



# *Eutanasia y Suicidio asistido*

*Una revisión integradora*

---

Memoria presentada para optar al título de Graduado o Graduada en Enfermería de la Universitat Jaume I presentada por Laura Chizobam Okoye Anyichie en el curso académico 2017 – 2018 .

**15 de Mayo de 2018**

## **Solicitud del alumno/a para el depósito y defensa del TFG**

Yo, **LAURA CHIZOBAM OKOYE ANYICHE**, con **NIF 48670922R**, alumno de cuarto curso del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I, expongo que durante el curso académico **2017/2018**.

- He superado al menos 168 créditos ECTS de la titulación
- Cuento con la evaluación favorable del proceso de elaboración de mi TFG.

Por estos motivos, solicito poder depositar y defender mi TFG titulado Eutanasia y Suicidio asistido. Una revisión integradora, defendido en lengua “castellana”, en el período de **31 de mayo, 2018**.

Firmado: **LAURA CHIZOBAM OKOYE ANYICHIE**

Castellón de la Plana, 15 de Mayo de 2018



## ***Agradecimientos.***

En especial, a mi hermana, por ser mi paño de lágrimas a pesar de la distancia, por soportar horas y horas de llamadas telefónicas y por la compañía física en los momentos de soledad.

A mis padres, por hacer posibles estos 4 años en la universidad desde el momento en que se enteraron que me iba de casa y por apoyarme de forma incondicional.

A mis hermanos por sus muestras de apoyo intermitentes que llegaban en el momento preciso.

A mi tutora, por las tutorías tan divertidas y amenas y por todas las horas invertidas en este trabajo para hacerlo posible.

A Osarumen y Gaudina por acogerme y por ser un apoyo incondicional importante en estos 4 años de carrera.

Y por último a mi amiga Andrea Llaves, por ser un pilar de asertividad y un apoyo fundamental durante estos últimos meses de la carrera y sobretodo durante el Trabajo Final de Grado.

Muchas gracias.

## Índice.

Resumen.....	6
1. Introducción.....	8
2. Justificación.....	12
3. Objetivos.....	13
3.1. Objetivo general.....	13
3.2. Objetivos específicos.....	13
4. Metodología.....	14
4.1. Diseño del estudio.....	14
4.2. Estrategia de búsqueda.....	14
4.2.1. Fuentes utilizadas y secuencia de búsqueda.....	15
4.3. Criterios de inclusión y de exclusión.....	17
4.4. Lectura crítica de los trabajos seleccionados.....	17
5. Resultados.....	18
6. Discusión.....	24
7. Conclusiones.....	29
8. Limitaciones.....	30
Referencias bibliográficas.....	31

## **Resumen.**

**Introducción:** La muerte es un acontecimiento inevitable y universal que ha pasado de ser un acto social y familiar a ser un acontecimiento en el que al enfermo en ocasiones se le deja al margen. El desarrollo científico ha logrado aumentar la expectativa de vida provocando que la idea de morir sea cada vez más rechazada. Es en este contexto social donde reside la relevancia de la eutanasia y el suicidio asistido.

**Objetivo:** Identificar estudios sobre eutanasia y suicidio asistido, conocer el estado legal, observar si son considerados para ayudar al paciente a morir conservando su dignidad y finalmente observar si la ejecución de ambos procesos tiene relación con el género, la edad y la enfermedad.

**Método:** Se realizó una revisión integradora de la literatura seleccionando las palabras clave en Descriptores en Ciencias de la Salud y en Medical Subject Headings. Se utilizaron las bases de datos PubMed, SciELO y Science Direct y se aplicaron filtros para idioma, especie y tiempo. Se tuvieron en cuenta los artículos escritos en Europa, Norteamérica y América del Sur.

**Resultados:** Resultaron 7.717 documentos en total. Se seleccionaron y estudiaron 6 dado que cumplían con los criterios de selección y respondían de forma directa o indirecta a los objetivos establecidos.

**Conclusiones:** La eutanasia y el suicidio asistido legalmente son poco aceptados en Europa, Norteamérica y América del Sur pero sí son considerados aceptables para ayudar al paciente a tener una muerte digna. La muerte asistida es más solicitada por pacientes oncológicos varones entre 60 y 80 años. El suicidio asistido está más extendido que la eutanasia y se cree que esto guarda relación con la escasa aceptación de la muerte asistida a nivel clínico.

**Palabras clave:** Suicidio asistido, Eutanasia, Derecho a morir, Dignidad

## **Abstract.**

**Introduction:** Death is an unavoidable and universal happening that has moved from being a familiar and a social event to be a situation where sometimes the patient is excluded. Technological development has achieved increasing life expectations causing the increasingly rejection of death. In this social context is where the relevancy of euthanasia and assisted suicide inhabits

**Objective:** Identify studies about euthanasia and assisted suicide, know about their legal acceptance, determine if they considered a suitable tool to help the patient die preserving his dignity and observe if their execution is related to the gender, age and/or disease of the patient.

**Method:** An integrative review of the literature was carried out, selecting the key words in Descriptors in Health Sciences and in Medical Subject Headings. The PubMed, SciELO and Science Direct databases were used and filters were applied for language, species and time. Only the articles written in Europe, North America and South America were considered.

**Results:** A total of 7.717 documents were found, of which only 6 were selected and studied due to their conformance to the selection criteria and their direct or indirect answer to the objectives established.

**Conclusion:** Legally, euthanasia and assisted suicide are mostly unaccepted in Europe, North America and South America but they are considered a good tool to help the patient have a dignified death. Assisted death is mostly requested by male patients with an oncological disease between 60 and 80 years. Assisted suicide is more extended than euthanasia and it is believed that this correlates with the poor acceptance of the assisted death in the clinical area.

**Key words:** Suicide assisted, Euthanasia, Right to die, Personhood

## **1. Introducción.**

La muerte es un acontecimiento inevitable y universal; un hecho individual y social que se ha ido institucionalizando bien por el deseo de prolongar la vida bien por el miedo a morir sin atención<sup>1</sup>. En la actualidad, la muerte representa un hecho traumático, ante el que el ser humano se siente vulnerable. En las sociedades modernas la forma de enfrentar la muerte ha cambiado, siendo esta rechazada, escondida y vivida con angustia. La muerte ya no es aceptada como un fenómeno natural<sup>1</sup>.

Años atrás, el individuo moría en casa, rodeado de su familia, incluidos niños, amigos y vecinos. Prepararse para morir constituía un acto fundamental en la vida de una persona en aquel entonces y su dignidad dependía de la grandeza con que llevara a cabo ese último acto de despedida. Actualmente se ha pasado de una muerte familiar a una muerte escondida, donde al enfermo, a menudo, se le oculta la gravedad de su enfermedad, tomando otros las riendas de su destino y dejando al paciente terminal al margen, sin comunicarle que va a morir pronto<sup>2</sup>.

La muerte en ocasiones es un proceso progresivo, multifactorial, caracterizado por síntomas intensos y cambiantes, y que conlleva un gran sufrimiento tanto físico como psicológico en el paciente y en la familia<sup>3</sup>. Este sería el caso del paciente terminal, entendiendo por paciente terminal aquel que tiene una enfermedad sin posibilidad de tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable que generalmente suele ser inferior a seis meses. Este proceso de muerte progresiva se debe abordar desde un contexto de muerte digna, teniendo en cuenta, que morir con dignidad constituye un derecho esencial del ser humano<sup>3,4</sup>.

Morir con dignidad o de forma digna es morir manteniendo la capacidad propia de actuar del ser humano permitiéndole confrontar la realidad de su propia muerte y el significado de ésta para sí mismo, preservando el derecho del enfermo a recibir cuidados paliativos de calidad, con medidas adecuadas y proporcionadas<sup>4,5</sup>. Por tanto



se interpreta morir con dignidad como tener una muerte en paz, de acuerdo a las creencias y deseos de la persona.

En un tiempo en el que la ciencia, la medicina, la aparición de nuevos fármacos y la tecnología han logrado aumentar la expectativa de vida hasta límites insospechados John Hardwig dice: “Aprender a enfrentar la muerte es, creo, una de las tareas básicas de nuestro tiempo”; actualmente se requiere discernimiento, habilidad y sabiduría para morir bien. Depende de cada individuo planear como morir, discernir el momento adecuado, organizarlo y prepararlo, y finalmente permitir que ocurra. Morir bien hoy requiere sabiduría, habilidad y prudencia<sup>6</sup>.

En este contexto, comienzan a publicarse protocolos y guías que incluyen el concepto de final de vida en clínica. Estos indican cómo tratar y cuidar al paciente en sus últimos días de vida y además incluyen como tratar temas relacionados con la gestión del duelo dirigido a los familiares<sup>7</sup>.

La medicina hipocrática ya incluía en sus fines tanto la prevención y la curación como el cuidado. Se trata de retomar estos fines y reformularlos, tal y como propone Victoria Camps<sup>8</sup>, quien defiende que “los fines de la Medicina actual deben ser algo más que la curación de la enfermedad y el alargamiento de la vida. Han de poner énfasis especial en la prevención de las enfermedades, la paliación del dolor y el sufrimiento, han de situar al mismo nivel el curar que el cuidar y advertir contra la tentación de alargar la vida indebidamente”.

Es difícil justificar que todo es posible para prolongar la vida, sin tener en cuenta en qué condiciones, sin embargo hay una escasa literatura al respecto de conceptos tales como eutanasia y suicidio asistido, probablemente porque estos dos conceptos están muy ligados al ámbito de derecho.

La eutanasia y el suicidio asistido son dos entidades que, dependiendo del punto de vista, se pueden definir de diferentes maneras.

Jurídicamente<sup>9</sup> eutanasia y suicidio asistido\* se definen como: “Delito consistente en

causar o cooperar a la muerte de una persona, ante su solicitud libre y responsable, para poner fin a un sufrimiento insoportable derivado de una enfermedad o estado de padecimiento graves” en el caso de la eutanasia, y como una cooperación al suicidio de una persona con actos necesarios para tal fin, bien sean realizados de forma activa o pasiva y siempre bajo la solicitud del auxiliado en el caso del suicidio asistido.

Bioéticamente, la definición de eutanasia se convierte en un término más complejo ya que ésta define ocho subtipos de eutanasia en función de cómo se ejecute: Eutanasia activa/pasiva; directa/indirecta; voluntaria/involuntaria; interna/externa<sup>5</sup>, pero independientemente de la etiqueta que se le coloque al término eutanasia, el fin que persigue este acto es el de acelerar el proceso de muerte de un paciente terminal o altamente dependiente, por compasión y con su consentimiento, para eliminarle todo el dolor<sup>10</sup>.

Por otra parte el suicidio asistido, bioéticamente se define como el acto en el que el enfermo, generalmente con una enfermedad terminal, decide acabar con su vida, para lo cual el médico o un integrante del equipo de salud le proporciona los medios para lograrlo ya que el mismo no puede conseguirlo por los suyos propios, pero es el mismo paciente el que pone en marcha el mecanismo para infundir la solución con el o los medicamentos que le conducirán al final de su vida<sup>10, 11</sup>.

En España no son, desde ninguno de los ámbitos (ni clínico, ni jurídico ni ético), aceptables las prácticas de eutanasia ni las prácticas de suicidio asistido. Esta situación aumenta la complejidad de la decisión a tomar en clínica cuando hay que afrontar el proceso de final de la vida<sup>10</sup>.

Siempre, con la intención de paliar el sufrimiento, teniendo presente la no posibilidad de recuperación se opta por utilizar la sedación terminal que es la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio del sufrimiento físico y/o psíquico del paciente cuya muerte se prevé próxima, que no es posible alcanzar con otras medidas y cuyo objetivo es disminuir suficiente, profunda y previsiblemente irreversible su

conciencia. Este procedimiento siempre va sujeto a consentimiento implícito, explícito o delegado<sup>10</sup>.

Teóricamente se aplican 4 principios bioéticos para garantizar una asistencia adecuada a los enfermos que se encuentran en situación de enfermedad terminal. Estos principios son: el principio de beneficencia, el principio de no maleficencia, el principio de autonomía y el principio de justicia<sup>12</sup>.

El principio de beneficencia defiende que el profesional sanitario debe de hacer el bien, significando esto que todo procedimiento que se le realice a un paciente debe ser siempre en busca del beneficio de éste. Del mismo modo el principio de no maleficencia defiende que el profesional no debe usar sus conocimientos para ocasionar ningún mal al paciente<sup>12</sup>.

El principio de autonomía es el que apoya y resalta la independencia que tiene el paciente a la hora de decidir sobre su propia persona, permitiéndole aceptar o rechazar un tratamiento o elegir otro diferente al propuesto tras ser convenientemente informado sobre su enfermedad y alternativas de tratamiento. Finalmente el principio de justicia es el que defiende, por un lado que todas las personas, por el hecho de serlo son merecedoras de la misma dignidad, y por otro lado, que se debe procurar una distribución justa y equitativa de los recursos y servicios, de forma efectiva y eficiente<sup>12</sup>.

---

\*En el diccionario jurídico el concepto que aparece es el de *auxilio al suicidio*

## **2. Justificación.**

Soy consciente de que la intencionalidad del profesional en clínica no es acelerar el proceso de morir sino procurar aliviar con lo que tiene en sus manos el dolor y el sufrimiento, cuidando hasta el último momento. Durante mi período de prácticas me he encontrado con bastantes pacientes en situación terminal. Pacientes a los que a pesar de que ya habían aceptado la muerte, todavía se les continuaban realizando técnicas invasivas.

Es habitual encontrarse con personal sanitario, fundamentalmente de enfermería, que se pregunta por qué continuar e incluso yo misma me cuestiono si de verdad todo eso es necesario. Si uno de nuestros objetivos como profesionales sanitarios es proporcionar el mayor beneficio posible y evitar sufrimiento innecesario, se me plantea la incongruencia de no respetar una propuesta de eutanasia o suicidio asistido en respeto a la voluntad de un paciente.

### **3. Objetivos.**

#### **3.1. Objetivo general**

- Identificar estudios que traten sobre la eutanasia y el suicidio asistido.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- Identificar los estudios que traten sobre la aceptación legal de la eutanasia y el suicidio asistido.
- Observar si los estudios diferencian suicidio asistido de eutanasia.
- Observar si los estudios consideran que la eutanasia es una buena herramienta a la hora de ayudar al paciente a morir con dignidad.
- Observar si los procesos de eutanasia y suicidio asistido tienen relación con el género, la edad y el tipo de enfermedad.

## **4. Metodología.**

### **4.1. Diseño del estudio.**

Se ha realizado una revisión integradora de la literatura con el ánimo de observar qué dice la evidencia al respecto de los conceptos eutanasia y suicidio asistido.

### **4.2. Estrategia de búsqueda.**

Para realizar la búsqueda en las bases de datos se seleccionan los términos o descriptores a partir de las palabras empleadas como lenguaje natural. Para obtener las palabras clave se ha accedido al portal de Descriptores de la Biblioteca Virtual en Salud. Se utilizan los tesauros DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) y MeSH (Medical Subject Headings). En el Cuadro 1 se presentan los descriptores encontrados.

**Cuadro 1.** Descriptores. Fuente: *Elaboración: propia*

<b>LENGUAJE NATURAL</b>		<b>LENGUAJE CONTROLADO</b>	
<b>Palabras clave</b>	Palabras clave (inglés)	DeCS	MeSH
<b>Suicidio asistido</b>	Suicide assisted	Suicidio asistido	Suicide assisted
<b>Eutanasia</b>	Ethanasia	Eutanasia	Euthanasia
<b>Derecho a morir</b>	Right to die	Derecho a morir	Right to die
<b>Dignidad</b>	Personhood	Dignidad humana	Personhood

#### **4.2.1. Fuentes utilizadas y secuencia de búsqueda**

Las bases de datos utilizadas para obtener artículos relacionados con el tema que aquí se presenta han sido Pubmed, Scientific Electronic Library Online (SciELO) y Science Direct. Además para respaldar la información aportada en la introducción y completar el apartado discusión de este trabajo final de grado se han realizado búsquedas en el metabuscador Google Académico. En el Cuadro 2 se presenta la búsqueda realizada de forma detallada.

**Cuadro 2.** Secuencia de búsqueda. Fuente: *Elaboración: propia*

Bases de datos	Combinación de descriptores	Resultados	Total
<b>PubMed</b>	1. (("suicide"[MeSH Terms] OR "suicide"[All Fields]) AND assisted[All Fields]) AND ("eutanasia"[MeSH Terms] OR "eutanasia"[All Fields])	3905	5025
	2. (((("suicide"[MeSH Terms] OR "suicide"[All Fields]) AND assisted[All Fields]) AND ("eutanasia"[MeSH Terms] OR "eutanasia"[All Fields]))) AND ("right to die"[MeSH Terms] OR ("right"[All Fields] AND "die"[All Fields]) OR "right to die"[All Fields])	1060	
	3. (((("suicide"[MeSH Terms] OR "suicide"[All Fields]) AND assisted[All Fields]) AND ("eutanasia"[MeSH Terms] OR "eutanasia"[All Fields]))) AND ("personhood"[MeSH Terms] OR "personhood"[All Fields])	60	
<b>SciELO</b>	1. suicide assisted AND eutanasia	42	49
	2. suicide assisted AND eutanasia AND right to die	7	
	3. suicide assisted AND eutanasia AND personhood	0	
<b>Science Direct</b>	1. suicide assisted AND eutanasia	1676	2643
	2. assisted AND eutanasia AND right to die	888	
	3. suicide assisted AND eutanasia AND personhood	79	



A partir de la búsqueda en las citadas bases de datos se obtiene un global de 7.717 trabajos. A este global de trabajos se le aplican filtros: idiomáticos (inglés y español), humanos y últimos 5 años.

#### **4.3. Criterios de inclusión y de exclusión.**

A los trabajos resultantes de aplicar los filtros previamente citados y para seleccionar los que más se adecuen a los objetivos planteados en esta revisión de la literatura se describen los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

##### **Criterios de Inclusión:**

- Revisiones de la literatura
- Artículos científicos.

##### **Criterios de Exclusión:**

- Menores de 18 años de edad
- Trabajos que no estén a texto completo

#### **4.4. Lectura crítica de los trabajos seleccionados.**

Se ha realizado una lectura crítica de los artículos seleccionados para revisión, para ello se ha utilizado la metodología CASPe (Critical Appraisal Skills Programme español) <sup>13,14</sup>.

## 5. Resultados.

La búsqueda inicial ofrece un resultado de 7.717 documentos; a esta búsqueda se le aplican los filtros castellano/Inglés, humanos y los últimos 5 años. Con el objetivo de centrar y localizar los trabajos que más se ajusten a esta revisión de la literatura. En el Cuadro 3 se presentan los resultados obtenidos.

**Cuadro 3.** Filtros aplicados en la búsqueda. Fuente *Elaboración propia*

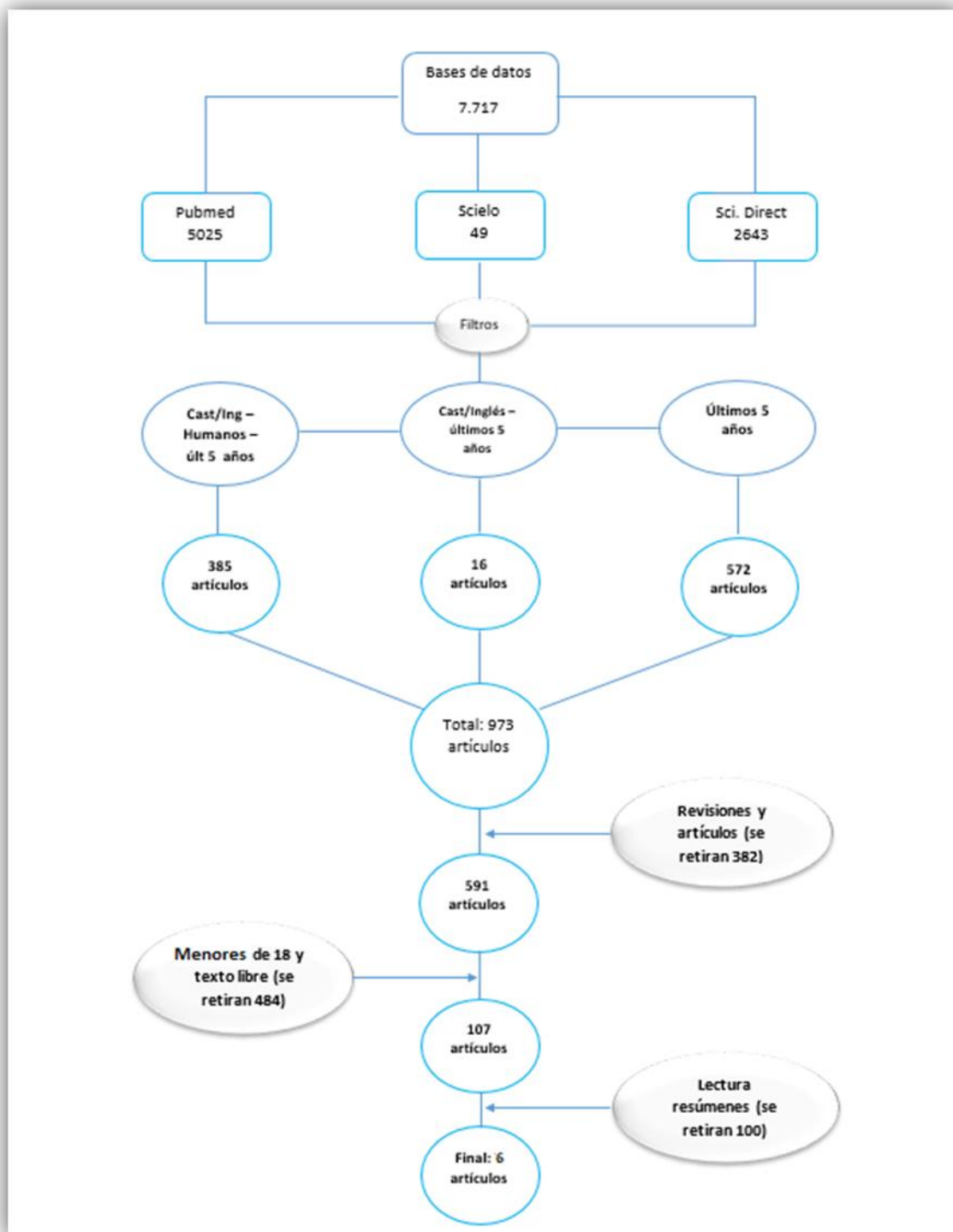
Bases de datos	Filtros	Resultados	Total
Pubmed	Castellano/Inglés – Humanos – últimos 5 años	1: 282	385
		2: 44	
		3: 59	
SciELO	Castellano/Inglés – últimos 5 años	1: 14	16
		2: 2	
Science Direct	últimos 5 años	1: 363	572
		2: 190	
		3: 19	

A partir de los trabajos resultantes tras aplicar los filtros se procede a seleccionar los trabajos que más se relacionen con los objetivos establecidos. Para ello se han tenido en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. De los 973 trabajos hallados y tras aplicar los

criterios de inclusión “artículos y revisiones bibliográficas” se obtienen 591 retirándose 382. Tras aplicar los criterios de exclusión “menores de 18 años y texto libre” en las bases de datos resultan 107 artículos retirándose 484. Finalmente se realiza un lectura de los resúmenes y a partir de ella se retiran 101 artículos, por no responder directa o indirectamente a los objetivos planteados en esta revisión de la literatura, resultando una muestra final de  $n = 6$ .

Los resultados de la búsqueda han sido presentados mediante un diagrama de flujo siguiendo las recomendaciones del sistema PRISMA (Preferred Reporting Items for Systemic Reviews and Meta-Analyses<sup>15</sup>) que es una guía de publicación de la investigación diseñada para mejorar la integridad del informe de revisiones sistemáticas y metaanálisis. De este modo se resume el proceso de revisión realizado para obtener la muestra a estudio. Ver Figura 1.

**Figura 1.** Selección de los artículos. Fuente: *Elaboración: propia.*



Los resultados de la lectura a texto completo destinados a dar respuesta a los objetivos planteados en esta revisión bibliográfica se presentan en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Resultados de la revisión. Fuente: *Elaboración propia.*

<b>Título</b>	<b>Año publicación</b>	<b>Autores</b>	<b>País</b>	<b>¿Diferencian suicidio asistido de eutanasia?</b>	<b>Aceptación legal eutanasia y suicidio asistido</b>	<b>Eutanasia/Suicidio As. como método de ayuda al final de la vida</b>	<b>Relación con género, edad y/o enfermedad.</b>
<b>Suffering and medicalization at the end of life: The case of physician assisted dying</b>	2016 PubMed	Karsoho H et al.	Canadá	Sí.	Sí. Considera que los pacientes tienen derecho a decidir sobre su propia muerte.	Sí. Defiende que los cuidados paliativos no alivian el sufrimiento totalmente, por lo que su práctica es necesaria.	Sí. Afirma que la muerte asistida es más solicitada por personas con cáncer y enfermedades neurodegenerativas.
<b>End of life care</b>	2015 Science D.	Shuker K Newman P	UK	Sí	No. Afirma que la mayoría de los médicos del Reino Unido están en contra.	No hace referencia.	No hace referencia.
<b>Decisiones al final de la vida: resultados del cuestionario validado por expertos.</b>	2017 Science D.	Ortiz B et al.	España	Sí	No. En España no está legalizada.	Sí. Se vio que un 54% estaba a favor de legalizar la eutanasia y un 42% el suicidio asistido.	Sí, las personas entre 50 y 71 años son las que más a favor estaban de la solicitud de eutanasia.

**Continuación Tabla 1.** Resultados de la revisión. Fuente: *Elaboración propia.*

<b>Título</b>	<b>Año publicación</b>	<b>Autores</b>	<b>País</b>	<b>¿Diferencian suicidio asistido de eutanasia?</b>	<b>Aceptación legal E y el SA</b>	<b>Eutanasia y Suicidio As. como método de ayuda al final de la vida</b>	<b>Relación con género, edad y/o enfermedad.</b>
<b>Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática</b>	2016 SciELO	Parreiras Reis de Castro M et al.	Brasil	Sí	Sí. La muerte asistida está aceptada en Colombia, EEUU, Canadá, Holanda, Bélgica, Luxemburgo y Suiza.	Sí. Además defiende que el perfil de pacientes que lo solicita es casi siempre el mismo en referencia a pacientes que sufren.	Sí. Relaciona la muerte asistida con el sexo masculino de mediana edad con cáncer.
<b>Elementos políticos para el debate sobre los dilemas éticos del suicidio asistido y la eutanasia</b>	2015 SciELO	Rodríguez Soriano RI	México	Sí	No. Afirma que la política se niega a permitir que las personas lleven a cabo la muerte asistida.	No aporta información al respecto.	No aporta información al respecto.
<b>The prohibition of euthanasia and medical oaths of hippocratic stemma</b>	2017 SciELO	Merino S et al.	Argentina	Sí	Hay una pequeña controversia al respecto porque atendiendo a lo que dicen los distintos juramentos hipocráticos estudiados de forma literal, no está claro qué prohíbe, si el suicidio asistido, la eutanasia o el asesinato.	No aporta información al respecto.	No aporta información al respecto.

Los resultados de la lectura crítica nos indican que los seis trabajos presentan una escasa calidad metodológica. Ver Tabla 2.

**Tabla 2.** Lectura crítica. Fuente: *Elaboración propia.*

<b>Título</b>	<b>Diseño del estudio</b>	<b>CASPe</b>
		Sí = 7 ítems
<b>Suffering and medicalization at the end of life: The case of a physician assisted dying</b>	Estudio cualitativo	No sé = 2 ítems No = 1 ítem
<b>End of life care</b>	No presenta	No procede análisis CASPe
<b>Decisiones al final de la vida: resultados del cuestionario validado por expertos.</b>	Estudio cualitativo	Sí = 10 ítems
<b>Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática</b>	Revisión sistemática	Sí = 9 ítems No = 1 ítem
<b>Elementos políticos para el debate sobre los dilemas éticos del suicidio asistido y la eutanasia</b>	Monográfico	No procede análisis CASPe
<b>The prohibition of euthanasia and medical oaths of hippocratic stemma</b>	No presenta	No procede análisis CASPe

Los resultados de la lectura crítica nos indican que los seis trabajos presentan una escasa calidad metodológica.

## **6. Discusión.**

La eutanasia y el suicidio asistido continúan siendo temas controvertidos tanto desde el punto de vista clínico como ético y legal. Esta controversia está motivada por un lado porque el tema atañe a diversas disciplinas y por otro lado porque son prácticas destinadas a provocar el final de la vida.

En la mayoría de países occidentales en los que la eutanasia y/o el suicidio asistido están permitidos, su aceptación legal es relativamente reciente y lleva consigo un largo historial de debates relacionados con su aceptación<sup>16</sup>. Excepto en Suiza, en los países que tienen la eutanasia y/o el suicidio asistido legalizados, los requisitos para poder solicitar la muerte asistida son generalmente tener una enfermedad terminal que cause sufrimiento físico y psicológico que no se pueda aliviar por ningún otro medio<sup>16</sup>.

Países como España donde no están legalizados ni el suicidio asistido ni la eutanasia, califican su ejecución como un delito punible en el código penal<sup>9</sup>. Pero, desde la perspectiva de un paciente en situación terminal y con una enfermedad irreversible, siendo conocedor de su situación y amparándose en la libertad de decisión fundamentada por el principio de autonomía podríamos preguntarnos: ¿es un delito poner fin a su sufrimiento siendo que es una decisión tomada por sí mismo en plenas capacidades mentales?

Según Rodríguez Soriano<sup>17</sup>, la política apoya que la libertad es un derecho natural reconocido universalmente y que se trata de un elemento clave que debe tener límites. Estos límites van encaminados a proteger la vida y pretenden protegerla según los fundamentos de la teoría moderna y el derecho a la vida. Atendiendo a esto, el suicidio y la eutanasia se convierten en actos que atentan directamente contra la vida, uno de los principales derechos que el ser humano posee.

“Protegerla” se podría entender como una libertad “a medias” o más bien como una “falsa libertad” puesto que acorde al pensamiento de Locke<sup>17</sup> los humanos se encuentran en absoluta libertad cuando pueden hacer lo que quieran y disponer de sus personas y sus bienes según les parezca, con la única restricción de causar daño a otro en cuanto a su vida, salud, libertad o



posiciones. De hecho, Shuker y Newman<sup>18</sup> afirman, al respecto de los diferentes casos con más renombre del Reino Unido, que los pacientes reclamaban que sus derechos humanos más básicos estaban siendo negados si los médicos no podían asistir su muerte cuando ellos en un futuro, al estar discapacitados hasta el punto de no poder llevar el acto a cabo por sí mismos, lo solicitaran.

Si se traslada esta idea al ámbito sanitario, entran en juego los 4 principios de la bioética formulados por Beauchamp y Childress que buscan conseguir un método sistemático de reflexión que permita elegir una solución correcta ante un dilema bioético<sup>12</sup>.

En el contexto sanitario español, como bien se ha mencionado antes, la muerte asistida no está permitida. Esto es contraproducente a los principios bioéticos cuando un paciente la solicita puesto que ya no se estaría respetando la decisión que el propio paciente en sus plenas capacidades ha tomado, no respetando entonces el principio de autonomía<sup>12</sup>, prolongando su sufrimiento y quebrantando así dos principios más como son el de beneficencia y el de no maleficencia. Pero hay que tener en cuenta que el clínico no puede incumplir la legislación vigente y no siempre los deseos de un paciente, aun estando fundamentados en principios bioéticos, se ajustan a la norma y esta norma no puede ser contravenida.

Haciendo de nuevo referencia a Rodríguez Soriano<sup>17</sup> la eutanasia y el suicidio asistido son fenómenos que pertenecen a un contexto de atención médica, entonces debería ser total decisión de los pacientes (teniendo en cuenta que son libres y que gozan de plena capacidad mental) cuándo poder poner fin a su vida, siempre y cuando el paciente esté sufriendo y la medicina ya no pueda hacer nada más para aliviar su sufrimiento.

El problema sin embargo es que, además de la política, el propio campo de la medicina es el que se opone a aceptar la muerte asistida según el artículo de Karsoho et al.<sup>19</sup>, quienes defienden que la medicina curativa es cómplice en la producción de sufrimiento en el final de vida. Incluso afirman que el imperativo moral de los médicos paternalistas que rechazan la muerte es el contexto cultural actual en el que se encuentra la medicina. Karsoho et al.<sup>19</sup> realizaron un estudio cualitativo para poder encontrar un caso crítico relacionado con sufrimiento sin posibilidad de alivio, secundario a enfermedad para poder generalizar con

respecto a la teoría actual relacionada con la eutanasia y el suicidio asistido. Tras un proceso de selección fueron 42 las entrevistas seleccionadas para realizar el estudio. En la entrevista se formaron dos facciones; una de ellas incluía a todas aquellas personas que estaban a favor de la legalización de la muerte asistida y la segunda facción, opuesta a la anterior, y constituida por los oponentes a las citadas prácticas. Los resultados mostraron que entre los partidarios, la expresión de sufrimiento era la más común, y que mientras las personas demandantes y los laicos que hablaban de su propia enfermedad o de lo que vivieron cuando vieron a sus familiares morir lo hacían usando adjetivos tales como “horrorífico, desgarrador y tortuoso”, los médicos hablaban de su experiencia profesional tratando con pacientes con un sufrimiento intratable. Teóricamente los cuidados paliativos tratan de ofrecer una atención de calidad a todos aquellos pacientes sometidos a un proceso irreversible (no sólo oncológicos), proporcionándoles una muerte digna, sin dolor, en su ambiente familiar<sup>3</sup>, pero ¿qué cuidados le ofreces a un paciente al que ni si quiera los cuidados paliativos alivian, o lo que es peor, a un paciente al que los cuidados paliativos le provocan desear el fin de su vida con más fervor?

Esto es lo que los participantes del estudio de Karsoho et al.<sup>19</sup>, defendían; explicando que la mayoría de los síntomas derivados del cuidado paliativo a menudo pueden hacer que una persona considere ponerle fin a su vida. Contra esta afirmación la facción de los oponentes argumentó que en los casos en los que el sufrimiento es intratable siempre está la opción de la sedación. En este mismo estudio se sugiere que en algunos casos la sedación paliativa podría estar siendo eficaz en reducir o eliminar los signos observables del sufrimiento mientras que en realidad el paciente podría estar sufriendo hasta la muerte. Uno de los médicos que participó en el estudio afirmaba que era absurdo que no estuviera permitido a los médicos ayudar a un paciente a ponerle fin a su vida pero que sí que estuviera permitido inducirles un coma y mantenerlo vivo en ese estado, categorizando este acto como una forma humillante de acabar con la vida de alguien que solo prolonga el sufrimiento de la familia que es la que ve al paciente en coma.

En Junio de 2017 se efectuó en Madrid un estudio de carácter transversal validado por expertos a una muestra de 425 personas para investigar los conocimientos y actitudes de la población frente a la etapa final de vida<sup>20</sup>. En dicho estudio se vio que por un lado al 91% de los participantes les gustaría decidir sobre sus cuidados al final de la vida y por otro lado con

respecto a la muerte asistida, un 54% de las personas encuestadas estaban a favor de legalizar la eutanasia y un 42% el suicidio asistido. Se contrastaron los datos con la tesis doctoral realizada por Clara Vega “*Actitud frente a la Eutanasia en España*”<sup>21</sup>, defendida en 1989 y se vio que se está produciendo un cambio en la opinión de los ciudadanos madrileños, puesto que en el estudio de Vega de 1.109 casos solo un 10% frente a un 55% aceptaba la eutanasia. En este mismo estudio de 2017 se realizó una relación entre los intervalos de edad y la solicitud de eutanasia y se vio que de las 425 personas que se escogieron para el estudio, 225 estaban a favor de solicitar la eutanasia si esta fuera legal. Destacamos que de estas 225 personas 117 se encontraban entre los 51-70 años; resultado que también observamos en los trabajos leídos y utilizados en esta revisión bibliográfica.

En esta misma línea, y acorde con los datos recogidos en los artículos obtenidos tras la búsqueda se puede apreciar que el 50% relacionan eutanasia y suicidio asistido género, la edad y/o la enfermedad. Otro dato que es necesario tener en cuenta es que, en los países en los que la muerte asistida está permitida, el género que más lo solicita es el masculino y las características de edad y enfermedad de las personas que lo solicitan son similares, destacando la enfermedad oncológica y las enfermedades neurodegenerativas como las situaciones patológicas que más acuerdo muestran con una solicitud de muerte asistida.

En su artículo, Karsoho et al.<sup>19</sup>, argumentan que las tecnologías que prolongan la vida han creado nuevas formas de morir y que su avance se debe al principio por el cual se rige la medicina convencional que es la creencia de que la vida se puede prolongar de forma más o menos indefinida a través de intervenciones médicas. A esta ideología se le denomina prolongevismo y defienden que esta ideología produce más daños que beneficios a las personas en el final de la vida. Acorde con este mismo artículo existen dos lógicas dominantes sobre el cuidado en el final de la vida: el camino de la “buena muerte” en medicina promovido por los profesionales que aplican los cuidados paliativos y por otro lado el camino de la medicina que está enfocado a salvar la vida, donde el tratamiento está dirigido a curar la enfermedad del paciente, queriendo resaltar con esto que al final el objetivo de prolongar la vida siempre va por delante de ofrecerle confort al paciente.

¿En qué momento cambió todo esto si en la Antigua Grecia la eutanasia estaba justificada en caso de enfermedad<sup>22</sup>?

Merino et al.<sup>22</sup> realizaron el análisis de 17 juramentos médicos y uno de los objetivos era averiguar qué es lo que se prohibía, si la eutanasia, el suicidio asistido o el asesinato. Se concluyó que no era posible determinar qué era exactamente lo que se prohibía y que algún otro juramento incluía frases que claramente se referían a la eutanasia activa y/o el suicidio asistido.

*“I will not give poison to anyone though asked to do so, nor will I suggest such a plan<sup>22</sup>”*  
Traducido al castellano, esto significa: *“No daré a nadie aunque me lo pida ningún fármaco mortal aunque me lo pida, ni haré tal sugerencia”*.

Como bien concluyen en su artículo Merino et al., no se puede determinar exactamente qué es lo que el juramento prohíbe, dejando esto entonces a la libre interpretación del lector. ¿Qué es entonces lo que hace que los médicos se aferren tanto a la vida de un paciente cuando es él mismo el que desea ponerle fin?

Uno de los médicos entrevistados por Karsoho et al.<sup>19</sup>, que estaba a favor de la muerte asistida, argumentaba que en su opinión esto ocurre porque el gremio de la medicina aún no asimila que la muerte es un hecho inevitable para todos.

Según Parreiras Reis de Castro et al.<sup>16</sup> en 2013, cuando se legalizó el suicidio asistido en Vermont muchos hospitales se negaron a implementar la ley que lo regulaba declarando que no estaban listos para hacerlo. Esto refuerza la idea que Karsoho et al.<sup>19</sup>, quienes en su artículo promueven que los médicos deberían crear lazos empáticos con los pacientes, ya que son los máximos responsables de las decisiones que tienen un papel importante en la calidad de vida de los pacientes de modo que si hablar de la muerte se volviese algo natural no se opondrían tanto a ello. Sin embargo el problema potencial es que los médicos o más bien las personas en general, por causas sociales y políticas, han olvidado que morir es algo natural que forma parte del ciclo de la vida<sup>2</sup> y la consecuencia de esto es que vivir se ha convertido en una obligación, perdiendo importancia la libertad y la dignidad humanas<sup>17</sup>.

## **7. Conclusiones.**

En base a la literatura, se puede apreciar que a pesar de que la eutanasia y el suicidio asistido siguen siendo un tema muy polémico, se están comenzando a contemplar pequeños cambios significativos en el pensamiento cotidiano.

En relación al objetivo general establecido en este Trabajo Final de Grado, se ha observado que en cuanto a identificar estudios que traten sobre la eutanasia y suicidio asistido, sí que hay estudios relacionados con dichos ítems.

En cuanto a los objetivos específicos se refiere se ha observado que:

- De los 6 artículos encontrados en la búsqueda todos diferencian la eutanasia del suicidio asistido.
- En cuanto a la aceptación legal solo 2 artículos tratan de la aceptación legal de la eutanasia y el suicidio asistido y son aquellos en los que se describen a los países en los que su práctica sí que esta aceptada.
- Son 3 los artículos que ven la eutanasia como una buena herramienta a la hora de ayudar al paciente a morir de forma digna pero tras una comparación de qué tipo de muerte asistida está aceptada (o cuál se pondría en práctica en caso de estarlo) en cada estado (en cuanto a EEUU se refiere) y en cada país, se puede apreciar que el suicidio asistido está por encima de la eutanasia. Se podría decir que esto guarda relación con la poca aceptación de la muerte asistida por parte de los médicos.
- Finalmente con respecto al último objetivo específico de este trabajo, se puede apreciar que el 50% de los artículos guardan relación con el género, la edad y/o la enfermedad y que es el género masculino, en un intervalo de edad que va desde los 60 a los 80 años y con cáncer el perfil de paciente que más solicita la muerte asistida en los países occidentales.

## **8. Limitaciones.**

En la presente revisión integradora en la relación a la eutanasia y el suicidio asistido es importante considerar las diferentes limitaciones.

En primer lugar, una de las mayores limitaciones ha sido la propia selección de los artículos, debido a que el tema escogido para este trabajo implica disciplinas diferentes a la enfermería y varios de los artículos se desviaban del tema de interés. Otra de las limitaciones es que así mismo, la muerte asistida guarda estrecha relación con los cuidados paliativos y varios artículos tuvieron que ser descartados por desviarse del tema central.

Por otro lado ha habido muchos estudios relevantes que han tenido que ser descartados por su carácter privado o de pago y que prácticamente la mitad de los trabajos seleccionados carecían de una metodología lo que, a pesar de aportar información, nos hace dudar de su calidad.

## **Referencias bibliográficas.**

1. Celma AG, Strasser G. El proceso de muerte y la enfermería: un enfoque relacional. Reflexiones teóricas en torno a la atención frente a la muerte. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2015; 25(2): 485-500. [Consultado 13 Mar 2018] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000200009>
2. Mejía A, Valderrama A. La muerte en la sociedad moderna [Internet]. Valencia: Revista Dharma [Consultado 12 Feb 2018]. Disponible en: <http://www.revistadharm.com/potala3.htm>
3. Buigues Mengual F, Torres Pérez J, Mas Sesé G, Femenía Pérez M, Baydal Cardona R. Paciente terminal. Guía de Actuación Clínica en Atención Primaria SECPAL [Internet]. 2010. [Consultado 12 Feb 2018]. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap027terminal.pdf>
4. Betancourt Betancourt G de J, Betancourt Reyes GL. Muerte digna y adecuación del esfuerzo terapéutico. *Med* [Internet]. 2017; 24(1): 53-65. [Consultado 12 Feb 2018]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2017/cmh171g.pdf>
5. Torres Acosta R. Glosario bioética [Manual en Internet]. UNESCO: Red bioética, 13 de Abril 2016. [Consultado 12 Feb 2018]. Disponible en: [http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/glosario\\_bioetica\\_completo\\_1\\_.pdf](http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/glosario_bioetica_completo_1_.pdf)
6. Hardwig J. Going to meet death. *The Art of Dying in the Early Part of the Twenty-First Century*. *The Hast Cent Rep* [Internet]. 2009; 39(4): 37-48 [Consultado 12 Feb 2018]. Disponible en: <http://web.utk.edu/~jhardwig/GoMeetDeath.pdf>
7. Generalitat Valenciana. Plan integral de cuidados paliativos de la Comunitat Valenciana 2010-2013 [Internet]. Comunidad Valenciana: Consellería de Sanitat 2010. [Consultado 13 Mar 2018]. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.2686-2010.pdf>

8. Fundació Víctor Grífols i Lucas. Los fines de la medicina [Internet]. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas [Internet] 2007. [Consultado 13 Mar 2018]. Disponible en: [http://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/10/fins\\_medicina.pdf](http://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/10/fins_medicina.pdf)
9. Muñoz Machado S. Diccionario del español jurídico [Internet]. Madrid: Real Academia Española (RAE); 27 Abr 2016 [Consultado 12 Feb 2018]. Disponible en: <http://dej.rae.es/#/entry-id/E152500>
10. La eutanasia perspectiva ética, jurídica y médica [Documento en Internet]. [Consultado 15 Feb 2018]. Disponible en: [http://eprints.ucm.es/11693/1/La\\_Eutanasia\\_perspectiva\\_etica\\_juridica\\_y\\_medica.pdf](http://eprints.ucm.es/11693/1/La_Eutanasia_perspectiva_etica_juridica_y_medica.pdf)
11. Gutiérrez-Samperio C. La bioética ante la muerte. Gac Méd Mex [Internet]. 2001; 137(3): 269-276. [Consultado 15 Feb 2018]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2001/gm013m.pdf>
12. Azulay A. Los principios bioéticos: ¿se aplican en situación de enfermedad terminal?. An Med Interna [Internet]. 2001; 18(2): 650-654. [Consultado 20 Mar 2018]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992001001200009&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992001001200009&script=sci_arttext&tlng=pt)
13. Cabello JB. 10 preguntas para ayudarte a entender una revisión [Internet]. Alicante: CASPe; 2005 [revisado 2 Feb 2016; Consultado 10 Abr 2018]. Disponible en: [http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla\\_revision.pdf?file=1&type=node&id=154&force](http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla_revision.pdf?file=1&type=node&id=154&force)
14. Cano Arana A, González Gil T, Cabello López JB. 10 preguntas para ayudarte a entender un estudio cualitativo [Internet]. Alicante: CASPe; 2010 [revisado 2 Feb 2016; Consultado 10 Abr 2018]. Disponible en: [http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla\\_cualitativa.pdf?file=1&type=node&id=147&force](http://www.redcaspe.org/system/tdf/materiales/plantilla_cualitativa.pdf?file=1&type=node&id=147&force)



15. Hutton B, Catalá-López F, Moher D. La extensión de la declaración PRISMA para revisiones sistemáticas que incorporan metaanálisis en red: PRISMA-NMA. Elsev [Internet] 2015. [consultado 29 Mar 2018] Disponible en: <http://www.prisma-statement.org/documents/Hutton%20NMA%20Spanish%20Medicina%20Clinica%202016.pdf>
16. Parreiras Reis de Castro M et al. Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática. Rev Bioét [Internet]. 2016; 24(2): 355-367. [Consultado 21 Mar 2018]. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422016000200355&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-80422016000200355&script=sci_arttext&tlng=es)
17. Rodríguez RI. Elementos políticos para el debate sobre los dilemas éticos del suicidio medicamento asistido y de la eutanasia. Rev Cienc Salud [Internet]. 2015; 13(3): 465-479. [Consultado 21 Mar 2018]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1692-72732015000300010&lang=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732015000300010&lang=pt)
18. Shuker K, Newman P. End of life care. Cont Edu in Anaest Crit Care & Pain [Internet]. 2015; 15(2): 73-77. [Consultado 29 Mar 2018]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743181617300057>
19. Karsoho H, Fishman JR, Wright DK, Macdonald ME. Suffering and medicalization at the end of life. The case of physician-assisted dying. Soc Sci Med [Internet]. 2016; 170: 188-196. [Consultado 21 Mar 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27821302>
20. Ortiz Gonçalves B, Albarrán Juan E, Labajo González E, Santiago Sáez A, Perea Pérez B. Decisiones al final de la vida: resultados del cuestionario validado por expertos. Gac Sanit [Internet] 2017. [Artículo en prensa]. [Consultado 21 Mar 2018]. Disponible en: [https://ac.els-cdn.com/S0213911117303138/1-s2.0-S0213911117303138-main.pdf?\\_tid=9d50d65e-6bc1-4519-ac25-4caa32737074&acdnat=1521759355\\_42dc771a7acefc9f6fbfad85802e315e](https://ac.els-cdn.com/S0213911117303138/1-s2.0-S0213911117303138-main.pdf?_tid=9d50d65e-6bc1-4519-ac25-4caa32737074&acdnat=1521759355_42dc771a7acefc9f6fbfad85802e315e)
21. Vega C. Actitud frente a la eutanasia en España (tesis doctoral). Madrid: Universidad Complutense; 1989. [Consultado 10 Mar 2018]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=142060>

22. Merino S, Aruanno ME, Gelpi RJ, Rancich AM. “The prohibition of euthanasia” and medical oaths of hippocratic stemma. *Acta bioeth* [Internet]. 2017; 23(1): 171-178. [Consultado 2 Mar 2018]. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2017000100171&lang=pt](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2017000100171&lang=pt)

