este tema. Pero esto permitió que la Corte se diera cuenta de las consecuencias que podía tener el consentimiento de la víctima por los cuales resultaría una razón para despersonalizar la eutanasia si participa este factor (Sánchez. F. 1997).

Holanda.

En la única parte donde se ha legislado la eutanasia es en los Países Bajos, pero una mirada breve a los artículos de su Código Penal que contemplan esta acción nos permitirá darnos cuenta que en Holanda la eutanasia sigue penada, pero que si se cumplen con estrictas condiciones de cuidado, hay excepciones en la cual ofrecen al médico la posibilidad de ayudar a un paciente con una enfermedad terminal, insoportable; sin ninguna repercusión. Aquí se presentaran los dos artículos del Código Penal Holandés, que fueron modificados a propósito de la nueva ley promulgada llamada Ley sobre comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio:

Artículo 293. El que quitare la vida a otra, según el deseo expreso y serio de la misma será castigado con pena de prisión de hasta doce años o con una pena de multa de la categoría quinta.

El supuesto al que se refiere el párrafo 1 no será punible en el caso de que haya sido cometido por médico que haya cumplido con los requisitos de cuidados recogidos en el artículo dos de la Ley sobre Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio, y se lo haya comunicado al forense conforme al artículo 7 párrafo segundo de la Ley Reguladora de los funerales.

Artículo 294. El que de forma intencionada prestare auxilio a otro para que se suicide o le facilitare los medios necesarios para ese fin, será en caso de que se produzca el suicidio, castigado con una pena de prisión de hasta tres años o con una pena de multa de la categoría cuarta se aplicará por analogía el artículo 293, párrafo segundo.

Hay que subrayar dos cosas primero, la legislación se centra en la petición del paciente. No basta la petición en si. El médico tiene la obligación de determinar que no sólo existe la petición, sino también que la petición es: a) voluntaria y b) bien meditada.

En este punto Dornewaard, subraya “la importancia de la consulta con otro médico, pues antes de que el médico acceda a atender una petición de eutanasia, debe consultar con un médico independiente que no este involucrado en el tratamiento del paciente”. Se plantean varios problemas acerca de este hecho, el principal, el constitucional, el cual confronta la autonomía y voluntad de la persona en un derecho personalísimo como es la vida.

Perú.

El **artículo 112** del Código Penal Peruano señala que “El que, por piedad, mata a un enfermo incurable que le solicita de manera expresa y consciente para poner fin a sus intolerables dolores, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de tres años”.

Italia.

El **art. 579** considera una forma de homicidio el hecho que “causa la muerte de una persona con su consentimiento” .

España.

Exige para que opere la figura atenuada de homicidio el propósito del hechor de poner fin a los padecimientos de quien se halla en trance de muerte y la suplica en tal sentido a la víctima.

Artículo 143.

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.

Chile

Hasta el momento no existe una legislación en concreto del tema. Pero existe una propuesta legislativa que recoge las concepciones más modernas del derecho comparado estableciendo definiciones claras de la eutanasia, en sus variantes activa y pasiva, la regulación de los requisitos de procedencia, así como la posibilidad de un testamento vital por parte del paciente. Desde otra perspectiva deja claramente establecida la justificación de la conducta desde el punto de vista del derecho punitivo, cuando se cumplen con los requisitos y establece una precisa regulación a los médicos desde el punto de vista ético. Dos son los grupos de casos que se deben abordar separadamente: aquellos en que la decisión médica se basa en la constatación de la inexistencia de un tratamiento terapéutico adecuado para salvar la vida del paciente, y aquellos donde lo principal es la voluntad de este de poner término a su vida, aunque existan posibilidades de sobrevida. (Fuente Extracto boletín N° 4201-11).

6.5 Relación Enfermera (O) / Paciente

Los profesionales de enfermería no están ajenos a que el paciente le comente el deseo de poner fin a su vida, recordemos que la mayoría del tiempo los pacientes están con una enfermera (o), naciendo casi siempre una relación afectiva durante la atención, mayormente si estas son prolongadas en el tiempo.

El rol que juega el profesional de enfermería es cuidar, ayudar y mantener la salud comprendiendo al propio paciente en su dolor, respetando cada creencia que tiene el paciente, este profesional reconoce, defiende y respeta la conciencia moral en su autonomía. Aceptando al otro como es sin distinción de raza, sexo y religión, que cada día que pasa no va ser lo mismo, sino hasta el fin de su estadía hospitalaria.

Los pacientes se merecen todo el respeto, incluso en el momento de su muerte. Se debe practicar la empatía no sólo con el que padece molestias, sino, con toda la familia, tratar de sentir como ellos, de respetar su enojo e ira, y educar con palabras agradables de escuchas. Reconocer las virtudes de una persona genera alegría y estimula el ego, que en momentos de dolor parece que no existiese, sin embargo, recordemos que el hombre tiene dignidad solo por el hecho de ser un individuo que compone esta sociedad. Independiente que pueda sustituirse, no hay que abandonar al paciente en su sufrimiento. El abandono y la ignorancia de su presencia es lo que más indigna a las personas que demandan cuidados profesionales.

La relación debe ser sincera y empática pero no debemos permitir que el paciente manipule o dirija nuestras acciones, enfermería es una profesión autónoma e independiente, con bases científicas propias y por lo tanto cuenta con las herramientas para dirigir las acciones en beneficio de los cuidados que se otorgaran, no porque el paciente manifiesta dolor se realizará todo lo que éste solicite. Colocar límites a tiempo facilita el desarrollo de la planificación de los cuidados. Cuidados que en estos pacientes en particular son mayoritariamente de tipo paliativo, donde lo principal es la entrega de bienestar hasta las últimas horas de vida.

Una de las características del dolor es que la mayoría de las veces queda sólo por pequeños instantes en nuestro ser y luego olvidamos el pesar, en un paciente terminal no pasa siempre esto, en algunos el dolor permanece, en otros se transforma en alteraciones de tipo psicológicas y en otros las molestias aparecen cuando están en soledad. Por eso los cuidados de enfermería deben estar dirigidos a satisfacer el plano biopsicosocial de la persona, preocupando siempre de proteger la salud física y mental del que entrega los cuidados.

Ahora, el desarrollar un rol activo en la eutanasia es un conflicto personal en los profesionales de enfermería, legal y éticamente, ya que este en todos sus códigos, promesas y juramentos, destacan siempre trabajar por el necesitado y en favor de la vida de las demás personas asumiendo un rol protector y fomentador de la vida.

Existen muchos puntos a favor y en contra para apoyar la decisión del paciente que solicita eutanasia, pero a los profesionales de la Salud les está prohibido participar de estos

actos, ya que el fin de cualquier tipo de eutanasia es la muerte, lo que va en contra de los principios éticos, deontológicos y legales que rigen en nuestra sociedad. Además, si al mantener los roles actuales (administración, educación, investigación y asistencial) un profesional de enfermería decide participar de un acto eutanásico lo más probable es que su función sea la administración del letal medicamento, y si hoy puede matar a alguien a través de medicamentos, mañana podría hacerlos de otras maneras más cruentas. Por tal motivo, muchos señalan que legislar en favor o en contra de la eutanasia indirectamente abre el debate para la discusión de otros temas tanto o más complicados aún como, por ejemplo, el aborto terapéutico, la eutanasia en niños con mal deformaciones, la clonación humana, la manipulación genética, etc. Ya que en todos estos lo se pone en tela de juicio el valor de la vida humana.

Una estudiante de enfermería que se encontraba en la fase terminal de su enfermedad redactó una carta publicada en la revista médica JANO, dice:

“Soy una alumna que va a morir. Escribo esta carta a todas las que os preparáis para ser enfermeras, con la esperanza de haceros partícipe de lo que experimento, a fin de que un día estéis –ojala– más preparadas para ayudar a los que van a morir.

Me quedan todavía uno a seis meses de vida, tal vez un año pero nadie quiere hablar de esto. Me encuentro, por ello, ante un muro sólido y frío. El personal no quiere ver al moribundo como una persona y, por consiguiente, no puede comunicarse conmigo. Yo soy el símbolo de vuestro miedo. Entráis de puntillas en mi habitación para traerme la medicación y tomarme el pulso, y desaparecéis una vez cumplida vuestra tarea. ¿Es por ser alumna de enfermería o simplemente como ser humano por lo que tengo conciencia de vuestro miedo y sé que vuestro miedo aumenta el mío? ¿De qué tenéis miedo? Soy yo la que muere. Me doy cuenta de vuestro malestar, pero no sé qué decir ni qué hacer. Os suplico que me creáis. Si os preocupáis de mi, no me podéis hacer daño. Decidme solamente que tenéis esta preocupación: no necesito nada más.

Ciertamente surge en nosotros la pregunta “por qué” y “para qué”. Pero no esperamos en verdad, que se nos dé la respuesta. No huyáis. Tened paciencia. Todo lo que necesito es saber que alguien estará a mi lado para coger mi mano entre las suyas cuando lo necesite.

Tengo miedo. Quizás estáis cansadas de muertes: para mí es una novedad. Morir... nunca me ha ocurrido. Es, en cierta manera, una ocasión única. Habláis de mi juventud pero cuando se esta a punto de morir no se es tan joven.

Hay cosas de las que me gustaría hablar. No os quitaría mucho tiempo. De todas formas no lo pasáis tan mal en el Hospital. Si nos atreviéramos a reconocer dónde estamos y admitir vosotros como yo, nuestros miedos ¿acaso esto haría menos valiosa nuestra competencia profesional? En verdad, ¿está excluido realmente que nos comuniquemos como personas, de forma que cuando nos llegue la hora de morir en el hospital tengamos a nuestro lado personas amigas?” (Alvarez. 2004).

Este relato refleja la otra cara, la que necesita ayuda, escucha, sonrisas, cariño y afecto. Cosas que no cuestan dinero, sino, voluntad y disposición para realizarlas, es un estilo de vida que con el tiempo se ha ido perdiendo y que se requiere rescatar rápidamente para practicarlo y evitar su extinción.

Como todo ciudadano estamos sujetos a las disposiciones legales vigentes. Razón por la que estos pacientes pueden recurrir a un tribunal ordinario a plantear sus demandas, pero el veredicto nadie sabe a quien favorecerá. Ejemplo: Nancy Beth Cruzan, tras un accidente automovilístico quedó en estado vegetal, sólo funcionaba su tronco cerebral lo que le permitía ventilar aún espontáneamente. Los padres de Nancy solicitaron al tribunal autorización para la realización de eutanasia pero éste estimó que no habían pruebas suficientes de su voluntad de eutanasia en caso de un accidente. Los amigos de Nancy recordaron que ella en varias ocasiones había manifestado morir antes que quedar en el estado que se encontraba, por lo que tuvieron que reunir nuevas pruebas. El tribunal permitió retirar el tubo por el cual se alimentaba falleciendo a los pocos meses, después de casi ocho años. Los padres de Nancy incluyeron en el epitafio las siguientes palabras.

“NANCY BEHT CRUZAN
HIJA-HERMANA-TIA.
MUY QUERIDA.
NACIÓ EL 20 DE JULIO DE 1957
MURIÓ EN 11 DE ENERO DE 1983
DESCANZA EN PAZ DEL 26 DE DICIEMBRE DE 1990”

7. OBJETIVOS

General.

- Determinar la percepción de los profesionales y estudiantes de enfermería en relación a la práctica y legislación de las formas de eutanasia activa y pasiva.

Específicos.

- Caracterizar la población en estudio según edad, sexo, lugar de trabajo, unidad de trabajo, religión, años de servicio, estado civil, tipo de familia, n° de hijos, red de apoyo y pertenencia al Colegio de Enfermeras.
- Determinar la relación de las variables edad, lugar de trabajo, unidad de trabajo, tipo de familia y religión de profesionales y estudiantes de enfermería con la práctica de la eutanasia.

8. METODOLOGÍA

Se realizará un estudio de tipo cuantitativo descriptivo de corte transversal.

Lo cuantitativo se refiere a la manera como serán analizados los datos, ésta admite una escala numérica de medición y los valores se expresarán, principalmente, en porcentajes, gráficos y tablas de datos. Lo descriptivo identifica la presencia de un fenómeno, en este caso las opiniones de los profesionales y estudiantes de enfermería a cerca de la eutanasia, y las principales variables que influyen en sus opiniones. Y, finalmente, lo transversal, debido a que la recolección de información se realizará durante los días hábiles del tiempo estimado en el cronograma de trabajo (aproximadamente 3 semanas).

8.1 Universo De Estudio.

El presente estudio se llevará a cabo en la ciudad de Valdivia, durante el segundo semestre de 2006. Este incluirá a los profesionales de enfermería que laboran en servicios clínicos públicos y privados donde la atención está dirigida principalmente a las personas adultas. Además, incluye a un grupo de estudiantes de enfermería de la Universidad Austral de Chile de Valdivia que no han inscrito, como ramo de la malla curricular obligatoria, el curso de deontología, para evaluar un pensar crítico sin influencias de los valores que rigen esta profesión.

Del universo de profesionales (73) se aplicó un instrumento recolector de información y Eco Mapa a 61 personas, lo que según programa de bioestadísticas Epi Info 2002 corresponde a un 95 % de nivel de confianza, con un margen de error de 5 %, el porcentaje del fenómeno a estudiar se obtuvo a través de un estudio desarrollado por Mitofsky 1995 – 2005, encuesta vivienda, estudio de opinión. Para este estudio se seleccionaron a los profesionales que laboran en servicios clínicos, de instituciones públicos y privados, que realizan atención a pacientes adultos en estado crítico y de alta complejidad. Se contaba con un universo inicial de 73 personas, de los cuales 12 rechazaron participar por motivos personales, mencionando que todos los años es lo mismo, acuden estudiantes, con encuestas, sin importar la carga laboral y no cuentan con tiempo ni voluntad para responder estos instrumentos.

Respecto a los estudiantes de enfermería, se aplicará el instrumento y Eco Mapa a todo el universo que esté en el periodo académico de 2006 y que actualmente estén cursando el sexto semestre de la carrera de enfermería. Respondieron la encuesta 30 alumnos.

8.2 Criterios de Exclusión.

Se excluyen de dicho estudio:

- Quienes no desean participar.
- Personas con licencias prolongadas o ausencias de otro tipo.
- Estudiantes de enfermería de la UACH que cursaron aprobando o desaprobando asignaturas de deontología y no estén cursando el sexto semestre de su carrera y aquellos que estén en el 6º semestre pero no asistan a clases el día de la encuesta.
- Personas que no otorguen el consentimiento informado.

8.3 Método Para El Análisis De Los Resultados.

Para la realización del análisis se utilizará el programa Epi Info 2002, donde se creará una base de datos para el análisis cruzado de las diferentes variables antes mencionadas. Además de trabajará con Microsoft Office Excel 2003.

No serán interpretados, resumidos o manipulados los datos, estos serán ingresados a las bases de datos en su condición natural de expresión, ya que no hay patrón dominante en el instrumento recolector de información en los patrones de respuestas que cada pregunta tiene de manera individual, la que responde a las expectativas de selección, de manera directa, al encabezado de la pregunta planteada.

El instrumento recolector de información consta de 23 preguntas de selección múltiple en la que se debe seleccionar sólo una de las alternativas de respuesta. Cada pregunta tiene más de una alternativa de respuesta categorizadas, en su mayoría, por intervalos para facilitar el ingreso a la bases de datos, además existe la opción, dentro de las respuestas, de no responder la pregunta, opción que fue considerada elegida en todas aquellas preguntas que presenten respuesta en blanco, no se dejaron respuestas nulas, todas se ingresaron en la base de datos. También se trabajó con el ECO MAPA para analizar el grado de vinculación con las redes de apoyo donde deberán otorgar nombre de las redes sociales a los círculos de este documento y elegir el color de relleno de cada círculo.

La recolección de los datos se llevó a cabo, por el responsable de este proyecto de tesis (Alan Guzmán F), en el lugar físico de trabajo del profesional de enfermería, en el caso de los estudiantes de enfermería de la Universidad Austral de Chile se llevará a efecto dentro de las dependencias del recinto Teja en horario de clases finalizada actividad académica a desarrollar, previa autorización de profesor encargado del curso.

El instrumento recolector de información no contempla ni exige registrar el nombre de las personas a encuestar, sean profesionales o estudiantes, por lo que se garantiza el anonimato y confidencialidad de su identidad en las respuestas elegidas. Sólo se llevará registro numérico del total de las personas encuestas para dar cumplimiento a el porcentaje de representatividad de la investigación a desarrollar.

Para garantizar que efectivamente las respuestas no se pueden asociar a su persona se dejo en cada servicio clínico, en la estación de enfermería, 2 carpetas con un sobre tamaño oficio en su interior, de manera que dejaran dentro de un sobre el instrumento recolector de información y en el interior del sobre de la segunda carpeta el consentimiento informado. Esto permanecería por lapso de 1 semana en cada servicio, una vez cumplido el plazo se acudiría a realizar el retiro de las carpetas desde la estación de enfermería. No se recibieron instrumentos entregados directamente por mano, solo los que no estaban dentro de la carpeta indicada.

El análisis de los datos será expresado a través de gráficos que muestran datos de variables por separado y tablas que representan la asociación de variables en estudio.

8.4 Definición De Las Variables Independientes.

VARIABLE INDEPENDIENTE	DESCRIPCIÓN O DEFINICION NOMINAL	OPERACIONALIZACIÓN
Edad	Años de vida cumplidos.	Menos de 20 años. Entre 20 y 29 años. Entre 30 y 39 años. Entre 40 y 49 años. Entre 50 y 59 años. 60 años y más. No responde
Sexo	Constitución orgánica del individuo. Género al que pertenece.	Femenino. Masculino.
Lugar de trabajo	Sub-sector donde desarrolla sus labores profesionales	Hospital público Clínica privada Mutualidad Consultorio municipal Consultorio SS Otros centros clínicos. Ninguno de los anteriores No responde
Servicio que trabaja.	Sección o área donde desarrolla sus labores profesionales	Medicina adultos Cirugía adultos Recuperación Unidad Cuidados Intensivos U. Cuidados Intermedios Traumatología Neurocirugía Policlínico adultos. Urgencia SAMU Otro. No responde.
Religión	Expresiones de las creencias y los valores que sustentan la fe, relacionada con alguna doctrina.	Católica Evangélica. Testigo de Jehová. Mormona. Adventista. Otras. Ninguna. No responde

Años de servicios.	Tiempo, en años, que lleva desempeñando sus labores profesionales.	Menos de 5 años. De 5 a 9 años De 10 a 14 años De 15 a 19 años De 20 a 24 años De 25 a 29 años 30 años y más. No responde
Estado civil.	Tipo de vínculo que otorga la sociedad y las leyes a la relación vincular afectiva voluntaria y formal de dos personas. Situación político social respecto a la ley civil.	Soltera (o) Conviviente Casada (o) Separada (o) Viuda (o) Divorciada (o) No responde
Tipo de familia	Estructura y conformación de la familia actual.	Nuclear monoparental Nuclear biparental Extendida monoparental Extendida biparental Unipersonal. No responde.
Nº de hijos	Número de personas a los que otorgo vida mediante proceso de gestación natural o adopción formal de manera legal	1 2 a 3 4 a 5 Más de 5 Ninguno No responde
Pertenencia al Colegio de Enfermeras/os.	Vínculo y compromiso profesional con entidad que reúne a los profesionales de enfermería de Chile.	Si pertenece No pertenece No responde
Sentimientos frente a las experiencias vividas relacionadas con eutanasia.	Impacto emocional que las vivencias previas han provocado la persona.	Tristeza. Tranquilidad. Pena. Angustia. Impotencia. Satisfacción. Alegría Culpabilidad Ninguna de las anteriores. Otras. No responde.

8.5 Definición De Las Variables Dependientes

VARIABLES DEPENDIENTE	DESCRIPCIÓN	OPERACIONALIZACIÓN
Opinión acerca de la eutanasia activa	Percepción personal, referente a la práctica de la eutanasia activa.	De acuerdo. En desacuerdo. No responde.
Opinión acerca de la eutanasia pasiva	Percepción personal, referente a la práctica de la eutanasia pasiva.	De acuerdo. En desacuerdo. No responde.
Disposición para participar de eutanasia activa.	Voluntad para no ejercer técnicas a favor de la vida del paciente	Si participaría. No Participaría. No sabe. No responde.
Disposición para participar de eutanasia pasiva	Voluntad para marginarse de acciones en beneficio de la vida o en beneficio de la muerte.	Si. No. No sabe. No responde
Práctica de eutanasia activa en un familiar cercano	Voluntad para realizar de manera personal técnicas a favor de la muerte de un familiar cercano (abuelo (a), Padre, madre, hijos)	Si lo haría. No lo haría. No sabe. No responde.
Práctica de eutanasia pasiva en un familiar cercano.	Voluntad para no realizar técnicas o acciones en contra o a favor de la vida de un familiar cercano.	Si lo haría. No lo haría. No sabe. No responde.
Objeción de conciencia	Motivos personales que tiene el profesional de enfermería para marginarse de la práctica de eutanasia activa y/o pasiva.	Familiares. Religiosos. Éticos / deontológicos. Experiencias negativas anteriores. Formación profesional. Humanos No tiene. No sabe. No responde.

<p>Iniciativa para participar de una eutanasia activa y/o pasiva.</p>	<p>Motivos personales que instan al profesional de enfermería a participar en la práctica de eutanasia activa y/o pasiva</p>	<p>Familiares. Religiosos. Éticos / deontológicos. Experiencias negativas anteriores. Formación profesional. Humanos No tiene. No sabe. No responde.</p>
<p>Respeto por la decisión del paciente que solicita eutanasia (activa o pasiva)</p>	<p>Derecho del paciente de participar y elegir el mejor tratamiento para su enfermedad. No implica obediencia por parte del personal de salud hacia el paciente.</p>	<p>Si lo respeta y aprueba. Si lo respeta pero no lo aprueba. No lo respeta pero lo aprueba. No lo respeta ni lo aprueba. No sabe. No responde.</p>
<p>Futura propuesta legislativa</p>	<p>Respaldo legal ante actos de eutanasia por el equipo médico</p>	<p>Si participaría. No participaría. No sabe. No responde.</p>

9. PROYECCIONES DE ENFERMERIA.

Los cambios que ha tenido Enfermería desde sus inicios hasta nuestros tiempos se han debido a que las necesidades de las personas a las que le brindamos cuidados son diferentes en distintos momentos de la historia. Cambios que van desde los extremos de realizar todas las acciones posibles en pro de la vida y recuperación de la salud integral, hasta el alivio del dolor en los últimos momentos de la vida para tener una muerte sin dolor.

El morir sin dolor y de manera digna se asocia, frecuentemente, con el acto de Eutanasia independiente de la forma de esta, ya que el objetivo final es provocar una muerte ya sea por omisión de acciones para mantener la esperanza de vida o por ejecución de acciones que aceleren la muerte.

En nuestro país, Chile, la ley no ampara los actos ni los procedimientos que tienen por objetivo poner fin a la vida de un paciente, por lo tanto tampoco ampara a los profesionales que participan de estos actos, independiente de la forma que el paciente manifieste su deseo de morir sin dolor.

En este estudio se describirán distintas percepciones de los Profesionales de Enfermería, además, servirá para demostrar que no existe un criterio uniforme para ayudar a vivir o a morir, lo que sí es claro es que hay profesionales interesados y dispuestos a participar y pacientes dispuestos a morir sin dolor de una manera rápida y efectiva.

Una legislación no debe solamente amparar al profesional que desea participar de la cadena eutanasia, sino también debe proteger los intereses del profesional que no desean ser parte de algún acto de eutanasia. Para esto es necesario demostrar que el pensar de los Profesionales de Enfermería es heterogéneo y que por lo tanto cada una de las personas que ejerce esta profesión es libre de pensar pero no de actuar (porque la ley no lo permite), lo que puede llevar al ejercicio encubierto de estas prácticas.

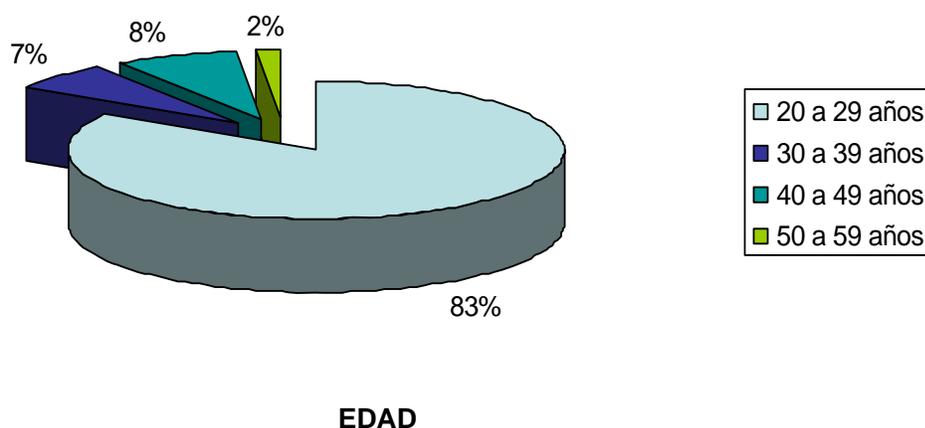
El presente documento no pretende iniciar un debate, solo ser un eslabón de la cadena de protección, independencia y autonomía del profesional de enfermería. Además de servir como documento válido en la demostración de las distintas percepciones que poseen los Profesionales de Enfermería de la eutanasia y sus formas.

10. RESULTADOS.

A continuación se detallarán los resultados obtenidos del instrumento recolector de información. Del universo de 73 personas se aplicó el instrumento recolector de información y Eco Mapa a 61, 12 personas se marginaron por motivos personales y falta de voluntad, lo que según programa de bioestadísticas Epi Info 2002 corresponde a un 95 % de nivel de confianza, con un margen de error de 5 %., A los estudiantes se les consideró como profesionales en formación y se incluyeron dentro de las 61 personas que respondieron la encuesta por estar ejecutando técnicas y acciones clínicas en pacientes hospitalizados. Además, en la mayoría de los servicios clínicos no contaban con más personal para responder instrumentos, debido a la escasez de profesionales de enfermería en ejercicio en la provincia de valdivia, siendo estos los mismos que rotan de un servicio a otro o doblan su jornada laboral con turno extras.

GRÁFICO N° 1.

“Distribución porcentual según edad de los profesionales de enfermería que respondieron el instrumento recolector de información. Valdivia 2006 – 2007”.

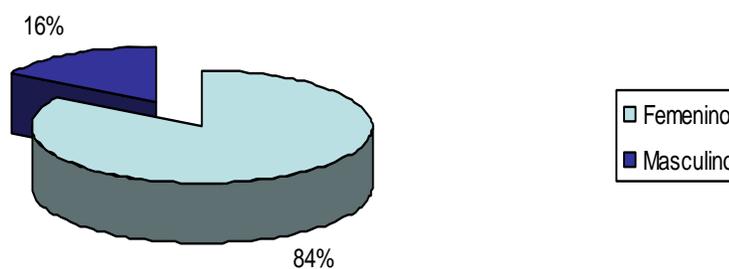


Fuente: “Percepción del profesional y estudiante de enfermería acerca de la práctica de la eutanasia activa y pasiva”.

El 83% de los encuestados son profesionales jóvenes que no superan los 30 años de edad, lo que supera claramente al resto de la población que respondió el instrumento recolector de información.

GRAFICO N° 2.

“Distribución porcentual según sexo de los profesionales de enfermería que respondieron el instrumento recolector de información. Valdivia 2006 – 2007”.

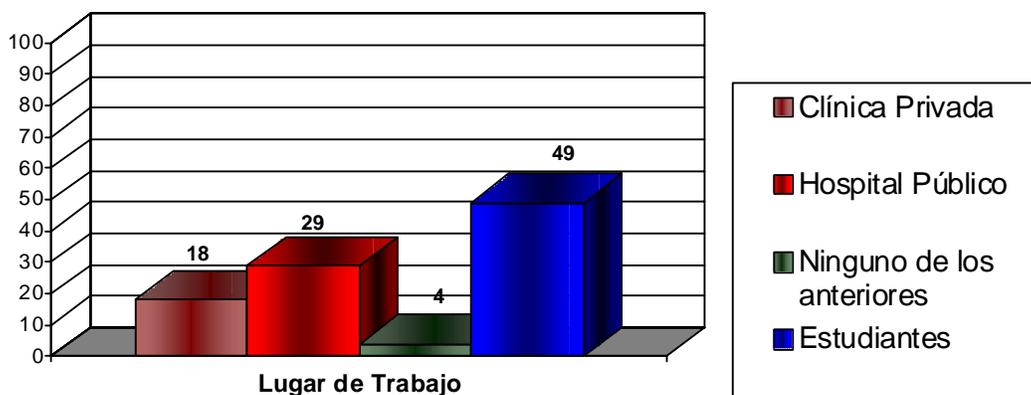


Fuente: Ídem.

La gran parte de la población estudiada, 84%, es de sexo femenino, mostrando una gran diferencia con la población masculina. Esto tiene directa relación con la realidad total de los profesionales donde destaca históricamente el predominio femenino sobre el masculino.

GRÁFICO N° 3.

“Distribución porcentual según lugar de trabajo del total de la población encuestada. Valdivia 2006 – 2007”.

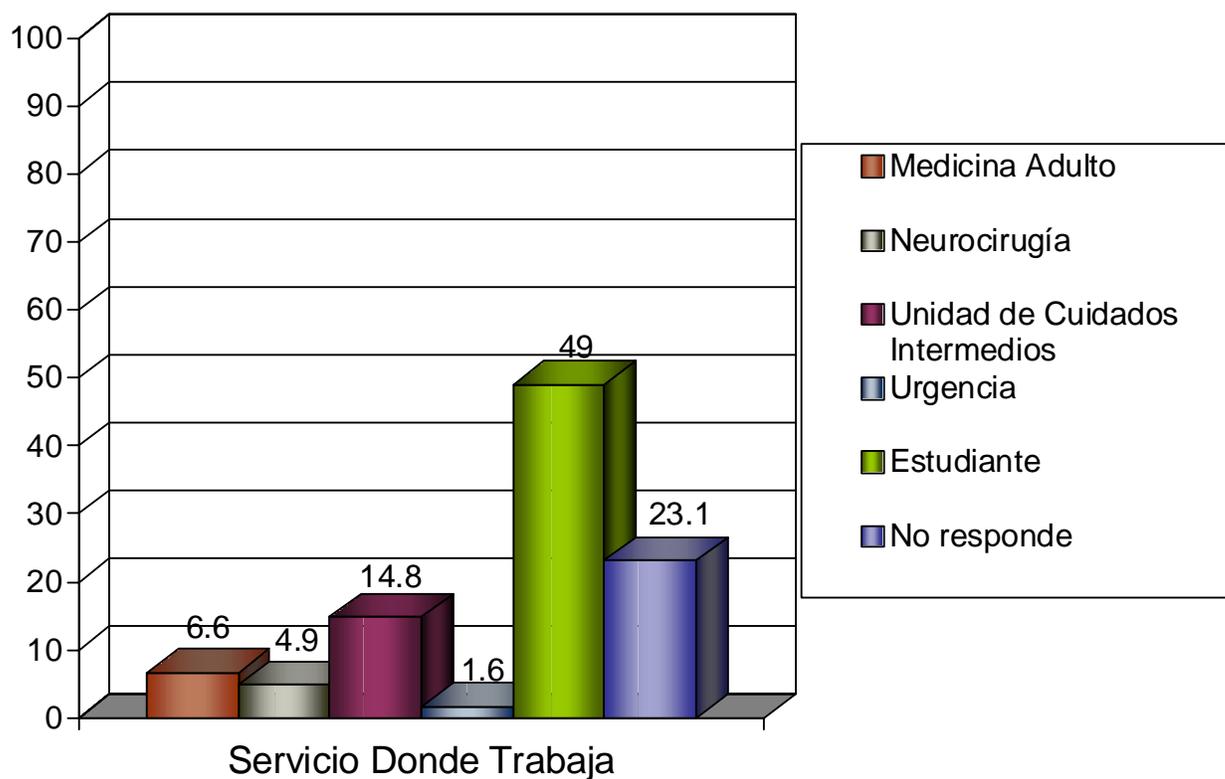


Fuente: Idem.

Del total de la población encuestada el 47% declaró laborar en un centro de salud privado o en un hospital público y el 49% corresponde a estudiantes de enfermería de la Universidad Austral de Chile.

Gráfico N° 4.

“Distribución porcentual según el servicio en el cual trabajan los profesionales de enfermería encuestados. Valdivia 2006 – 2007”.

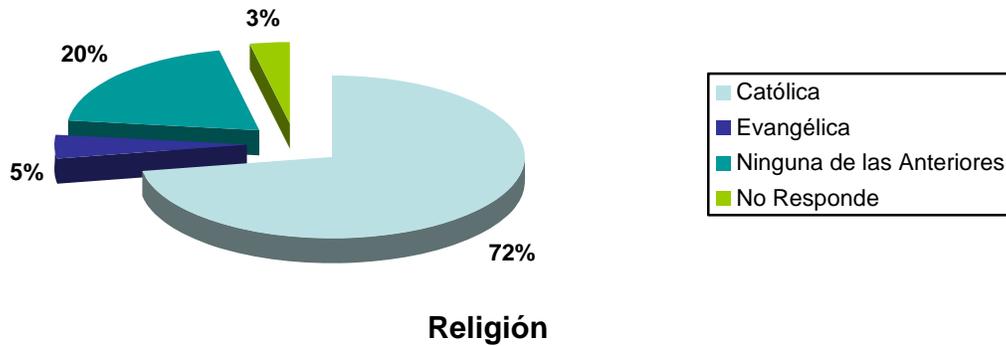


Fuente: Idem.

La mayoría de los encuestados, 23.1%, no declara el servicio o unidad en la cual desarrollan sus labores habitualmente.

GRAFICO N° 5.

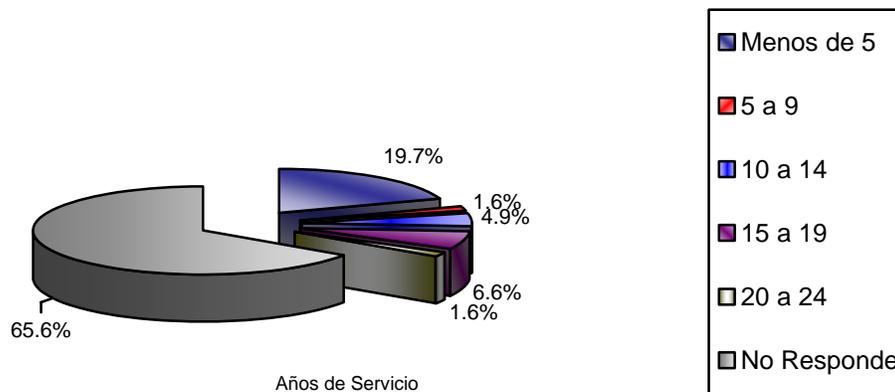
“Distribución porcentual de la población encuestada, según religión. Valdivia 2006 – 2007”.



Fuente: Idem.

Gran parte de la población encuestada profesan la religión Católica lo que podría generar conflictos en respuestas posteriores debido a la doctrina entregada por la fe católica en pro de la vida rechazando la intervención de hombre para acelerar proceso natural de la muerte.

GRAFICO N° 6.
“Distribución porcentual de la población encuestada, según años de servicios. Valdivia 2006 – 2007”.

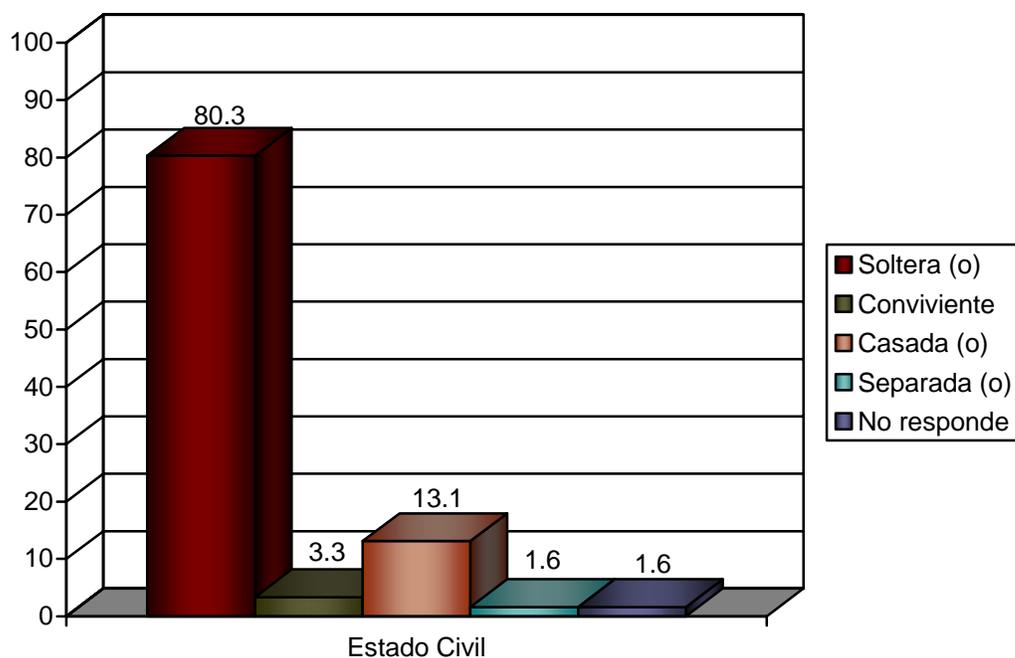


Fuente: Idem.

Gran parte de la población estudiada, 65,6%, no declara años de servicio como profesional de salud. Se destaca que dentro de este gran porcentaje el 49% corresponde a los estudiantes de Enfermería de la Universidad Austral de Chile que participó de este estudio.

GRAFICO N° 7.

“Distribución porcentual según es estado civil de la población encuestada. Valdivia 2006-2007”.

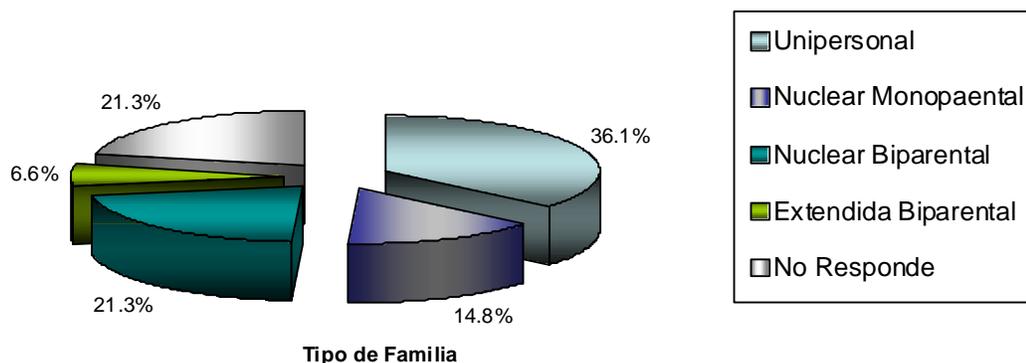


Fuente: Idem.

Del total del universo de los encuestados la mayoría se declara soltera (o), solo el 18% declara mantener un lazo de relación afectiva con otra persona.

GRAFICO N° 8.

“Distribución porcentual de la población encuestada según el tipo de familia a la cual pertenecen. Valdivia 2006-2007”.

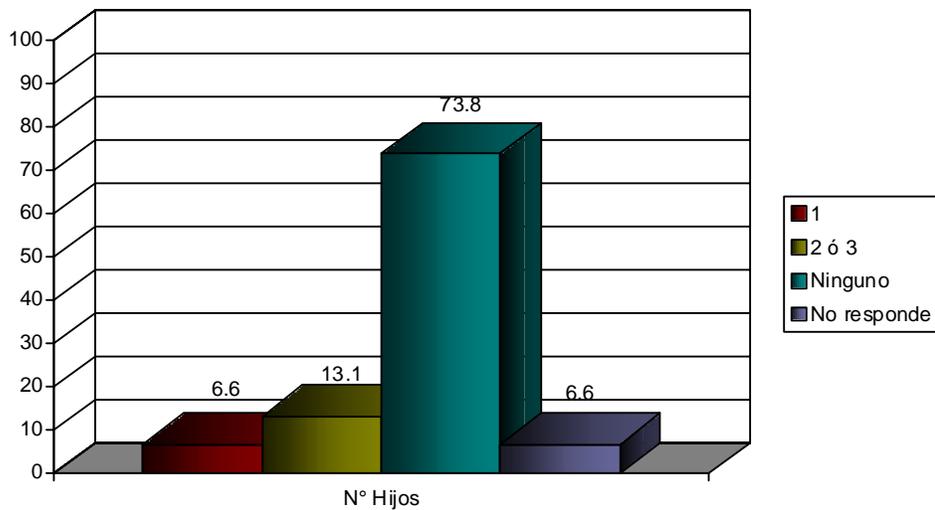


Fuente: Idem.

La mayoría de los encuestados declara vivir en una familia unipersonal o nuclear biparental. Esto se puede deber al gran porcentaje de personas que se declaran solteras, además, la mayoría son profesionales jóvenes y estudiantes.

GRAFICO N° 9.

“Distribución porcentual de la población entrevistada según número de hijos, Valdivia 2006 – 2007”.

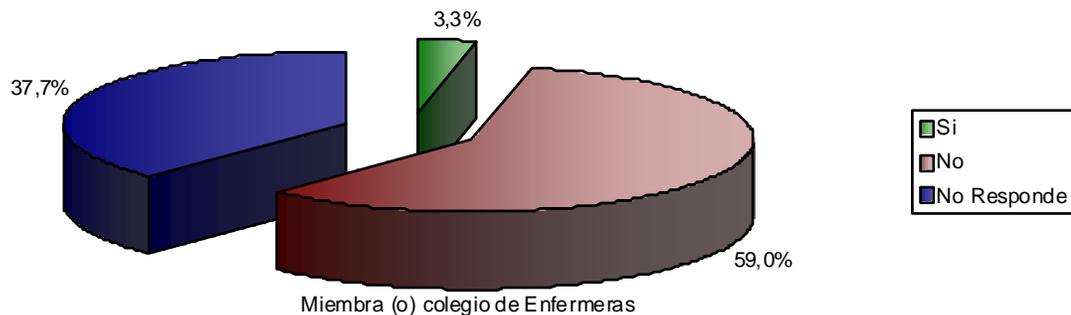


Fuente: idem.

Gran parte de los que respondieron las encuestas declaran no tener hijos, independiente del tipo de familia al cual pertenezcan o al tipo de estado civil que mantienen.

GRAFICO N° 10.

“Distribución porcentual de los entrevistados según la participación en el Colegio de Enfermeras de Chile. Valdivia 2006 – 2007”.

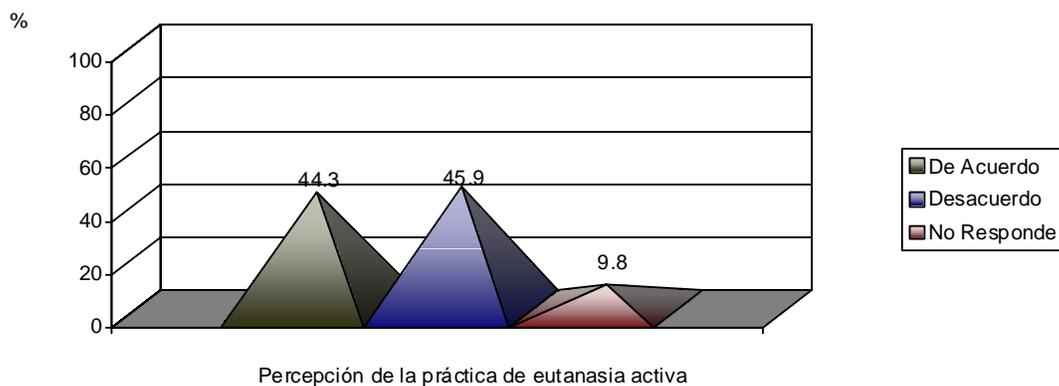


Fuente: Idem.

Más de la mitad de la población de enfermeras (os) que colaboraron con esta tesis no es parte del Colegio de Enfermeras de Chile, sólo dos personas registran ser miembro de éste.

GRAFICO N° 11.

“Distribución porcentual de la población, según la percepción con respecto a la práctica de eutanasia activa de los encuestados. Valdivia 2006 – 2007”.

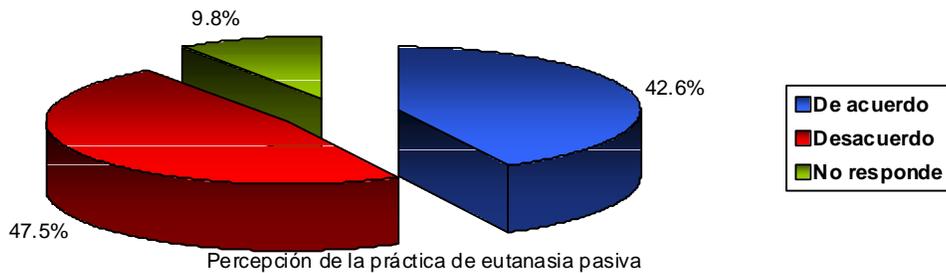


Fuente: Idem.

La discusión relacionada con la práctica de eutanasia activa esta claramente dividida entre los que están de acuerdo y en desacuerdo con este tipo de práctica, no existiendo diferencias significativas entre la proporción de los que están en contra de la eutanasia y de los que están a favor de ésta.

GRAFICO N° 12.

“Distribución porcentual según la percepción con respecto a la práctica de la eutanasia pasiva. Valdivia 2006 – 2007”.

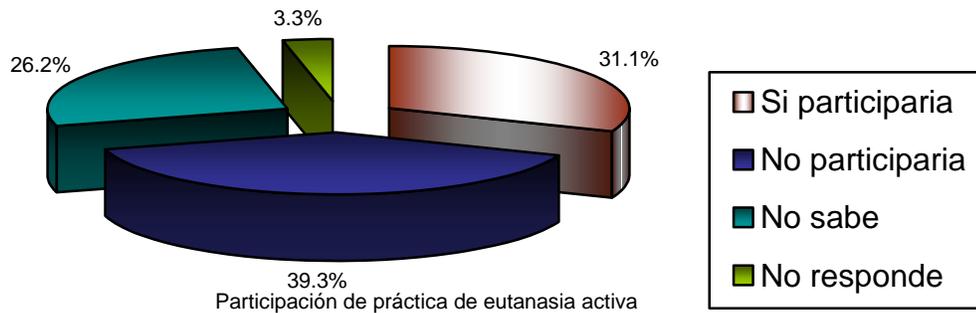


Fuente: Idem.

Se destaca el manifiesto desacuerdo hacia la práctica de la eutanasia pasiva por el 47,5% del total de la población encuestada. El porcentaje de los que no manifiestan estar a favor o en contra es el mismo que se abstiene de responder estar a favor o en contra de la eutanasia activa, 9,8%.

GRAFICO N° 13.

“Distribución porcentual de la población, según su intención de participación en la práctica de la eutanasia activa. Valdivia 2006 – 2007”.

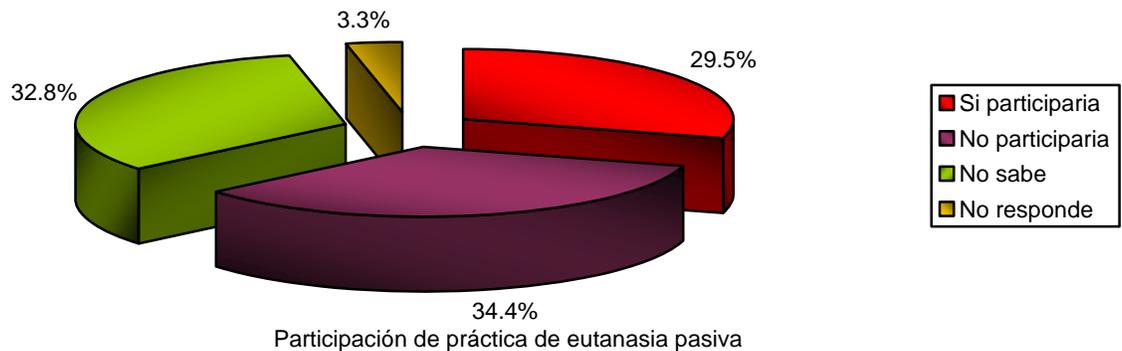


Fuente: Idem.

Casi un tercio de la población que reconoce abiertamente su intención de participar en eutanasia activa.

GRAFICO N° 14.

“Distribución porcentual de la población, según la relación con la participación en la práctica de la eutanasia pasiva. Valdivia 2006 – 2007”.

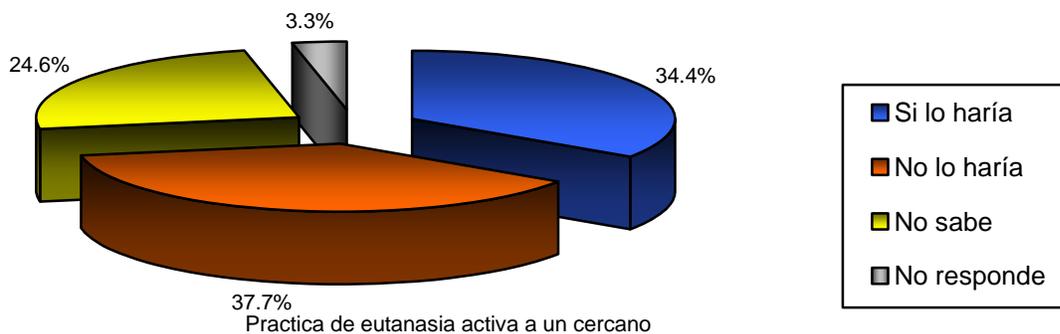


Fuente: Idem.

El detalle del gráfico revela que por un estrecho margen la mayoría de los encuestados no participarían de una eutanasia pasiva, que se relaciona directamente con el gráfico anterior, destaca el aumento de los que no saben o no responde si participarían o no de la práctica de la eutanasia pasiva, valorando cada vez más este grupo de “indecisión” debido a que podrían generar cambios significativos al momento de decidir su aprobación o rechazo a estos actos. Se aprecian más dispuestos a actuar en eutanasia activa, que es ilegal, y desechada por las religiones, que en la pasiva, que no es tan agresiva.

GRAFICO N° 15.

“Distribución porcentual de la población según actitud de practicar la eutanasia activa a un cercano. Valdivia 2006 – 2007”.

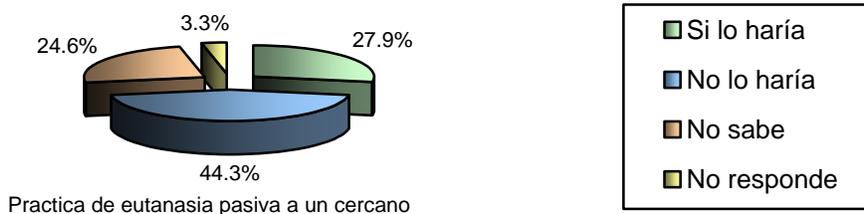


Fuente: Idem.

El gráfico n° 15 demuestra que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los que practicarían eutanasia activa a un cercano y los que no lo harían.

GRAFICO N° 16.

“Distribución porcentual de la población, según la práctica de eutanasia pasiva a un cercano. Valdivia 2006 – 2007”.

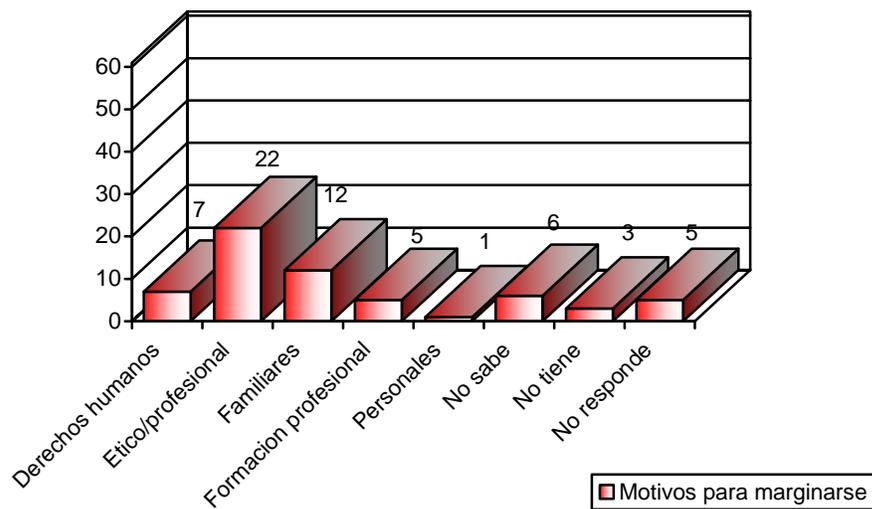


Fuente: Idem.

Un 27,9% de la población encuestada esta dispuesta a practicar eutanasia pasiva a un cercano, comparado con el gráfico N° 15 donde se aprecia que un 34,4% esta dispuesta a practicar la eutanasia activa a un cercano. Se observa una marcada tendencia de participar de este acto con una intervención más activa.

GRAFICO N° 17.

“Distribución numérica de la población encuestada acerca de los motivos para marginarse de la práctica de la eutanasia en sus distintas formas. Valdivia 2006 – 2007”.

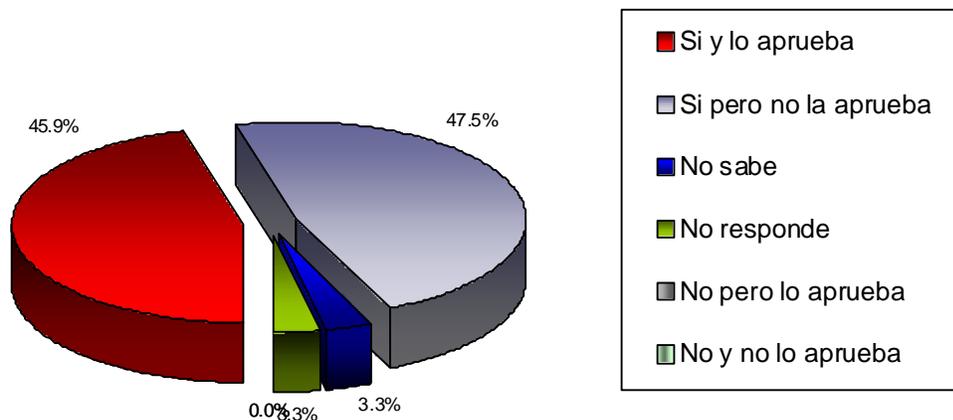


Fuente: Idem.

El presente gráfico de barras demuestra que los principales motivos para marginarse de estos actos y tipos de eutanasia son los éticos/profesionales y los familiares.

GRAFICO N° 18.

“Distribución porcentual según si las personas encuestadas respetarían o no el deseo de un paciente que solicita alguna de las formas de eutanasia. Valdivia 2006 – 2007”.

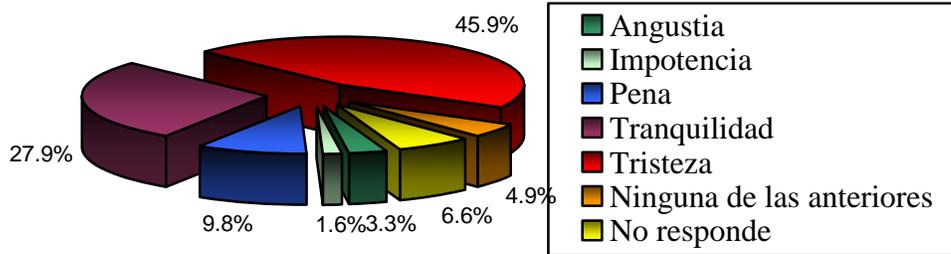


Fuente: Idem.

La gran mayoría respetaría la decisión del paciente que solicite eutanasia, pero al consultar si aprueban la decisión del paciente predomina por un pequeño margen los que no aprueba el deseo del paciente.

GRAFICO N° 19.

“Distribución porcentual de los encuestados según sentimiento que aflora ante el fallecimiento de un paciente por muerte natural. Valdivia 2006 – 2007”.

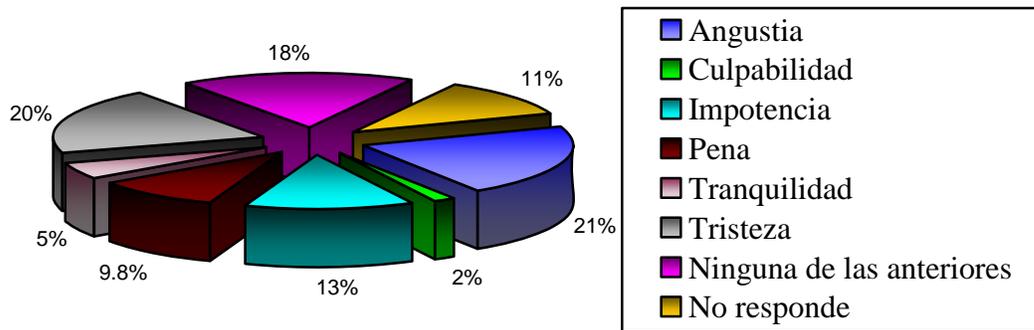


Fuente: Idem.

La tristeza predomina en los sentimientos que siente el encuestado ante el fallecimiento natural de un paciente, destaca la tranquilidad en segundo lugar, asociándose a que ante el sufrimiento del paciente la muerte tranquiliza tanto a la familia como al equipo de salud que otorga atención al paciente y familia.

GRAFICO N° 20.

“Distribución porcentual de los encuestados según sentimiento que aflora ante la solicitud de un paciente de no realizar acciones que prolonguen su vida. Valdivia 2006 – 2007”.

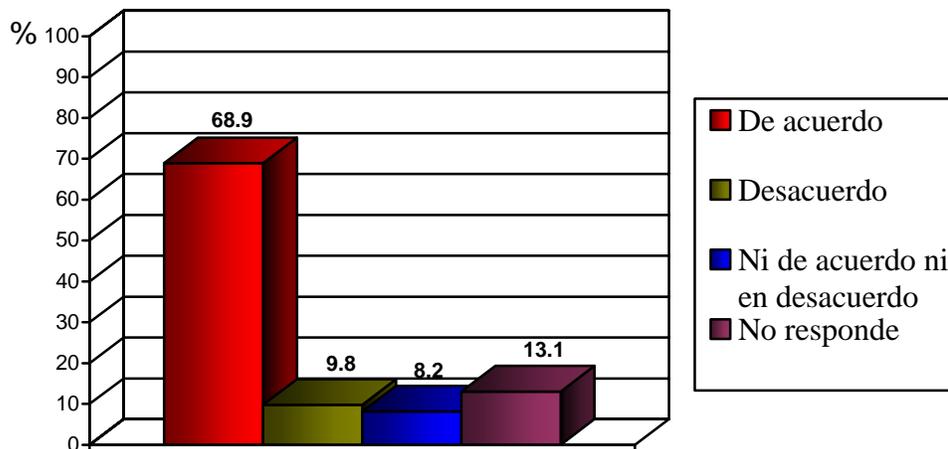


Fuente: Idem.

Al enfrentar a un paciente que no desea que se realicen acciones en pro de su vida el principal sentimiento de los encuestados es la angustia, seguido muy de cerca de la tristeza y de la impotencia, demostrando que los encuestados no son indiferentes ante la muerte del paciente aunque este solicite no más acciones que prolonguen su vida. En la variable **“no responde”** se incluyeron las encuestas que en esta pregunta estaban en blanco o sin respuesta.

Gráfico N° 21.

“Distribución porcentual de la población según la aprobación de una legislación acerca de la eutanasia”.

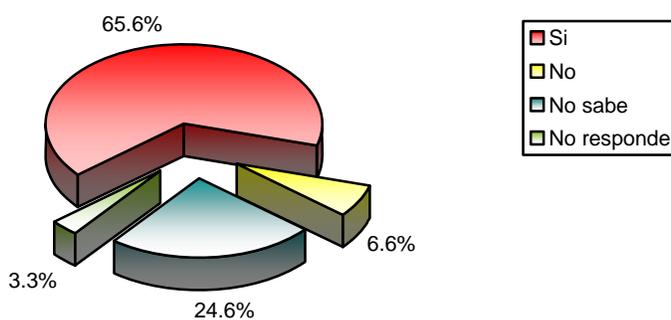


Fuente: Idem.

Claramente, 7 de cada 10 encuestados está de acuerdo con que exista una legislación que regule claramente la práctica de la eutanasia, lo que no significa que estén dispuestos a empezar a ejecutar esta práctica como rol de su profesión.

GRAFICO N° 22.

“Distribución porcentual de los encuestados, según opinión relacionada con el inicio de esta práctica, eutanasia, si se contara respaldo legal. Valdivia 2006 – 2007”.

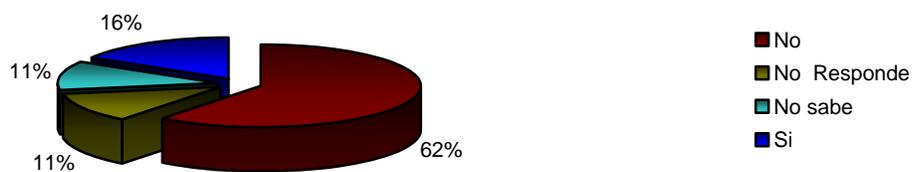


Fuente: Idem.

Dos tercios de la población responde que si hay una legislación que respalde la práctica de la eutanasia ésta si se llevaría a cabo, lo que no quiere decir que los encuestados estén dispuestos a participar de este acto.

GRAFICO N° 23.

“Distribución porcentual de la población encuestada según la consideración de la eutanasia como un acto criminal. Valdivia 2006 – 2007”.

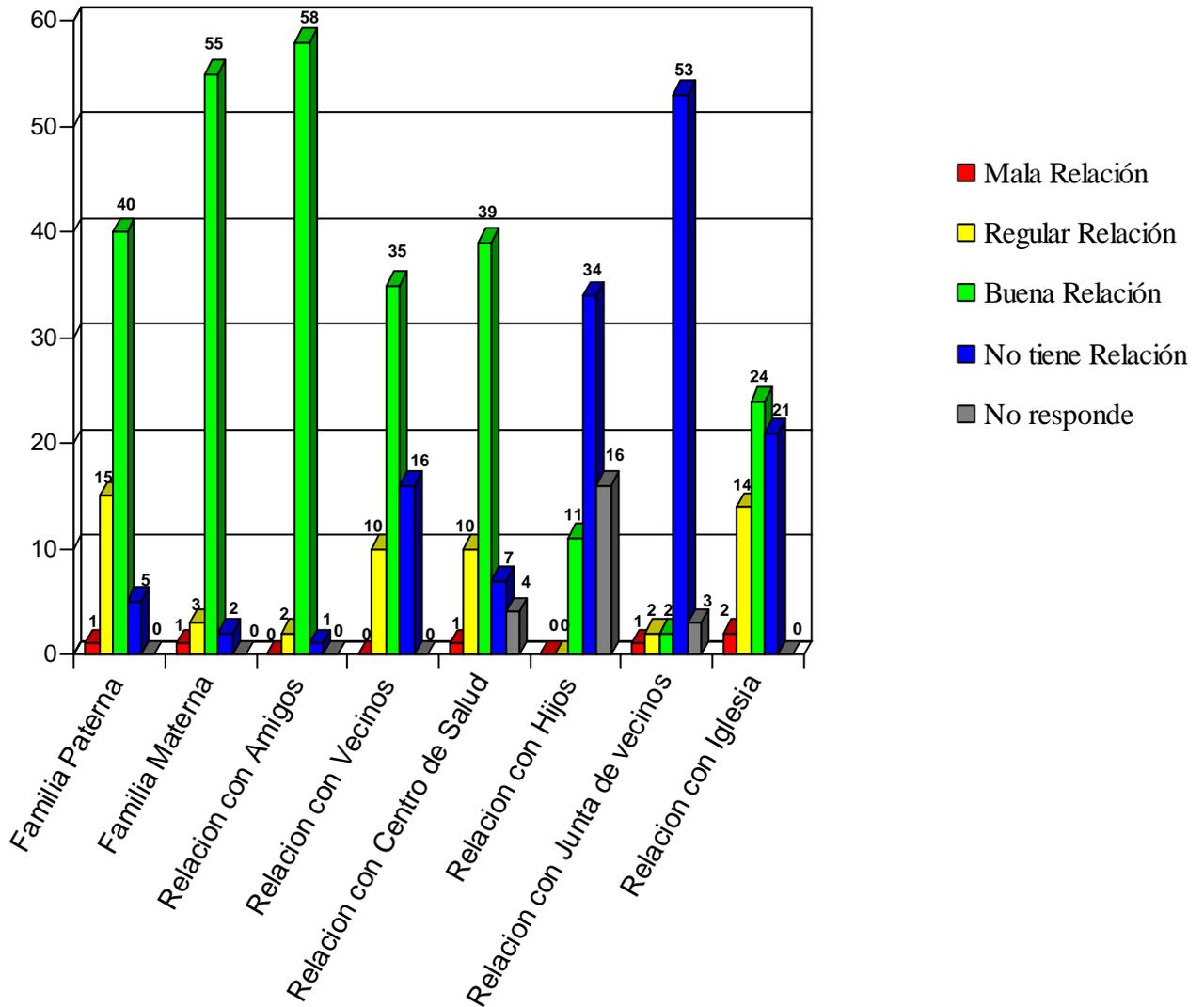


Fuente: Idem.

Del total de encuestados el 62% no cree que la eutanasia sea un acto criminal y solo un 16% piensa que esto lo es, demostrando que la población en estudio comprende que la eutanasia es una alternativa de tratamiento para el fin de la vida.

GRAFICO N° 24.

“Visualización gráfica de la distribución numérica de los resultados registrados en Ecomapa. Valdivia 2006 – 2007”.



Fuente: Idem.

Gran parte de los encuestados no manifiesta malas relaciones con los grupos mencionados en el ecomapa, destaca que algunos no tienen relación con hijos (algunos son muy jóvenes y no tienen hijos), junta de vecinos y la iglesia. Destacando en positivo la buena relaciones con los familiares y cercanos en la mayoría de ellos.

TABLA N° 1.

“Distribución porcentual y numérica según edad de los encuestados y opinión en relación a la práctica de la eutanasia activa. Valdivia, Septiembre – Diciembre 2006”

Práctica Eutanasia Activa					
Edad	No lo haria	No responde	No sabe	Si lo haria	Total
20 a 29 años	15	2	14	20	51
% fila	29.4	3.9	27.5	39.2	100.0
% columna	65.2	100.0	93.3	95.2	83.6
30 a 39 años	3	0	1	0	4
% fila	75.0	0.0	25.0	0.0	100.0
% columna	13.0	0.0	6.7	0.0	6.6
40 a 49 años	4	0	0	1	5
% fila	80.0	0.0	0.0	20.0	100.0
% columna	17.4	0.0	0.0	4.8	8.2
50 a 59 años	1	0	0	0	1
% fila	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0
% columna	4.3	0.0	0.0	0.0	1.6
Total	23	2	15	21	61
% fila	37.7	3.3	24.6	34.4	100.0
% columna	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Análisis de tabla simple

Chi cuadrado	Gl	Probabilidad
254.2083	9	0.0000

Fuente: “Percepción del profesional y estudiante de enfermería acerca de la práctica de la eutanasia activa y pasiva”.

El grupo etáreo de 20 a 29 años es el que más se muestra favorable a la eutanasia activa (39,2%), y la proporción de rechazo a esta práctica es directamente proporcional a la edad.

TABLA N° 2.

“Distribución porcentual y numérica según la edad de los encuestados y la opinión en relación a la práctica de la eutanasia pasiva. Valdivia, Septiembre – Diciembre 2006”

Práctica Eutanasia Pasiva				
Edad	De acuerdo	Desacuerdo	No responde	Total
20 a 29 años	22	25	4	51
% fila	43.1	49.0	7.8	100.0
% columna	84.6	86.2	66.7	83.6
30 a 39 años	1	1	2	4
% fila	25.0	25.0	50.0	100.0
% columna	3.8	3.4	33.3	6.6
40 a 49 años	2	3	0	5
% fila	40.0	60.0	0.0	100.0
% columna	7.7	10.3	0.0	8.2
50 a 59 años	1	0	0	1
% fila	100.0	0.0	0.0	100.0
% columna	3.8	0.0	0.0	1.6
Total	26	29	6	61
% fila	42.6	47.5	9.8	100.0
% columna	100.0	100.0	100.0	100.0

Análisis de tabla simple

Chi cuadrado gl Probabilidad

253.5209 6 0.0000

Fuente: Idem.

El grupo etareo de 20 a 29 años presenta se muestra más en desacuerdo con la práctica de la eutanasia pasiva (49 %), lo que va en indirecta relación con la edad.

TABLA N° 3

“Distribución porcentual y numérica según la religión de los encuestados y la opinión en relación a la práctica de la eutanasia activa. Valdivia, Septiembre – Diciembre 2006.”

Práctica Eutanasia Activa					
Religión	No Lo Haría	No Responde	No Sabe	Si Lo Haría	Total
Católica	16	1	12	15	44
% fila	36.4	2.3	27.3	34.1	100.0
% columna	69.6	50.0	80.0	71.4	72.1
Evangélica	2	0	1	0	3
% fila	66.7	0.0	33.3	0.0	100.0
% columna	8.7	0.0	6.7	0.0	4.9
Ninguna	4	1	2	5	12
% fila	33.3	8.3	16.7	41.7	100.0
% columna	17.4	50.0	13.3	23.8	19.7
No responde	1	0	0	1	2
% fila	50.0	0.0	0.0	50.0	100.0
% columna	4.3	0.0	0.0	4.8	3.3
Total	23	2	15	21	61
% fila	37.7	3.3	24.6	34.4	100.0
% columna	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Análisis de tabla simple

Chi cuadrado gl Probabilidad

248.4423 9 0.0000

Fuente: Idem.

Los evangélicos la rechazan mucho más fuertemente, la práctica de la eutanasia activa,. En cambio los que profesan la religión católica presentan una mayor tendencia a la indecisión y no saben si participar o no de la práctica de este tipo de eutanasia.

TABLA N° 4.

“Distribución porcentual y numérica según la religión de los encuestados y la opinión en relación a la práctica de la eutanasia pasiva. Valdivia, Septiembre – Diciembre 2006”.

Práctica Eutanasia Pasiva				
Religión	De Acuerdo	Desacuerdo	No Responde	Total
Católica	19	22	3	44
% fila	43.2	50.0	6.8	100.0
% columna	73.1	75.9	50.0	72.1
Evangélica	0	2	1	3
% fila	0.0	66.7	33.3	100.0
% columna	0.0	6.9	16.7	4.9
Ninguna	6	4	2	12
% fila	50.0	33.3	16.7	100.0
% columna	23.1	13.8	33.3	19.7
No Responde	1	1	0	2
% fila	50.0	50.0	0.0	100.0
% columna	3.8	3.4	0.0	3.3
Total	26	29	6	61
% fila	42.6	47.5	9.8	100.0
% columna	100.0	100.0	100.0	100.0

Análisis de tabla simple

Chi cuadrado gl Probabilidad

249.1168 6 0.0000

Fuente: idem.

Los evangélicos manifiestan su oposición en mayoría a la práctica de la eutanasia pasiva y los católicos disminuyen las respuestas de indecisión aumentando la proporción que esta en desacuerdo con este tipo de eutanasia.

TABLA N° 5

“Distribución porcentual y numérica según lugar de trabajo de los encuestados y la opinión en relación a la práctica de la eutanasia activa. Valdivia, Septiembre – Diciembre 2006.”

Práctica Eutanasia Activa					
Lugar de Trabajo	No Lo Haría	No Responde	No Sabe	Si Lo Haría	Total
Clínica Privada	7	0	0	0	7
% fila	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0
% columna	30.4	0.0	0.0	0.0	11.5
Hospital Publico	7	0	2	5	14
% fila	50.0	0.0	14.3	35.7	100.0
% columna	30.4	0.0	13.3	23.8	23.0
Ninguno De Los Anteriores	8	2	8	14	32
% fila	25.0	6.3	25.0	43.8	100.0
% columna	34.8	100.0	53.3	66.7	52.5
Estudiante	1	0	5	2	8
% fila	12.5	0.0	62.5	25.0	100.0
% columna	4.3	0.0	33.3	9.5	13.1
Total	23	2	15	21	61
% fila	37.7	3.3	24.6	34.4	100.0
% columna	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Análisis de tabla simple

Chi cuadrado gl Probabilidad

266.7309 9 0.0000

Fuente: idem.

En la clínica privada llama la atención que el 100% no haría una eutanasia activa, dando una diferencia mas significativa que la religión o la edad. Dentro del hospital público solo la mitad no haria una eutanasia activa y mas de un tercio si realizaría este acto.

TABLA N°6.

“Distribución porcentual y numérica según Lugar de trabajo de los encuestados y la opinión en relación a la práctica de la eutanasia pasiva. Valdivia, Septiembre – Diciembre 2006.”

Práctica Eutanasia Pasiva				
Lugar de Trabajo	De acuerdo	Desacuerdo	No responde	Total
Clínica Privada	3	3	1	7
% fila	42.9	42.9	14.3	100.0
% columna	11.5	10.3	16.7	11.5
Hospital Público	10	3	1	14
% fila	71.4	21.4	7.1	100.0
% columna	38.5	10.3	16.7	23.0
Ninguno de los Anteriores	10	19	3	32
% fila	31.3	59.4	9.4	100.0
% columna	38.5	65.5	50.0	52.5
Estudiante	3	4	1	8
% fila	37.5	50.0	12.5	100.0
% columna	11.5	13.8	16.7	13.1
Total	26	29	6	61
% fila	42.6	47.5	9.8	100.0
% columna	100.0	100.0	100.0	100.0

Análisis de tabla simple

Chi cuadrado gl Probabilidad

251.0477 6 0.0000

Fuente: Idem.

Al analizar la presente tabla el patrón de comparación cambia en relación a la tabla anterior, en las clínicas privadas el nivel de aprobación como de rechazo de la eutanasia pasiva es de igual proporción (42,9% cada una), comparado con un hospital público donde el 71% esta de acuerdo con la practica de la eutanasia pasiva.

TABLA N°7.

“Distribución porcentual y numérica según la unidad de trabajo de los encuestados y la opinión en relación a la práctica de la eutanasia activa. Valdivia, Septiembre – Diciembre 2006.”

Práctica Eutanasia Activa					
Unidad de Trabajo	No lo Haría	No Responde	No Sabe	Si lo Haría	Total
Medicina adulto	2	0	0	2	4
% fila	50.0	0.0	0.0	50.0	100.0
% columna	8.7	0.0	0.0	9.5	6.6
Neurocirugia	1	0	0	2	3
% fila	33.3	0.0	0.0	66.7	100.0
% columna	4.3	0.0	0.0	9.5	4.9
Ninguno de los anteriores	11	2	8	14	35
% fila	31.4	5.7	22.9	40.0	100.0
% columna	47.8	100.0	53.3	66.7	57.4
Estudiante	2	0	5	2	9
% fila	22.2	0.0	55.6	22.2	100.0
% columna	8.7	0.0	33.3	9.5	14.8
Unidad de cuidados intermedios	6	0	2	1	9
% fila	66.7	0.0	22.2	11.1	100.0
% columna	26.1	0.0	13.3	4.8	14.8
Urgencia	1	0	0	0	1
% fila	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0
% columna	4.3	0.0	0.0	0.0	1.6
Total	23	2	15	21	61
% fila	37.7	3.3	24.6	34.4	100.0
% columna	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Análisis de tabla simple

Chi cuadrado gl Probabilidad

258.8286 15 0.0000

Fuente: idem.

Se destaca de la tabla que los servicios críticos no realizarían esta practica de eutanasia activa, mientras que en los otros servicios si se aprecia una división de opiniones a favor y en contra de este tipo de eutanasia.

TABLA N° 8.

“Distribución porcentual y numérica según la unidad de trabajo de los encuestados y la opinión en relación a la práctica de la eutanasia pasiva. Valdivia, Septiembre – Diciembre 2006.”

Práctica Eutanasia Pasiva				
Unidad de trabajo	De acuerdo	Desacuerdo	No responde	Total
Medicina adulto	2	1	1	4
% fila	50.0	25.0	25.0	100.0
% columna	7.7	3.4	16.7	6.6
Neurocirugía	2	1	0	3
% fila	66.7	33.3	0.0	100.0
% columna	7.7	3.4	0.0	4.9
Ninguno de los anteriores	11	20	4	35
% fila	31.4	57.1	11.4	100.0
% columna	42.3	69.0	66.7	57.4
Estudiante	3	5	1	9
% fila	33.3	55.6	11.1	100.0
% columna	11.5	17.2	16.7	14.8
Unidad de cuidados intermedios	7	2	0	9
% fila	77.8	22.2	0.0	100.0
% columna	26.9	6.9	0.0	14.8
Urgencia	1	0	0	1
% fila	100.0	0.0	0.0	100.0
% columna	3.8	0.0	0.0	1.6
Total	26	29	6	61
% fila	42.6	47.5	9.8	100.0
% columna	100.0	100.0	100.0	100.0

Análisis de tabla simple

Chi cuadrado gl Probabilidad

254.4143 10 0.0000

Fuente: Idem.

al comparar los resultados de esta tabla con la N° 7, se aprecia que los servicios críticos están a favor de la eutanasia pasiva, mientras que las opiniones de los demás servicios sigue dividida. Dentro de las personas que no respondieron su unidad de trabajo solo 1/3 manifiesta estar de acuerdo con este acto pasivo.

TABLA N° 9.

“Distribución porcentual y numérica según el tipo de familia de los encuestados y la opinión en relación a la práctica de la eutanasia activa. Valdivia, Septiembre – Diciembre 2006.”

Práctica Eutanasia activa					
Tipo de familia	No Lo Haría	No Responde	No Sabe	Si Lo Haría	Total
Extendida Biparental	4	0	0	0	4
% Fila	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0
% Columna	17.4	0.0	0.0	0.0	6.6
No Responde	3	1	6	3	13
% Fila	23.1	7.7	46.2	23.1	100.0
% Columna	13.0	50.0	40.0	14.3	21.3
Nuclear Biparental	4	1	5	3	13
% Fila	30.8	7.7	38.5	23.1	100.0
% Columna	17.4	50.0	33.3	14.3	21.3
Nuclear Monoparental	5	0	1	3	9
% Fila	55.6	0.0	11.1	33.3	100.0
% Columna	21.7	0.0	6.7	14.3	14.8
Unipersonal	7	0	3	12	22
% Fila	31.8	0.0	13.6	54.5	100.0
% Columna	30.4	0.0	20.0	57.1	36.1
Total	23	2	15	21	61
% Fila	37.7	3.3	24.6	34.4	100.0
% Columna	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Análisis de tabla simple

Chi cuadrado gl Probabilidad

263.8129 12 0.0000

Fuente: idem.

Se aprecia en la tabla que el 100% de las personas que pertenecen a una familia extendida biparental no practicarían la eutanasia activa, contrastada con la familia unipersonal que más del 54% si realizaría este acto y solo el 1/3 no lo haría.

TABLA N° 10.

“Distribución porcentual y numérica según el tipo de familia de los encuestados y la opinión en relación a la práctica de la eutanasia pasiva. Valdivia, Septiembre – Diciembre 2006.”

Práctica Eutanasia Pasiva				
Tipo de Familia	De Acuerdo	Desacuerdo	No Responde	Total
Extendida Biparental	2	2	0	4
% Fila	50.0	50.0	0.0	100.0
% Columna	7.7	6.9	0.0	6.6
No Responde	7	5	1	13
% Fila	53.8	38.5	7.7	100.0
% Columna	26.9	17.2	16.7	21.3
Nuclear Biparental	5	5	3	13
% Fila	38.5	38.5	23.1	100.0
% Columna	19.2	17.2	50.0	21.3
Nuclear Monoparental	3	5	1	9
% Fila	33.3	55.6	11.1	100.0
% Columna	11.5	17.2	16.7	14.8
Unipersonal	9	12	1	22
% Fila	40.9	54.5	4.5	100.0
% Columna	34.6	41.4	16.7	36.1
Total	26	29	6	61
% Fila	42.6	47.5	9.8	100.0
% Columna	100.0	100.0	100.0	100.0

Análisis de tabla simple

Chi cuadrado gl Probabilidad

248.9023 8 0.0000

Fuente: idem.

En la familia nuclear monoparental el 55% esta en desacuerdo con la eutanasia pasiva, pero dentro de las personas que no respondieron el 53,8% aprueba este tipo de acto.

11. DISCUSIÓN

El término eutanasia no dejará de ser un tema libre de críticas y de múltiples análisis en pro o en contra, dependiendo de los intereses de quien emita los comentarios acerca de este tan cuestionado medio de acelerar o dejar morir a una persona de acuerdo a su voluntad de no seguir viviendo, cuando las expectativas de vida, producto de una enfermedad o accidente no son las más soportables y dignas para los intereses del solicitante.

Gran parte de la población estudiada son jóvenes profesionales de enfermería y en su inmensa mayoría mujeres, patrón que se repite en todas las carreras de enfermería del país, el que no cambiará en muy corto plazo pero que si variará probablemente con el tiempo. Además este grupo no declara pertenencia laboral por un centro de salud en especial, lo que podría sugerir que están recién comenzado su vida laboral. Además es importante mencionar que del universo en estudio gran parte son cristianos que profesan la religión católica o evangélica, por lo que se podrían esperar respuestas conservadoras en relación a la protección de la vida. Esto no concuerda con los porcentajes obtenidos en las respuestas a preguntas si están a favor en contra de la eutanasia y si colaborarían con esta práctica si un familiar o paciente lo solicita, lo que aleja el pensamiento cristiano de las respuestas entregadas por los entrevistados, ya que la iglesia en su doctrina siempre esta a favor de la vida y no acepta a que alguien programe o solicite morir aun cuando la calidad de vida y el tiempo que le quede de ésta sea de muy mal pronóstico. Sin embargo, permite no usar medios artificiales para prolongar la vida, dejar sólo los cuidados de las necesidades básicas.

A pesar de los argumentos que se puedan sostener acerca de la eutanasia, cada uno tiene la autonomía de decidir si participa o no de actos que pueden poner fin a la vida de una persona, pero, es notable que de todas las preguntas respecto de si participarían o no de estas prácticas los que se negaron estaban en casi igual porcentaje que los que aprueban estos actos. Por otro lado al preguntarse por los motivos para marginarse se nombró a los éticos profesionales y los familiares

Por otra parte, las respuestas entregadas por estos profesionales encuestados no siguen el patrón de conducta del Código Deontológico Internacional para Enfermería, entregado como parte de su formación académica, lo que tampoco garantiza un pensamiento uniforme ante una encrucijada, en la cual cada uno tiene la libertad de manifestarse a favor o en contra de la eutanasia, lo que seguidamente conlleva a participar como profesionales en alguna de las etapas necesarias para cumplir con la solicitud del paciente de poner fin a su vida.

Dentro de las respuestas recogidas en las encuesta no hay una corriente dominante que determine si la mayoría de los profesionales participaría o no de lo que involucra realizar un acto de eutanasia independiente de todos los factores adicionales como sexo, tipo de familia, años de servicio, etc. Lo que de alguna manera garantiza la discusión de la eutanasia

como práctica habitual, de lo contrario sería imponer un único pensar, ya sea a favor o en contra de este acto, a las personas de la comunidad que piensan distinto al equipo de salud. A la vez, destacan diferencias notables al analizar el lugar de trabajo con la religión y la edad.

Ahora hay tres sectores que marcan una diferencia de opinión: los que participarían de manera activa, los que no participarían de estos actos y los que no saben si lo harían o no. Cada grupo tiene razones que pueden ser respetables y discutibles pero no deja de llamar la atención el 30% a 40% que no sabe lo que haría, ya que en caso de legislar, su decisión puede determinar la voluntad de defender la vida hasta el esfuerzo terapéutico o acortar la agonía del que sufre cuando este así lo manifieste.

Destaca que el 68,9% de los encuestados está de acuerdo en legislar acerca de la eutanasia pero solo un tercio participaría de las diferentes formas de esta ya sea activa o pasiva, siendo un paciente desconocido como un cercano, ejemplo: familiar. Teniendo la convicción que al haber un respaldo legal el inicio de esta práctica sería inminente (65,6%), destacando que la gran mayoría no lo considera como un acto criminal (62%).

Se deja ver la falta de rigurosidad científica al momento de entregar los resultados de las encuestas, debido a que en algunos lugares se faltó a la confidencialidad de los que respondieron el instrumento recolector de información, no dimensionando la alteración que provocan en el análisis de resultados.. De esta manera se retrocede en el avance de instaurar la Enfermería como disciplina con sólidos pilares científicos, no tomando en serio el trabajo realizado por estudiantes y profesionales, respaldado por un método científico en el estudio de cada uno de los temas elegidos para estudio. Un claro ejemplo es lo ocurrido en la recolección de datos de esta tesis, donde la Enfermera jefe de un centro privado revisó los documentos recolectores de información antes de la correspondiente entrega para el posterior análisis, alterando el conducto de retiro de las respuestas escritas en el documento, haciendo entrega, además, de solo el 60% de las encuestas recepcionadas solicitando que en otro momento se realice el retiro de las encuestas pendientes pero respondidas, pero al momento del retiro de estos documentos hacia esperar por largas horas y enviaba a un funcionario administrativo a excusarse por no poder entregar en ese momento las encuestas faltantes, posteriormente procede a solamente negar su presencia y a no hacer nunca entrega de estas. Por lo que se puede presumir que puede existir sesgos por deseabilidad social, o por falta de confidencialidad en las respuestas emitidas.

12. CONCLUSION

La eutanasia no es un tema de debate popular, pero al comenzar a discutir sobre sus formas y usos terapéuticos la mayoría de la población desea manifestar su posición a través de organizaciones sociales donde representante de estas manifiestan su apoyo o rechazo a esta posible práctica. Además, paralelamente, hay un debate técnico dentro de los profesionales, que va desde la razón de prolongar la vida y hacer todos los esfuerzos posibles y necesarios en espera siempre de la recuperación del paciente aún cuando no tenga una razonable mejoría hasta el discurso de que se puede poner fin a la vida de un paciente que padece y no tiene esperanza de recuperación.

Al profesional de enfermería, le corresponde participar no sólo de la discusión, si no también del apoyo que técnicamente puede aportar según sus destrezas y competencias en el manejo de procedimientos rutinarios inherentes a su rol.

Del presente estudio se puede determinar que no existe una tendencia clara de participación o marginación de los profesionales de enfermería en estos actos, a pesar que la mayoría de los encuestados eran profesionales jóvenes entre 20 y 29 años, lo que también muestra un claro cambio generacional en la profesión, siendo mantenido el predominio femenino por sobre el masculino.

A pesar de la brecha generacional, no hay gran diferencia al opinar y llenar el instrumento recolector de información, manteniendo divididas opiniones que no otorga un apoyo o rechazo claro a esta práctica ya sea de manera pasiva o activa. no habiendo uniformidad de respuesta, sino diferencias en el libre pensar., pero al analizar el tipo de práctica de eutanasia tanto activa como pasiva se obtuvieron notables resultados al cruzar estas respuestas con la edad y lugar de trabajo (público y privado)

El Ecomapa no expresa gráficamente relaciones negativas con alguno de los grupos mencionados, más bien demuestra que la gran mayoría presenta un gran grupo de apoyo de muy buena relación, manifestando lazos emocionales importantes poner como tema realizar un acto de eutanasia a un cercano.

En consecuencia, con lo antes expuesto se puede deducir que: entre los profesionales de enfermería que participaron en el estudio, una no despreciable cantidad de profesionales está dispuesto que exista una legislación acerca de la eutanasia deduciendo que de existir respaldo legal sí se practicarían estos actos y que de la misma manera que existen profesionales que se oponen a esta práctica hay otro sector no menor de profesionales que esta de acuerdo con su práctica y dispuestos a participar de estos actos.

BIBLIOGRAFIA

AMARO CANO, M. DEL C. (1996) “Problemas éticos y bioéticos en enfermería” Material didáctico. ISCM. H. La Habana, Cuba.

American Journal of Nursing . (1973). Ethics and Euthanasis,. Tomo LXIII. New York. Pág 673 – 674.

CACERES SILVA GUILLERMO A. (2003) La Eutanasia Como Derecho a Morir con Dignidad. Tesis, Facultad de Ciencias Jurídicas y Judiciales, Escuela de Derecho, Universidad Austral de Chile, Valdivia.

CARO. MARIA CARMEN “Dilemas éticos en salud”, IX Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería.

CHOMALI G FERNANDO. Morir con Dignidad: El magisterio de la Iglesia. Reflexiones en torno al morir, Santiago, CHILE, Mayo de 2006.

Código de ética, (1991) Federación Panamericana de Profesionales de Salud, Colegio de Enfermeras de Chile.

Código Internacional de Deontología Médica. (1968). Adoptado por la OMS. Capítulo XVII, art. 116-117. Sidney.

Código Internacional de Etica de Enfermería, (1953). Adoptado por el Consejo Internacional de Enfermeras. Sao Paulo, Brasil.

CONGREGACION PARA LA DOCTRINA DE LA FE, (1980) “Declaración Iura et Bona, sobre la eutanasia”.

DIETRICH. V. E.. (2002). “La eutanasia: Pasado y Presente”. Acta Bioética; año VIII, nº 1.

Diccionario de la lengua española, editorial Espasa-Calpe S.A, Madrid. Tomo I, p. 614, vigésima edición,

DIMITRI B. (2004). Reflexiones en torno a la eutanasia como problema de salud pública, Revista Cubana Salud Pública v.30 n1. Ciudad de la Habana.

ELIO .S .(1996, Septiembre 4)., Manual de Bioética, tercera Edición, Ed. Diana, México DF.

FARRERAS. R. Medicina Interna. Decimotercera Edición. Pag 37.

- GRACIA , M. A. (2005). Bioética, Eutanasia y Dignidad de la Persona.
- GUZMAN, F. (2005). “Algunas reflexiones éticas, jurídicas y filosóficas” Fundación Fe de Bogotá, pag. 1.
- HERRANZ , G. (2005). “Eutanasia y dignidad al morir”, Universidad de Navarra.
- HIDALGO, M. (2005) . Eutanasia: ¿Dignidad o derecho?.
- JIMENEZ DE ASUA, L. (1942) “libertad de amar y derecho a morir”. Ensayos de un criminalista sobre la eugenasia, eutanasia y endocrinología, p. 412, Losada Buenos Aires.
- JUAN PABLO II, “Carta Encíclica Evangelium Vitae” (1995). Sobre el Valor y el carácter de inviolable de la vida humana.
- KARMELIC ALEJANDRO GOIC, Obispo de Rancagua. “Derechos de los pacientes y la eutanasia” Conferencia Episcopal CHILE, Santiago, 20 de Junio de 2006.
- LA SANTA BIBLIA. ANTIGUO Y NUEVO TESTAMENTO. (1979). Antigua Versión de Casiodoro de Reina (1569) Revisada por Cipriano de Valera (1602) y cotejada posteriormente con diversas traducciones y con los textos hebreo y griego. Versión 1960. Editorial Vida. Miami, Florida 33167.
- LINACRE QUART. (1994) “Death and human dignity”. 61 (4) 27 – 36.
- MARTINEZ H., C. (2006) Rev Cubana Salud Pública; 32(1)
- PASTOR GARCIA. L M. (1996) León Correa F.J. Manual de ética y legislación en Enfermería. 1 edición, Barcelona Mosby. Citado en Artículo “La vida ¿Derecho o deber?”
- POLITOFF, S. Y Cols (2004, junio)“Lecciones de derecho penal chileno” Editorial jurídica de Chile, 1 edición.
- RODRIGUEZ DE GOMEZ. C. M. (2005, Febrero 20) “Eutanasia” .Diario El Norte.
- RODRIGUEZ, E, La eutanasia y sus argumentos, reflexión crítica, Pontificia Universidad Católica de Chile, Vol.2, N°.2.
- ROSSI F. y , BUSTOS J. (2006). Regulación legal de la eutanasia, Boletín N° 4201-11, Cámara de Diputados, Chile.
- ROXIN, C. (1999, Junio). “Tratamiento Jurídico Penal de la Euthanasia”, en obra colectiva “Eutanasia y Suicidio”, traducción de miguel Olmedo Cardenete, también en revista electrónica de Ciencia Penal y Criminología,. Boletín N° 4201-11

SANCHEZ, F. (1997). “La eutanasia”. Giro Editores Ltda. Santa Fe de Bogota. Pág 24.

SGRECCIA, E. (1998) . La Persona e la Vita, Dolentium Hominun (2): 38-41.

VIAL .J. (2005) Respetar la Dignidad del Moribundo, Consideraciones éticas sobre la Eutanasia, Academia Pontificia para la vida.

13.1 Referencia Electrónica.

<http://www.iglesiadesantiago.cl>.

“Dilemas Eticos”

Visitada el 16 de agosto de 2006.

<http://www.jornada.unam.mx/2005/11/05/a03alcie.php>

“Congreso Internacional de Bioética, México 1994”

Visitada el 10 de agosto de 2006.

http://www.eutanasia.ws/textos/DMD_Encuestas-Estadisticas-2.doc

“Encuestas y estadísticas”

Visitada el 07 de Agosto de 2006.

<http://www.wma.net/s/policy/handbook.htm>

“Manual de Declaraciones de la Asociación Médica Mundial” (2005/2006)

Visitado 05 de Agosto de 2006.

<http://www.worldrtd.net>

“Federación Mundial de Asociaciones Pro Derecho a Morir Dignamente”.

Visitada 16 de Agosto de 2006.

14. ANEXO

14.1 Instrumento Recolector De Información

“PERCEPCION DEL PROFESIONAL Y ESTUDIANTE DE ENFERMERIA A CERCA DE LA PRACTICA DE LA EUTANASIA ACTIVA Y PASIVA”

La siguiente encuesta es un medio de recolección de información. Todas las preguntas tienen alternativas de respuestas de la cual usted debe elegir sólo una de ellas y marcarla con un lápiz tinta dentro de la casilla correspondiente, junto a la respuesta seleccionada.

Su colaboración contribuirá con el avance de la investigación en los Profesionales de Enfermería.

No debe registrar su nombre (es totalmente anónima), sólo debe seleccionar la alternativa que usted crea que mejor la identifica. Este estudio no contempla en sus objetivos el registro de identidad de las personas que participan respondiendo las encuestas, por lo que se garantiza la reserva de su identidad.

PREGUNTAS

1- Edad.

- Menos de 20 años.
- Entre 20 y 29 años.
- Entre 30 y 39 años.
- Entre 40 y 49 años.
- Entre 50 y 59 años.
- 60 años y más.
- No responde

2- Sexo.

- Femenino.
- Masculino.

3. Lugar de trabajo.

- Hospital público
- Clínica privada
- Mutualidad
- Consultorio municipal
- Consultorio Servicio de Salud.
- Otros centros clínicos.

- Ninguno de los anteriores
- No responde

4. Servicio donde trabaja:

- Medicina
- Cirugía
- Recuperaciones
- Unidad Cuidados Intensivos
- Unidad Cuidados Intermedio
- Traumatología
- Neurocirugía
- Policlínico adulto.
- Urgencia
- SAMU
- Otro.
- No responde.

5- Religión.

- Católica
- Evangélica.
- Testigo de Jehová.
- Mormones.
- Adventista.
- Otras
- Ninguna.
- No responde

6- Años de servicio.

- Menos de 5 años.
- De 5 a 9 años
- De 10 a 14 años
- De 15 a 19 años
- De 20 a 24 años
- De 25 a 29 años
- 30 años y más.
- No responde.

7- Estado civil.

- Soltera (o)
- Conviviente
- Casada (o)

- Separada (o)
- Viuda (o)
- Divorciada (o)
- No responde.

8- Tipo de Familia actual. (No considerar familia de origen (padres, hermanos, etc) si es casada (o) o vive con su pareja).

- Nuclear monoparental
- Nuclear biparental
- Extendida monoparental
- Extendida biparental
- Unipersonal.
- No responde.

9- Número de hijos.

- 1
- 2 ó 3
- 4 ó 5
- Más de 5
- Ninguno
- No responde.

10- pertenece al Colegio de Enfermeras de Chile.

- Si pertenece
- No pertenece
- No responde.

11- En relación a la práctica de la **eutanasia activa**, Usted está

- De acuerdo.
- En desacuerdo.
- No responde.

12-En relación a la práctica de la **eutanasia pasiva**, usted esta:

- De acuerdo.
- En desacuerdo.
- No responde.

13- Si le pidieran participar de la práctica de la **eutanasia activa**, usted:

- Si participaría.
- No Participaría.
- No sabe.

No responde.

14-Si le pidieran participar de la práctica de la **eutanasia pasiva**, usted:

- Si participaría.
- No Participaría.
- No sabe.
- No responde.

15-¿Practicaría la **eutanasia activa** a un cercano?

- Si lo haría.
- No lo haría.
- No sabe.
- No responde.

16-¿Practicaría la **eutanasia pasiva** a un cercano?

- Si lo haría.
- No lo haría.
- No sabe.
- No responde.

17-¿Qué motivos podrían consideras para marginarse de participar de esta práctica?

- Familiares.
- Religiosos.
- Eticos / deontológicos.
- Experiencias negativas anteriores.
- Formación profesional.
- Humanos
- No tiene.
- No sabe.
- No responde.

18-¿Usted respetaría la decisión de un paciente que pide eutanasia?

- Si lo respeta y lo comparte.
- Si lo respeta pero no lo comparte.
- No lo respeta pero lo comparte.
- No lo respeta ni lo comparte.
- No sabe.
- No responde.

19-¿Qué sentimiento aflora en usted cuando fallece un paciente por muerte natural?

- Tristeza.

- Tranquilidad.
- Pena.
- Angustia.
- Impotencia.
- Satisfacción.
- Alegría
- Culpabilidad
- Ninguna de las anteriores.
- Otras.
- No responde.

20-¿Qué sentimiento aflora cuando un paciente le solicita no realizar acciones que prolonguen su vida?

- Tristeza.
- Tranquilidad.
- Pena.
- Angustia.
- Impotencia.
- Satisfacción.
- Alegría
- Culpabilidad
- Ninguna de las anteriores.
- Otras.
- No responde.

21-¿Está de acuerdo que se legisle en relación a la eutanasia?

- De acuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- En desacuerdo.
- No responde.

22-Si hubiese respaldo legal para la práctica de la eutanasia ¿Usted cree que se practicarían estos actos?

- Si se practicarían.
- No se practicarían.
- No sabe.
- No responde

23-¿Considera a la eutanasia como una acto criminal?

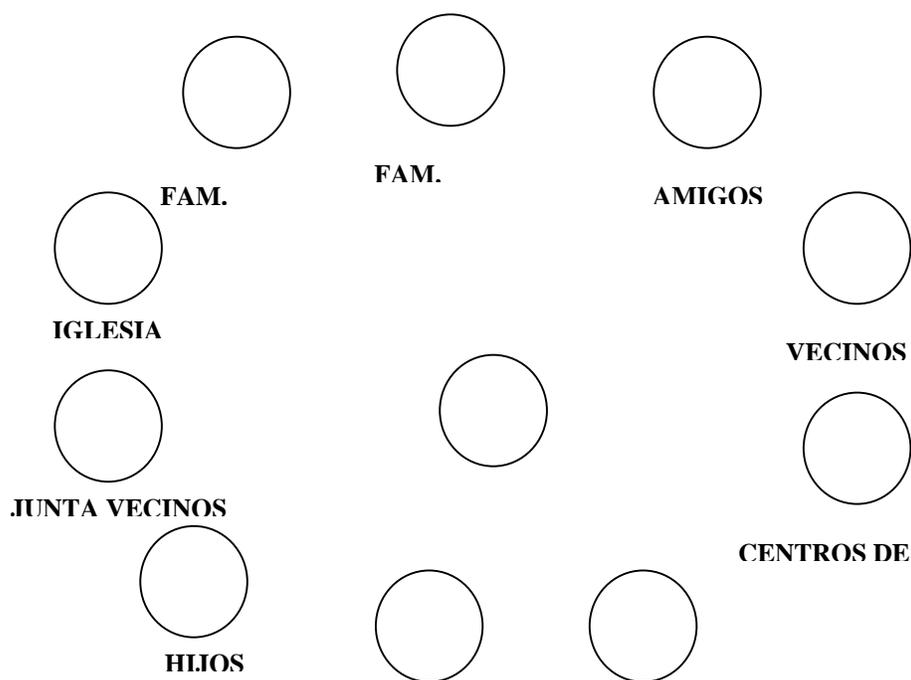
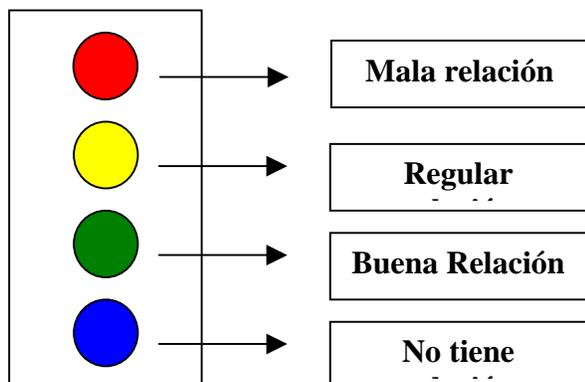
- Si.
- No.

- No sabe.
- No responde.

Se agradece el tiempo dedicado para responder este instrumento colector de información su aporte es muy importante para el desarrollo de esta investigación. Gracias por su participación.

14.2 Ecomapa.

Coloree el interior de los círculos que mencionan las redes sociales que están cercanas a usted. Hay dos círculos sin relación, señale en ellos otras redes de apoyo que no están mencionadas. El color a pintar el círculo selecciónelo según el tipo de relación especificada en el semáforo de cuatro colores.



14.3 Acta De Consentimiento Informado.

Proyecto tesis: “PERCEPCION DEL PROFESIONAL Y ESTUDIANTE DE ENFERMERIA EN RELACION CON PA PRACTICA DE LA EUTANASIA ACTIVA Y PASIVA”

Se me ha solicitado participar voluntariamente en un estudio que realiza tesista Alan Guzmán Fuentes de la Escuela de Enfermería, de la Universidad Austral de Chile.

Al participar en este estudio yo estoy de acuerdo en responder la encuesta que se llevará a efecto en mi lugar de trabajo o en mi domicilio, la que se debe responder de manera estricta y personal.

Yo entiendo que esto no implica riesgos para mi salud ni para mi familia, pudiendo a la vez negarme a contestar algunas preguntas.

He podido hacer las preguntas que he querido acerca del estudio, y puedo retirarme de él en cualquier momento.

Los datos son confidenciales y los resultados pueden ser publicados.

Yo, _____

Doy libremente mi consentimiento para participar en el estudio.

Dirección:

Teléfono:

Firma:

Persona con quien se conversó el consentimiento y aplicó el cuestionario.

Nombre:

Profesión:

Firma:

Fecha: