

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD IZTAPALAPA

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA SOCIAL

*ESTUDIO DE ACTITUDES DE PERSONAL MÉDICO Y DE
ENFERMERÍA HACÍA LA APLICACIÓN DE LA
EUTANASIA.*

TESISTA

LOURDES YOLOXOCHITL SALAS SALMERÓN

ASESOR

FERNANDO ORTIZ LACHICA



LECTORES

ALICIA SALDIVAR GARDUÑO

CARLOS CONTRERAS IBAÑEZ

FEBRERO DEL 2004

INDICE

INTRODUCCIÓN	
1. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LA EUTANASIA	4
2. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA EUTANASIA	9
3. LEGISLACIÓN DE LA EUTANASIA EN EL MUNDO	16
3.1 <i>EUROPA</i>	16
3.2 <i>AUSTRALIA</i>	21
3.3 <i>AMÉRICA DEL NORTE</i>	22
3.4 <i>AMÉRICA LATINA</i>	24
4. MODELO DE CONDUCTA PLANEADA	34
5. MÉTODO	41
6. RESULTADOS	44
6.1 <i>ESCALAS</i>	44
6.2 <i>DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS CON TRES OPCIONES</i>	46
6.3 <i>CORRELACIONES</i>	47
6.4 <i>DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS</i>	48
7. DISCUSIÓN	51
8. CONCLUSIONES	53
SEGUNDA PARTE	55
INTERVENCIÓN	56
REFERENCIAS	60
ANEXOS	63

INTRODUCCIÓN

Salvar, curar, aliviar y sanar al paciente enfermo han sido las funciones que tradicionalmente se le han asignado a los médicos; pero hay casos en que todo lo que se haga para cumplir con todos estos objetivos ocasiona la prolongación de sus dolores y sufrimientos psicológicos, físicos y existenciales, en tal compleja situación, ¿No será más conveniente provocar o establecer el advenimiento de la muerte?. Se trata del problema de la eutanasia. (Freyre, 1994)

Para poder morir de manera digna resulta necesario el haber sabido vivir también de manera digna. No podemos aspirar, en la hora de nuestra muerte, a lo que no hemos sabido cosechar en el transcurso de nuestra vida.

Se han censurado muchos de los procedimientos médicos actuales, acusados de evitar a los pacientes "morir dignamente". Hoy algunos consideran que se fallece de manera indigna cuando ocurre el deceso en una unidad de cuidados intensivos entre aparatos, tubos, enmascarados vestidos de verde y separados de sus seres queridos, pero también se puede morir sin dignidad, aislada y oscuramente en una sala general, porque en muchos casos se culpa de la pérdida de la dignidad a la enfermedad y no sólo a él médico, a menos que este ordene de manera irreflexiva determinadas conductas que lleven al paciente a estas difíciles situaciones.(Castro, Magaña y Torres, 2000)

Recientemente se ha hablado mucho de la aceptación, aplicación y legalización de la eutanasia en distintos países del mundo, y esto ha causado revuelo en todos los ámbitos, tanto políticos, éticos, morales, religiosos, como jurídicos en distintos países del mundo, no solo en los que se ha legalizado o aceptado algún tipo de eutanasia.

Precisamente por ser México un país con tradiciones tan arraigadas, referentes a la muerte, en las que se mezcla un profundo respeto, el misticismo y a la vez la irreverencia con la que recibimos y celebramos a la muerte, se decidió hacer

este estudio para saber cuales son las opiniones y/o actitudes del personal médico y de enfermería con respecto a la aplicación de la eutanasia en enfermos terminales y si existen factores que de alguna manera influyan en los médicos y las enfermeras, tanto en la aceptación, pero sobre todo en la aplicación de la eutanasia, pues aunque parezca extraño este tema en especial en nuestro país todavía es una especie de tabú, pues no estamos acostumbrados a pensar en nuestra propia muerte y a ver a la muerte de otra persona como algo que a nosotros no va a pasarnos. La importancia que tiene la realización de este trabajo es para que nos podamos dar cuenta de lo que pasa en México con respecto a la aplicación de la eutanasia, pues aunque el tema sea controversial y no se tengan registros de ella, no quiere decir que no tenga importancia para los médicos

De tal forma que el presente trabajo esta formado de dos partes, la primera se refiere a todo lo relacionado con la propia investigación, es decir, los antecedentes históricos del tema, la situación actual mundial de la eutanasia, el modelo que se utilizo en esta investigación, la metodología y los resultados que obtuvieron; y consta de ocho capítulos. La segunda parte se refiere a la realización de una intervención grupal que se realizó posteriormente a la investigación manejando el tema de la eutanasia.

El primer capitulo se trata de una clasificación de los diferentes tipos que se reconocen de eutanasia en que consiste cada una.

El segundo capitulo trata sobre los antecedentes históricos de la eutanasia, desde las formas que utilizaban los pueblos primitivos, y los casos famosos de eutanasia en el mundo.

En el capitulo tercero se habla acerca de la legislación de la eutanasia a nivel mundial, no solo en materia legal, sino también religiosa, social, cultural, ética y médica.

El cuarto capitulo se trata sobre el Modelo de Conducta Planeada, aplicado al estudio de actitudes de personal médico y de enfermería hacia la aplicación de

la eutanasia, dicho modelo consta de de varios componentes como son: la actitud, la norma subjetiva, el control, la intención y la acción; cuyas definición es de cada uno de estos componentes se describen ampliamente en el capítulo. También se menciona que para la utilización de este modelo en este tema, sólo se utilizo hasta la parte de la intención, pues evidentemente la acción, es decir la aplicación de la eutanasia en México no se puede medir debido a su prohibición y penalización. Algo importante de este capítulo, lo es también los objetivos, las hipótesis, las variables, y todos aquellos elementos que se tomaron en cuenta para la realización de la investigación

El quinto capítulo explica las características de los participantes en este trabajo, así como de los diferentes instrumentos que se emplearon y la manera en que fueron utilizados. Así como lo que se hizo para realizar la investigación, desde como se solicitaron permisos en diferentes hospitales tanto del Distrito Federal como del Estado de México, hasta la aplicación de los cuestionarios y el análisis estadístico que se aplico a la información de los cuestionarios

El capítulo sexto habla sobre los procedimientos estadísticos que se realizaron y los resultados que surgieron a partir de los mismos procedimientos.

El séptimo capítulo es la interpretación de los resultados estadísticos a una forma más psicosocial sobre el tema, se menciona si las variables que tomamos en cuenta como el sexo, la edad, el estado civil, la religión o la actividad determinan de alguna manera que las personas estén a favor o en contra de la aplicación de la eutanasia.

El octavo es propiamente el de las conclusiones, donde se concluye que en general las personas están a favor de la aplicación de la eutanasia, pero que ellos no la aplicarían, consideran que esto le corresponde hacerlo a alguien capacitado para ello, por ejemplo los anesthesiólogos.

La segunda parte trata sobre la intervención que se hizo con estudiantes de último año de enfermería a nivel técnico en una escuela del municipio de Texcoco en el Estado de México y de lo que sucedió en dicha intervención.

1. DEFINICION Y CLASIFICACIÓN DE LA EUTANASIA

La palabra eutanasia fue creada en el siglo XVII por Francisco Bacon y está compuesto por dos vocablos:

Eutanasia del Griego Ευ(EU)= Buena y Τηατσσ(Thanatos)=Muerte. Significa por sus raíces “buena muerte”.

El canciller de Inglaterra (Bacon) quería que el final de la vida se acepte por la razón y que el arte aplique todos los recursos para lograrlo (Jiménez ,2001)

“La diversidad de las formas de eutanasia es una respuesta al mosaico de padecimientos y circunstancias que se enfrentan al final de la vida. Además cada enfermo padece y responde a la misma proximidad de la muerte de manera distinta” (Kraus,1999)

El termino eutanasia, que se ha impuesto en el lenguaje especializado y popular, conlleva una notable carga de ambigüedad que permite entender, bajo el mismo concepto cosas distintas y hasta contrarias y al mismo tiempo, da lugar a actitudes y usos contrapuestos.

Para que el lector comprenda más el significado de la eutanasia y no sólo se quede con la definición ambigua y por lo mismo se forme un juicio erróneo de esta, es que presentamos aquí la clasificación que *La Task Force on Assisted Suicide Organization* hace de la eutanasia.

Eutanasia Activa Voluntaria: Esta se da cuando una persona que se encuentra en una situación inminente de muerte por una enfermedad terminal, y después de una meditación profunda sobre las posibilidades reales de curación decide libremente y bajo ninguna presión, el que él medico en cuestión, o cualquier persona que este capacitada para ello, le ayude a “bien morir, es decir, decide acortar su agonía inevitable y acelerar su muerte, lo cual puede ser mediante el uso de una droga letal que puede ser aplicada vía oral o

inyectada. Y al menos en Holanda la definición implica que sea un médico quien aplique la droga, si no, no es eutanasia.

Eutanasia Pasiva Voluntaria o Adistanasia: Este tipo de eutanasia es la única aceptada por la Iglesia Católica, Apostólica y Romana. Se refiere a la posibilidad que tiene el paciente de no aceptar un tratamiento al que debe someterse cuando tiene una enfermedad terminal.

Lo anterior también es aceptado por la legislación mexicana, ya que según los legisladores no se puede obligar a nadie a recibir un tratamiento que no quiere que se le aplique

Eutanasia Activa Involuntaria: Este tipo de eutanasia se da cuando el paciente pide expresamente que no se le ayude a morir y, sin embargo, no se respeta su voluntad y se le ayuda a morir, es decir se actúa en contra de la voluntad del paciente. Esto también aplica para la llamada **Eutanasia Pasiva Involuntaria**, la cual es similar a la activa, pues en ambos casos no se respeta la voluntad del paciente.

Eutanasia No Voluntaria: Este tipo de eutanasia es sumamente compleja, y por lo mismo muy delicada. Incorre en que el paciente no puede expresar su voluntad para recibir o no un tratamiento pues este ha perdido la capacidad de hacerlo por sí mismo y es otra persona quien decide por él.

Valga el siguiente ejemplo: En el periódico AM de la Ciudad de León Guanajuato se publicó el Lunes 3 de marzo de 1997, un reportaje titulado “Se repite la historia. Agoniza el pequeño Adad”, el cual transcribimos literalmente:

<De nueva cuenta, la historia se repite. Es una historia de sangre. pero no la que derrama en las batallas y se convierte en el hilo conductor de la historia, tampoco es un relato de crímenes o accidentes. Es una historia de una sangre potencialmente capaz de dar vida, pero a la que se le ha negado hasta la esperanza.

Es el último caso conocido en la sección de ginecopediatria del Seguro Social, agoniza lentamente el pequeño Adad de apenas 26 días de nacido.

A la prematurez de su nacimiento, se añade una septicemia grave y una anemia pertinaz. La incubadora que lo resguarda, puede ayudarlo en su problema de natalidad precoz, los antibióticos están combatiendo la infección, pero sólo una transfusión sanguínea puede darle los glóbulos rojos necesarios para salvarlo de la anemia. Sin embargo los papas de Adad son Testigos de Jehová, y se niegan terminantemente a que sea realizado cualquier tratamiento que implique el uso de la sangre ajena.

Adad es víctima de lo que los Testigos de Jehová llaman “Prerrogativa de Dios”, al referirse al uso de la sangre humana. La vida es sagrada, dicen, y la vida está en la sangre, por ello la sangre es también sagrada, y no corresponde a ningún ser humano el decidir sobre la utilización del fluido vivifico.

Los testigos de Jehová tienen una tarjetita llamada “Directriz Medica”, en la cual se puede leer lo siguiente; que “No se me hagan transfusiones de sangre. Doy esta directriz legal en ejercicio de mi derecho de aceptar o rehusar tratamiento médico en conformidad con mis muy arraigados valores y convicciones. Soy Testigo de Jehová y dispongo la anterior en obediencia a los mandatos bíblicos. Esta es y ha sido mi postura religiosa por años.”

En la tibieza de la incubadora, el pequeño Adad pierde cada minuto un pedacito de vida, aunque todavía no tiene su cartilla de “Directriz Medica”>.

Este es un ejemplo bastante claro de lo que es la Eutanasia No Voluntaria, y aunque no estamos de acuerdo con el enfoque que se le da, no podemos pedir que no se reconozca el derecho a no recibir tratamiento, y a que eso va íntimamente ligado a las creencias teológicas de las personas, campo en el que no podemos inmiscuirnos.(Gallegos y cols, 2000).

Eutanasia Eugénica o Eugenesia: En primer término tenemos que remitirnos a los orígenes etimológicos de la eugenesia. Esta palabra proviene de dos voces griegas *eu*: bueno y *génesis*: genes que ha dado nacimiento al verbo engendrar, por lo tanto, eugenesia significa “engendrar bien”, aplicándola al objeto en estudio, esta consistirá en el “perfeccionamiento de las cualidades del individuo aplicando las leyes biológicas”.

La eutanasia eúgenica es de las que menor aceptación ha tenido entre el círculo de investigadores, ya que tiene relación directa con las ideas Hitlerianas codificadas en el programa T4 de exterminio. Prosperado entre los años 1939 y 1945, las cuales como es sabido promovían la eliminación de todo aquel que no perteneciera a la raza aria, específicamente que no fueran alemanes, pues supuestamente estos eran una raza superior.

De la connotación anterior, podemos desprender que la eutanasia eugénica tiene como propósito fundamental el perfeccionamiento de la especie humana, aplicando para ello las leyes de la selección.

Eutanasia Económica: Es aquella en la que se le provoca la muerte a un ser humano que resulta ser una carga para su familia, el médico o la gente que lo rodea, el factor monetario es el que caracteriza a esta forma de eutanasia.

Eutanasia Legal: Se refiere principalmente a legislar, a consagrar en la ley alguna disposición penal que conceda al médico, a los familiares o a un tercero el derecho de decidir sobre el destino de un paciente en imposibilidad de externar su voluntad, como los enfermos en estado comatoso, sin que por ello tengan que sufrir pena alguna por la conducta realizada.

Al médico se le concede el derecho a opinar, a los familiares el derecho a decidir y a las autoridades la obligación de vigilar.

Eutanasia indirecta u Ortotanasia: Es aquella que se da cuando con el único fin de aminorar el dolor se suministran narcóticos y otras medicinas. Es una postura que trata de conocer y respetar el momento natural de la muerte de

cada persona, en su realidad y circunstancias concretas, sin adelantarlo o retrasarlo. No es simplemente dejar morir al enfermo. En este rubro cabe todo lo relacionado con cuidados paliativos y el manejo del dolor.

Distanasia: El prefijo griego *dis*: dificultad. Es lo opuesto a la eutanasia, es la practica que tiende a alejar lo más posible la muerte, prolongando inútilmente la vida del moribundo o su agonía, sin que importen sus sufrimientos físicos o morales, utilizando métodos heroicos, no obstante lo costoso que sean moral o económicamente hablando, se le conoce también como encarnecimiento terapéutico.

Suicidio Asistido: Radica en que una persona le proporciona al paciente, ante la imposibilidad de él mismo para adquirirlos, los elementos necesarios para que éste los utilice teniendo como fin la propia muerte. (Gallegos y cols,2000).

2. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA EUTANASIA

Aunque el vocablo eutanasia como tal fue creado y se empezó a utilizar a partir del siglo XVII, existen datos que indican que se practicaban diferentes actos para terminar con la vida de las personas por diferentes motivos, no necesariamente para aliviar el dolor por algún padecimiento.

También se cuenta lo que se hacía en los campos de concentración nazi, y con que fin se realizaban y finalmente lo que hasta hace algunos años se empezó a practicar ya propiamente como eutanasia.

Pueblos Primitivos

En los pueblos primitivos se aceptaba la costumbre de matar o abandonar a las personas muy ancianas o muy enfermas.

Los *Hottentotes* solían abandonar a sus padres muy ancianos entre matorrales. Algo similar acostumbraban los *laponos* en Noruega.

En la isla *Viti-Levu* se les estrangulaba sobre una sepultura abierta. Los *Bosquimanos* hacían que las fieras los devoraran. Entre los esquimales se practicaba una especie de eutanasia voluntaria, ya que a petición del anciano o del enfermo se les abandonaba tres días en un iglú herméticamente cerrado. Según el antiguo rito sabino o lacial, a los muy ancianos se les arrojaba al río.

En otros pueblos primitivos, los viejos, los enfermos y en general los débiles, eran sacrificados por los fuertes: así en las tribus de los Massagetas, Sarros, Eslavos y Escandinavos, los hijos mataban públicamente a sus padres ya decrepitos.(S/A)

Grecia

En Atenas el Senado podía otorgar el permiso para que una persona se eliminara a sí misma. En la Isla de Cea, cuando los habitantes habían llegado a los sesenta años se les asesinaba por medio de un veneno.

Entre los habitantes de Laconia existía la costumbre de matar a los niños maltrechos, a los decrepitos y a los ancianos, esto lo hacían igual que los antiguos y clásicos griegos: arrojándolos desde las alturas del Monte Taigeto

Roma.

En esta cultura existía una legislación muy severa expresada en la Ley de las XII Tablas o también conocida como Ley Decenviral ya que su elaboración estuvo a cargo de 10 magistrados quienes debido a su número fueron llamados Decenviros.

Dentro de este dodecálogo la ley numero IV dice: “Mate el padre al momento al hijo que naciere monstruoso”, “Sobre los hijos legítimos tenga el derecho de vida y muerte, así como la de venderles”.

Con esta reglamentación nos podemos dar cuenta que dentro de los romanos tenían una noción y aplicación de lo que hoy conocemos como Eutanasia Económica o eugenesia.

Aun más, recordemos que el Cesar tenía la posibilidad de abreviar la agonía de los gladiadores que participaban en el circo romano cuando las heridas que habían sufrido eran mortales.

Renacimiento y Medioevo.

En la edad media se hablaba de rematar por misericordia a los que caen gravemente heridos en el campo de batalla.

En su Suma Teológica, Santo Tomas de Aquino reprueba la eutanasia y el suicidio por tres razones:

1. Por ir contra el amor que el hombre se debe a sí mismo.
2. Por ir contra la sociedad y,
3. por ir contra el amor de Dios.

Las guerras, pestes y epidemias de la Edad Media inspiraron una profunda preocupación por el Arte del Bien Morir. Sin embargo con Tomas Moro y con Francis Bacon , surgieron nuevas visiones al respecto.

Tomas Moro, autor de "Utopía", canonizado por la iglesia Católica en 1935, escandalizó al mundo por admitir la eutanasia en el mismo:

"A los enfermos los tratan con grandes cuidados, sin pasar por alto medicamentos ni alimentos que puedan devolverles la salud. Les brindan compañía a los incurables, les dan conversación y, en una palabra, hacen cuanto pueden para aliviarlos de las enfermedades.

Si se trata de un mal que no tiene cura y que produce continuo dolor, convencen al paciente para que no desee alimentar por más tiempo su propio mal y corrupción; ya que su vida es tortura, no dude en morir, en librarse de una vida tal que es un tormento, procurándose la muerte o aceptando que otro se la dé; lo convencen y así actuara sabiamente, de que la muerte no será un mal, sino el fin de sus sufrimientos, y que siendo eso lo que aconsejan los sacerdotes, interpretes de la divina voluntad, hará una acción santa y devota.

Aquellos que son persuadidos se dejan morir de hambre o reciben la muerte mientras duermen, sin darse cuenta, pero a ninguno se le elimina contra su voluntad, ni dejan de brindarle sus cuidados, convencidos de que así actúan honradamente".(Gallegos y Cols,2000)

A Bacon se le atribuye el uso del término eutanasia con la acepción actual. Con ella no postula la muerte del enfermo, sino sólo la ayuda en el morir. Exhorta a los médicos a no aceptar el dolor como una fatalidad, sino a investigar métodos

que disminuyan los sufrimientos y hagan más benigno el último trance del moribundo. Bacón escribe al respecto:

“De nuevo para insistir un poco más: considero que la misión del médico no consiste sólo en restaurar la salud, sino también en mitigar los dolores y sufrimientos; y no únicamente cuando ese alivio pueda conducir a la curación, sino también cuando sin esperanza de recuperación, un partir de la vida sea más suave y tranquilo....” (Núñez, 2001)

Actualmente, en cambio, los médicos casi religiosamente, cuidan a los enfermos incurables, cuando a mi juicio, sino quieren faltar a su misión y al deber de humanidad, deberían aprender el arte de facilitar diligentemente una suave partida de esta vida. (Freyre, 1994)

Época Moderna

La eutanasia en los campos de concentración alemanes. El programa T4 de exterminio Nazi.

Al comenzar la guerra, Hitler ordenó matar a pacientes discapacitados considerados incurables. Comisiones especiales de médicos revisaban cuestionarios que habían sido completados por todos los hospitales estatales, y decidían si un paciente debía ser asesinado. Aquellos seleccionados eran entonces trasladados a seis instituciones en Alemania y Austria, donde cámaras de gas especialmente construidas eran usadas para matarlos. Después de una protesta pública en 1941, la dirección nazi con el programa eufemísticamente llamado programa t4 de eutanasia, asesinó en secreto, con inyecciones letales, píldoras y hambrunas forzadas a bebés, niños y otra víctimas.

El programa “eutanasia” contenía todos los elementos que más tarde iban a ser requeridos para el asesinato en masa de los judíos y gitanos europeos en campos de exterminio nazi: una decisión articulada para matar; personal

especialmente entrenado para matar usando gas y el uso de un lenguaje eufemístico como “eutanasia” que distanciaba psicológicamente los asesinos de sus víctimas, y escondía del público el carácter de los asesinatos. S/A

Época contemporánea.

El doctor Jack Kevorkian

Jack Kevorkian es un médico estadounidense que estudió medicina en la Universidad de Michigan. Ha dedicado buena parte de su vida a la propaganda a favor de la eutanasia y es el inventor de un aparato que bautizó con el nombre de “mercitron”, que es un dispositivo que permite el suicidio indoloro por inyección de sustancias letales bajo supervisión médica.

Tras la polémica muerte de Janet Adkins, Kevorkian fue procesado en 1991 por ayudarle a morir, aunque volvió a salir a la luz pública en 1993 al volver a hacer uso de su máquina y volvió a ser procesado, en un juicio del que fue absuelto del cargo de asistencia al suicidio. Actualmente Kevorkian ha ayudado a morir a aproximadamente 143 personas (Kevorkian,1993), citado en Gallegos y cols (2000)

“Kevorkian dice que actualmente se está escenificando una riña absurda en relación al suicidio asistido y la eutanasia. Las costumbres están cambiando rápidamente y la demanda y la necesidad de una eutanasia controlada y de un suicidio asistido, maduraron hace mucho tiempo y se están volviendo más fuertes.

Los políticos y los médicos deberían sentirse degradados por haber abjurado sus obligaciones en relación con la eutanasia. Deberían sentirse avergonzados de que los “profanos” se vean obligados a poner en marcha la campaña para un programa controlado de muerte planificada, y sólo esto es ético. Corresponde a la profesión médica determinar los detalles técnicos y de procedimiento, del mismo modo que sucede con cualquier otra de sus

complejas artes y ciencias. Y no se deberá olvidar que este nuevo servicio público debe estar disponible para todos aquellos que así lo soliciten, porque una eutanasia arbitrariamente selectiva, sería tan inmoral como la negación de la misma.” (Kevorkian,1993, citado en Gallegos y cols,2000)

Casos famosos de Eutanasia a lo largo de la historia.

Aunque es muy ambiguo hablar de casos de eutanasia, dada la diversidad de facetas con las que se presenta la misma, la historia ha estado plagada de casos famosos de eutanasia o suicidio asistido; algunos de los cuales han sido famosos por varias razones, por la importancia del sujeto, por el escándalo con el que se dio su caso, o por la trascendencia que tuvieron en su época.

En los últimos años se ha usado la palabra eutanasia en relación con una serie de casos. Se ha hablado de la eutanasia en torno de Karen A. Quinlan, la joven estadounidense en estado vegetativo, cuyos padres consiguieron, después de un largo proceso jurídico, que le pudiesen desconectar el respirador, sorpresivamente siguió respirando sola y vivió varios años más porque le seguían dando alimentación artificial (los padres eran católicos y solo pidieron que le quitaran el respirador.

Existen suicidios muy famosos, como el de Séneca, ferviente propagandista de la eutanasia, que llegó hasta el punto en que determinó que era indigno vivir cuando el emperador Nerón lo consideró fuera de su gracia.

Sócrates acusado de impiedad y de corromper a la juventud acepto resignado la muerte a que fue condenado, no porque fuese justa ni verdadera la acusación, sino por cumplir como buen ciudadano. S/A

Durante un viaje en barco en 1910, Mark Twain, el famoso novelista norteamericano sufría un dolor y unas molestias tan intensas debido a una enfermedad crónica del corazón, que pidió a su socio en los negocios que lo matara y pusiera fin a su sufrimiento.

Sigmund Freud se sometió a treinta y tres operaciones por un cáncer en la mandíbula y soportó 16 años de terribles dolores, antes de hacer que su médico personal llegara a un acuerdo previo, para poner fin a sus sufrimientos por medio de una sobredosis de morfina (Freyre,1994)

En 1936 la familia real Británica aprobó la eutanasia clandestina del Rey Jorge V, que estaba muriéndose de catarro bronquial y debilidad cardíaca del lado izquierdo, también padecía de graves trastornos de índole psicológico, al grado de que durante mucho tiempo, y debido a su gran violencia, se pensó que él era Jack el destripador. Su médico personal le inyectó dosis letales de morfina y cocaína para abreviar su muerte. S/A

3. LEGISLACIÓN DE LA EUTANASIA EN EL MUNDO

En los últimos años se han venido dando una serie de acciones referente a la legalización de la eutanasia a nivel mundial, aunque sólo algunos en algunos países se ha permitido la aplicación de la eutanasia bajo diferentes restricciones y especificaciones, aquí se muestran algunos casos países en los que esta permitida la aplicación de la eutanasia.

3.1EUROPA

Alemania.

Algunos casos de gran repercusión como el del cirujano Julius Hackethal, quien en 1984 admitiera haber proporcionado una sustancia letal a un enfermo de cáncer terminal decidido a suicidarse, dieron lugar a la iniciativa de un grupo de intelectuales, integrado por abogados penalistas y por médicos de distintas especialidades, por crear una ley que lo regulara. Este esfuerzo se cristalizó en el Proyecto Alternativo Sobre el hecho Medico Eutanasico y la Ayuda al suicidio de 1986.

En él artículo 214 se menciona lo siguiente:

El que no prosigue u omite medidas de conservación de la vida, no actúa antijurídicamente si el afectado se lo pide expresa y seriamente.

En la fracción segunda se prevé adistanasia: El que prosigue u omite medidas de conservación de la vida, no actúa antijurídicamente cuando el afectado, según el criterio medico ha perdido la conciencia de modo irreversible, o en el caso de un recién nacido con gravísimas deficiencias, no la alcanzará nunca.

El problema del consentimiento presunto, queda abarcado por la tercera premisa relevada para este análisis, cuando se prevé que no es antijurídica la interrupción del tratamiento en el caso de un paciente incapaz de expresar su voluntad, cuando pueda suponerse que, la duración y evolución de su estado de sufrimiento desesperado, en especial la inminencia de su muerte, rechazaría el tratamiento.

Se prescribe la justificación de la eutanasia activa indirecta: Quien, como médico o con autorización médica, adopta en enfermos moribundos, con su consentimiento expreso o tácito, medidas para el alivio de estados de dolor intensos, no remediables de otro modo, no actúa anti-jurídicamente, aunque así acelere la producción de la muerte como efecto secundario inevitable.

Se ha difundido en todo el país las “disposiciones del paciente”, es decir, formularios en los que el usuario del sistema hospitalario alemán, declara que no desea eventuales prolongaciones en su tratamiento, en caso de inconciencia irreversible. Se discute la validez de estos documentos, merced al carácter forzosamente diferido de su real entrada en vigencia.

Italia:

Un proyecto italiano presentado por un grupo de parlamentarios del 19 de diciembre de 1984, permite al médico abstenerse de mantener acciones terapéuticas ya iniciadas o iniciar nuevas contra la voluntad personal y conscientemente prestas por el afectado, cuando se trate de un enfermo en condiciones terminales (artículo I), sin que la interrupción del tratamiento implique la de los cuidados que no incidan directamente en el desenlace de la enfermedad y se orienten a aliviar los sufrimientos del enfermo.

El artículo 4 del proyecto señala concretamente a dos profesionales diferentes, de necesaria actuación: el que tenga a su cuidado al enfermo o accidentado, y un especialista en técnicas de reanimación debidamente autorizado por la institución sanitaria.

Si bien el proyecto se preocupa específicamente de los casos de adistanacia y eutanasia pasiva, su referencia al deber del medico actuante de mantener aquellos cuidados que no impliquen un directo acortamiento de la vida del enfermo accidentado, habla claramente de la inclusión de la eutanasia activa indirecta.

España:

En España no se ha legalizado la eutanasia como tal, pero se ha instituido una ley llamada "Testamento Vital". El testamento vital es un documento de voluntades anticipadas donde se puede establecer las atenciones sanitarias que uno desea al final de su vida, es algo que tiene que ver con los enfermos terminales y con la calidad de la muerte, pero también con muchas otras cosas, por ejemplo los derechos del enfermo a estar bien informado sobre su enfermedad, las unidades de dolor y los cuidados paliativos, la eutanasia **no** esta contemplada en el Testamento Vital, esta es ilegal.

Hay en España 3 comunidades autónomas que han regulado el testamento vital, Galicia, Extremadura, y Cataluña. En la comunidad de Madrid, sus órganos legislativos están estudiando el caso y el ayuntamiento de Vitoria ha abierto un registro municipal de testamentos vitales. Todo ello da muestra del interés que suscita el tema en las diferentes comunidades y ámbitos españoles.

La ley sobre el "testamento vital", aprobada el pasado 21 de diciembre del 2000 por el Parlamento de Cataluña, establece que cualquier ciudadano catalán podrá manifestar por anticipado qué tratamientos desea o no recibir en caso de incapacidad para prestar consentimiento. Algunos grupos políticos, partidarios de legalizar la eutanasia, interpretan la nueva disposición como un primer paso en esa dirección. Otros lo niegan.

Gran Bretaña

Glanville Williams se dio cuenta que el proyecto eutanásico inglés llevaba demasiadas formalidades al cuarto del enfermo y destruía la relación médico-paciente, y por lo tanto, propuso una fórmula sencilla: que los médicos no fueran considerados culpables si intencionalmente aceleraran la muerte de un paciente gravemente enfermo, a no ser que se probara que la acción no procediera de buena fe y fuera ejecutada sin el consentimiento del paciente.

Este plan asumido por la Sociedad Eutanásica Inglesa consagraba los términos “paciente calificado” e “irremediable condición”. Los requisitos son:

1. Enfermedad física en casos incurables y terminales.
2. Dolorosa afección física que ocasione al paciente serio daño o incapacidad permanente o severa aflicción.
3. Daño cerebral físico que ocasione grave deficiencia de las facultades mentales normales.

El “paciente calificado” debe ser considerado por dos médicos y certificado por escrito. Hecha esta aclaración no se llevara a efecto la eutanasia sino pasado de mes, a no ser que sea revocada.

A nadie que se oponga a esta práctica se le puede pedir que administre o le sea administrada la eutanasia.

El proyecto fue rechazado por el 60% de los componentes de la cámara de los Lores. De nuevo en 1970 fue rechazado otro anteproyecto de ley porque presentaba una figura más: suicidio por poder. La oposición mayor venía del campo médico y religioso.

El 4 de febrero de 1993, la Cámara de los Lores decidió autorizar la adistancia respecto de Tony Bland, un joven de 21 años de edad que desde 1989 se

mantenía en estado vegetativo, tras haber sido aplastado literalmente por una avalancha de público en un estadio de fútbol en Hillsborough.

La resolución causó gran expectativa, al momento de adoptarse, habían otros 20 casos similares a los de Bland, posibles de análogo tratamiento oficial.

Suiza.

En Suiza es legal el suicidio asistido (por médico o no médico) y por eso ahora están viajando enfermos terminales de otros países (como Inglaterra) para morir ahí con ayuda.

Holanda

A partir del 1ro de enero del 2002, entra oficialmente en vigor la ley de eutanasia en Holanda. Con ello Holanda se convierte en el primer país que, en ciertos casos, permite la eutanasia.

En la práctica, desde los años ochenta los médicos la practicaban, aunque constituía un acto punible, es decir que merecía castigo. Sin embargo, siempre que se observara estrictamente ciertos criterios y se notificara a una comisión especial, el médico involucrado no era condenado.

Con la introducción de la nueva ley, llamada "Prueba de petición de terminación de la vida", la eutanasia no es punible en todos los casos, si el médico respeta todos los criterios, puede aplicar la eutanasia.

En casos de sufrimiento insoportable y cuando se carece de perspectivas de vida, un paciente puede, tras profunda reflexión, solicitar ayuda para poner fin a su vida, si el médico de cabecera no puede ofrecer alternativas, debe consultar la opinión de otro facultativo. Si este considera la eutanasia como una solución aceptable, el primero puede proceder a aplicarla. Posteriormente, la comisión especial verifica que se haya observado debidamente el procedimiento.

Sin embargo, hay espacio para ciertas dudas, por ejemplo ¿Cuando se carece de perspectivas?, ¿Qué es sufrimiento insoportable?, ¿Es esto aplicable también a personas que sufren enfermedades psíquicas, o a ancianos que no desean vivir más?.

El año pasado, el tribunal de Ámsterdam consideró inaplicable la eutanasia a ancianos que, si bien gozan de buena salud física, no desean vivir. En el caso del ex senador Brongersma, de 86 años, quien consideraba que “ya había acabado de vivir”, el tribunal declaró culpable al médico que lo asistió, pero no lo condenó porque había cumplido con todos los requisitos (Tiggeloven 2002)

3.2 Australia.

En 1988, el Estado australiano de Victoria se convirtió en la primera jurisdicción anglo-parlante en legalizar el "suicidio asistido". Las partes de la ley que autorizaban a un apoderado para tomar las decisiones de vida o muerte por un incapacitado fueron rechazadas por el Parlamento, pero serán consideradas de nuevo.

El 1 de julio de 1996 fue puesta en marcha una ley llamada “Los Derechos del Acto del Enfermo Terminal” que es básicamente parecida al Testamento vital que existe en España. Esta ley fue revocada en 1997 (solo duro unos meses)

Bob Dent de 66 años fue la primera persona en aprovechar la nueva ley. Se había trasladado al norte como misionero de una iglesia de Inglaterra (Episcopal Anglicana). Se llegó a desilusionar con la política dentro de la iglesia y la dejó.

Le diagnosticaron cáncer en 1991 y luego se convirtió al budismo. Escribió una carta en la que señala: si usted difiere con la eutanasia voluntaria, entonces no la use, pero por favor no me niegue el derecho. Dijo que ningún grupo religioso debería exigir que se comportara con sus reglas y aguantar el dolor intratable e

innecesario hasta que algún doctor en su omnisciencia decidiera que ya había tenido suficiente y aumentara la morfina hasta morir. En presencia de su esposa y el doctor, inicio el proceso con una inyección mortal de droga.

Un segundo enfermo terminal tuvo asistencia médica para morir el 7 de enero de 1997. Era Janet Milis de 52 años, que sufrió de una forma rara de cáncer de piel que ocasiona su desintegración. El decano anglicano de Sydney, Boak Jobbins, dijo esta muerte era otro día de vergüenza para Australia: claramente somos una nación que ha llegado al final de sus recursos... no tenemos más cosas para ofrecer al enfermo terminal, al anciano o al incapacitado fuera de una salida rápida con una aguja. (Serrano, 2000)

3.3 América del Norte

Estados Unidos.

Ya en los años 50, en Chicago, James Lebradica solicitó la eutanasia para su hija(había nacido sin brazos ni piernas). El diputado Morgan publicó un artículo en la "Revista de Derecho Penal" en el que se defendía con "argumentos jurídicos" estos casos de eutanasia. Sostenía que sería un enorme beneficio económico para el país si este se desembarazaba de los 15.000 incurables, que según él, gravaban inútilmente a la patria.

Un poco después en el Estado de Wisconsin, se presentó un proyecto bastante moderno y razonable, que más que de eutanasia, podría catalogarse como de Adistanacia, sin embargo también fue rechazado. El proyecto decía: Toda persona afectada por alguna enfermedad incurable y que padezca graves dolores y angustia tendrá derecho a morir con dignidad y rechazar el uso o aplicación, ya sea por médicos, practicantes o cualquier otra persona, de remedios destinados a prolongar su vida.

Con la legalización del aborto por la suprema corte de los Estados Unidos, el 22 de enero de 1973, muchos defensores de la eutanasia cobraron nuevos bríos en su empeño por legalizarla. Hasta 1975 se habrían presentado peticiones legales de legalización en 13 Estados de la Unión Americana: Iowa, Oregon, Pensylvania, Virginia, Rhode Island, Massachussets, Maryland, Illinois, Idaho, florida, Hawai, Delaware y Montana.

1939

La Legislatura de Nueva York rechazó una propuesta encaminada a legalizar la eutanasia en EE.UU.

1976

El Tribunal Supremo de New Jersey, puso las reglas en el caso de Karen Ann Quinlan, una paciente en estado comatoso. El Estado Judicial determino que ella tenía el derecho a través de su familia a negarse al tratamiento que la mantenía con vida

1991

Pasó al Congreso Americano la propuesta denominada el " Acto " de Libre determinación del Paciente, y en los hospitales se toman medidas para respetar los Testamentos Vitales.

1991

En el Estado de Washington la Iniciativa que legaliza la eutanasia voluntaria no es aceptada por la gente mediante votación.

1994

El estado de Oregon aprueba una ley para permitirles a los doctores prescribir drogas letales, pero una orden revoca la ley.

Finalmente en este estado (Oregon), esta permitido el suicidio médicamente asistido desde 1997

A partir del caso de Karen Ann Quinlan, 32 estados han sancionado y promulgado leyes sobre la facultad del paciente de controlar el alcance de las virtuales acciones terapéuticas a efectuarse en el futuro a su respecto. Una de las primeras expresiones de ese singular hecho socio-jurídico, tomada como antecedente por otras legislaturas estatales fue la Natural Death Act, acta de la muerte natural adoptada por California en 1976.

A su vez los testamentos vitales(living will acts) han recibido reconocimiento del gobierno federal desde enero de 1992. S/A

3.4 América Latina

En América Latina solamente en dos países esta permitida la aplicación de la eutanasia, estos son Uruguay y Colombia, a continuación se muestran las características que se deben cumplir en cada uno de estos países para la aplicación de la eutanasia.

Uruguay.

El código penal Uruguayo en su artículo 37 establece: Los jueces tienen la facultad de exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables, autor de un homicidio efectuado por móviles de piedad mediante súplicas reiteradas de la víctima, quedando abierta la posibilidad de la eutanasia.

En su artículo 44 expresa que: No es punible la lesión causada por el consentimiento del paciente salvo que ella tuviera por objeto sustraerlo al cumplimiento de una ley o inferir un daño a otro.

Colombia.

En 1997 la Corte Constitucional de Colombia declaró exequible (constitucional) el homicidio por piedad, pero creó una excepción, la cual consiste en que si

concurrerán dos condiciones a) consentimiento del sujeto pasivo y b) presencia de un profesional en medicina que propicie la muerte al paciente, no podrá deducirse responsabilidad penal a este último, es decir, se creó una causal de justificación especial para el delito citado.

En términos generales dentro del tema de la muerte digna pueden presentarse varios comportamientos, tales como: a) asistencia al suicidio (en donde un tercero le suministra los elementos al paciente para que este se de muerte a sí mismo; b) eutanasia activa (caso en donde un tercero da muerte al paciente con o sin su consentimiento, de ahí que se hable de voluntario e involuntaria y c) eutanasia pasiva (caso en el que se deja de practicar al paciente el tratamiento respectivo por imposibilidad de recuperación, la cual también puede ser voluntaria o involuntaria; (Lozano, s/a)

México.

El tema de la eutanasia en México es un tema muy difícil y controversial.

Los mexicanos estamos catalogados a nivel mundial como un pueblo que no le tiene miedo y mucho menos respeto a la muerte, todo esto por las tradiciones que se tienen en este país, pero lo cierto es que esta irreverencia ante la muerte surge por que no se trata de nuestra propia muerte, porque cuando se toca de cerca este tema o se presenta de cerca esta situación todo nuestro valor desaparece, nos desarma y nos llega a consumir irremediablemente, es decir es mucho más fácil ver a la muerte como algo presente pero que esta muy alejado de nosotros y que no puede tocarnos, aunque sabemos que esta ahí.

"El mexicano, obstinadamente cerrado ante el mundo y sus semejantes, ¿Se abre ante la muerte? La adula, la festeja, la cultiva, se abraza a ella, definitivamente y para siempre, pero no se entrega. Todo esta lejos del mexicano, todo le es extraño, y en primer termino, la muerte la extraña por excelencia. El mexicano no se entrega a la muerte, porque la entrega entraña

sacrificio. Y el sacrificio, a su vez, exige que alguien de y alguien reciba. Esto es, que alguien se abra y se encare a una realidad que lo trasciende. En un mundo intrascendente, cerrado sobre si mismo, la muerte mexicana no da ni recibe; se consume en sí misma y a sí misma se satisface. Así pues, nuestras relaciones con la muerte son íntimas -más íntimas, acaso, que las de cualquier otro pueblo - pero desnudas de significación y desprovistas de erotismo. La muerte mexicana es estéril, no engendra como la de aztecas y cristianos" (Paz,1950: 1996)

En México no se habla mucho de la eutanasia, se tiene conocimiento de ella, por los medios de comunicación y en general se tiene un concepto erróneo sobre esta (si es que se sabe acerca de ella), se piensa que se trata de asesinar a una persona que esta condenada a morir por una enfermedad incurable, este podría ser a grandes rasgos el concepto que muchas de las personas en México tienen acerca de la eutanasia.

La información que se tienen en México sobre la eutanasia es poca, por lo menos a la que se tiene acceso públicamente. En lo que se refiere a materia legal tanto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, como en el Código Penal Federal Mexicano, no hay referencias a la eutanasia en si, se puede encontrar algo que podría interpretarse como relativo a la eutanasia, pero aquí esta clasificado como homicidio o inducción al suicidio.

Constitución Política artículo 14 "nadie puede ser privado de la vida... sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos, en el que se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento y conforme a las leyes expedidas con anterioridad al hecho". Como se puede observar este artículo hace referencia a la conservación de la vida, así como al castigo para aquel que prive de las misma a otro individuo, pero no hace referencia para nada a la eutanasia

Referente al Código Penal Federal Mexicano la menciona de esta forma:

Capitulo III Reglas comunes para lesiones y homicidio.

Artículo 312: 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 él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años.

Artículo 313: Si el occiso o el suicida fuere menor de edad o padeciera alguna de las formas de enajenación mental, se aplicarán al homicida o instigador las sanciones señaladas al homicidio calificado o a las lesiones calificadas

En materia de salud recientemente ha sido puesta a consideración en el Palacio Legislativo de San Lázaro una iniciativa de decreto con miras a crear la **Ley de los Derechos de los enfermos Terminales e incurables y temas afines.**

La propuesta engloba los derechos que el enfermo terminal tiene o debería tener tales como:

- El derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz de manera tal que sea comprensible para el paciente, su familiar o apoderado legal, así como los tratamientos, acciones y/o cuidados paliativos pertinentes para su caso.
- Es derecho del enfermo terminal la expresión de su voluntad en cualquier momento, de forma verbal y escrita, respecto a los tratamientos tendientes a reanimar o a prolongar la vida (Testamento de Vida o Vital), así como a revocar o a anular totalmente dicho testamento en cualquier momento, sin responsabilidad alguna de ningún tipo.
- El planteamiento de la Terminación Voluntaria de la Vida, como un derecho del enfermo terminal, ante la ausencia de una legislación que le permita el derecho a decidir sobre el final de su vida.

Cabe aclarar que para la solicitud de la terminación voluntaria de la vida se deben cumplir ciertos requisitos como que el enfermo terminal este plenamente informado y conciente de su estado de salud, que este en uso razonable de sus

facultades mentales , ser mayor de edad, los menores deberán sujetarse a las disposiciones de quien ejerza su patria potestad

Desafortunadamente la iniciativa que presento el Diputado Pedro Miguel Rosaldo Salazar ante la Cámara de Diputados y la cual fue elaborada por el DR. Francisco Javier Mayer Rivera y colaboradores del Instituto Nacional de Cancerología fue lamentablemente mal interpretada como una propuesta de aplicación de eutanasia y rechazada. (Mayer, 2002)

En México existen dos asociaciones cuya finalidad es ayudar a él enfermo a bien morir, a morir con dignidad y a aceptar la muerte, así como ayudar a los familiares de estos.

La primera es El Instituto Mexicano de Tanatología (INMEXTAC 1994) y la otra es La Asociación Mexicana de Tanatología (AMTAC1998). Las dos son asociaciones civiles que más que estar relacionadas con la eutanasia propiamente están relacionados con la preparación para el bien morir, dando apoyo moral, psicológico y espiritual, tanto al enfermo terminal como a los familiares de este. Las dos tienen reconocimiento mundial.

En México si bien no existen casos registrados que se relacionen directa o propiamente con la eutanasia, no indica que no se den, de manera clandestina o encubierta, basta acercarse a los hospitales en México y ni que decir de todos los casos que no se registran en los hospitales por diversas circunstancias, una de ellas la económica y otra la ignorancia, o simplemente por la decisión de morir en su domicilio sin ningún apoyo de prolongación de la vida.

Los cuidados paliativos son otra medida para tratar el dolor y otros síntomas en enfermos terminales, pero nunca serán un sustituto de la eutanasia, si bien ayudan a muchos pacientes en fases avanzadas de la enfermedad, algunos otros síntomas estresantes no pueden ser controlados completamente con los mejores cuidados. Sin embargo es la calidad de vida, más que el dolor, la razón por la que el paciente solicita la ayuda para morir ¿Por qué tendremos

que forzar a algunos pacientes a vivir los últimos días o semanas de su vida en esas condiciones, no es indigno?. La eutanasia, ante todo es una elección personal (Rivera, 2001)

La postura católica a este respecto es la total y absoluta condena de la eutanasia, no sólo en México, sino a nivel mundial, ya que el discurso religioso se resume a que “Sólo Dios puede privarnos de la vida, porque él nos la dio y sólo él puede quitárnosla”.

Al condenar la reciente aprobación de la eutanasia en Holanda, convirtiéndose así en el primer país en dar este paso, el presbítero Francisco González recordó que con esta decisión se viola el quinto mandamiento, que es el de “no mataras”

La aprobación legal de la eutanasia, que igual que el aborto es un asesinato, refleja la “banalización extrema” en la que la sociedad ha caído frente a un valor fundamental de la existencia de la vida y la muerte, por lo que la iglesia condena totalmente esta practica, afirmo el secretario adjunto de la Conferencia del Episcopado Mexicano, Francisco González.

“Matar voluntariamente a un ser humano inocente es pecado, ya sea por homicidio, suicidio, eutanasia, violencia, guerra injusta o aborto, aunque el cadáver sea muy pequeño, dijo el presbítero, quien insistió en que el quinto mandamiento se refiere al respecto de la vida desde el momento de la concepción hasta su termino natural, porque los humano han sido amados por Dios, por haberlos hecho a su imagen y semejanza.

Dijo que la eutanasia, como el aborto, son pecados graves, porque en definitiva es matar a la persona aun cuando las realidades entre los países europeos como el caso de Holanda, y México son “totalmente distintas”, este es un llamado de alerta para todos los católicos y hombres de buena voluntad mexicanos a no perder el verdadero sentido de Dios y del respeto a lo más sagrado que nos dio, que es la vida”. (Nuñez, 2001)

Analizando la información que hasta el momento se ha recabado en este trabajo, podemos darnos cuenta que la eutanasia es un problema que trae consigo múltiples posturas, tanto a favor y en contra, y que involucra no solo a las personas que proponen su aplicación o a las que piden les sea aplicada, sino que llega hasta ámbitos políticos, que de ninguna manera es fácil decidir en algún caso que es lo mejor, pero también se ha visto que la mayoría de las personas no está de acuerdo, será porque no son quienes padecen de dolores, y que estos, los enfermos son quienes la solicitan desesperadamente por múltiples factores, uno de ellos, quizá el más poderoso, es el religioso.

Al hacer el análisis de la información que se ha recabado sobre la eutanasia, se ha podido ver que la mayoría de los países en los que se ha legalizado, son países industrializados. Pero que industrializados o no, lo cierto es que han generado polémica en muchos ámbitos, que van desde el social, moral, médico, llegando hasta el legal o jurídico, pasando por supuesto por el religioso, quienes son los que más han levantado la voz en protesta por este hecho

Algo muy importante que se ha observado es que la eutanasia ha sido legalizada con muchas reservas, no en todos los casos se ha legalizado la **eutanasia activa**, sólo en Holanda, (Activa voluntaria, bajo muchos requisitos), en países como Alemania, Australia, Italia, España, Colombia se ha autorizado la **eutanasia pasiva**, y/o el suicidio asistido, aunque parezca muy contradictorio, pues se cree (al menos en México), que los europeos son muy liberales y de mente abierta.

También se ha encontrado que al respecto los médicos son exonerados por practicar cualquiera de estos dos tipos de eutanasia, así mismo en los casos de eutanasia activa o pasiva, en los que el enfermo tenga plena conciencia de sus actos y de su situación, él mismo debe solicitar se le practique la eutanasia

La importancia que este tema tiene para la psicología es, a manera de ver de quien escribe, porque nos ayudara a entender y a dar a entender los procesos por los que pasa tanto el médico como el personal de enfermería, cuando se

encuentran ante la posibilidad de evitar o aliviar el dolor y sufrimiento de un enfermo terminal mediante la aplicación de la eutanasia.

En México la aplicación de la eutanasia como tal no cuenta con registros de ningún tipo para mostrar cifras o casos de aplicación de eutanasia. Pero esto no es indicador en ninguna forma de que no suceda.

En este estudio se tuvo la oportunidad de utilizar algunas cuestiones psicológicas que permitieron conocer la posición del personal médico y de enfermería ante el tema de la eutanasia y los factores que influyen para adoptar esa postura.

Algunos de los factores que influyen en la postura de una persona respecto al tema de la eutanasia son por ejemplo:

-La valoración de que tan bueno o malo es para ellos o para los propios pacientes la aplicación de la eutanasia, porque muchas veces para los médicos y las enfermeras depende de él caso de cada enfermo, el utilizar todos los medios posibles para evitar y/o aliviar el sufrimiento es lo más importante, no tanto por cuestiones de ética, sino que también por humanidad.

-Otro factor que determina una postura a favor o en contra de la eutanasia es “el que dirán de mis si se enteran”, es decir las personas también se conducen o actúan de acuerdo a como creen ellos que los ven los demás y lo que creen ellos que los demás opinan sobre sus acciones, el como sienten que son juzgados.

-El que tan capaces se sienten ellos de aplicar la eutanasia, el pesar en decir “Si, yo si lo haría” o “Jamás haría algo así”, en esta parte sobre todo entran en juego cuestiones importantes como la ética, la religión y lo penal, que la mayoría de las veces frenan la realización de alguna acción, pues, ¿A quien no le asusta ser sancionado sobre todo legalmente?

Con la cuestión religiosa nos referimos a “el castigo divino” que puede cernirse sobre nosotros si realizamos un acto que según la religión católica solo corresponde a Dios (cabe mencionar que esta religión es la que la mayoría de los mexicanos dice profesar, aunque no todos la practican).

La cuestión ética es una más de las que frena la aplicación de la eutanasia, y mucho más tratándose de personal médico y de enfermería, pues como bien se sabe su compromiso y prioridad es salvar, curar, aliviar y sanar al paciente enfermo, esto se logra muchas veces utilizando hasta el último recurso que ofrece la medicina.

-Finalmente la intención de llevar a cabo una acción o de realizar algo dependen en gran medida de las cuestiones anteriormente mencionadas como la crítica de los demás, el saber si soy capaz de hacer o no algo, el que tanto me beneficia el hacer alguna cosa o no, todo en su conjunto determina o mueve a las personas a realizar una acción.

En años recientes el tema de la legalización y/o permisión de aplicar la eutanasia, ha generado diferentes posturas, tanto a favor como en contra, desde distintos puntos de vista, que van desde el ético, médico, jurídico, y llegando hasta el moral y religioso. En muchos países aun no se termina la discusión, ni mucho menos se llega aun acuerdo sobre ¿En que casos se debe aplicar la eutanasia?, si ¿Solamente deben ser enfermos terminales o no?, ¿Bajo que condiciones el médico esta “autorizado” a la aplicación de la misma?, las condiciones o requisitos que debe de cumplir el enfermo antes de pedir le sea aplicada la eutanasia o le sea ayudado a morir.

Aunque en algunos países ya ha sido aprobada y/o legalizada algún tipo de eutanasia principalmente en Europa, esto ha sido bajo muchos criterios, legislaciones y circunstancias específicas, pues lejos de cumplirse lo que muchas veces se cree de los europeos, que son muy liberales, de ideas abiertas y permisivas, se ha observado que son más conservadores a este respecto, existen muchas organizaciones civiles y no civiles que se manifiestan abiertamente en contra de la aplicación de la eutanasia, simplemente en

Holanda los casos en los que se considera y/o se aplicó la eutanasia se reducen a un 3.4% de la población total.

El caso de México no es tan distinto del de Europa o los demás países pues aquí el debate sobre el tema también va desde el ético hasta el jurídico, pasando claro por el religioso y moral.

El interés por este tema poco a poco va en aumento dentro del sector salud y en materia penal, prueba de ello es que recientemente se ha lanzado una propuesta de carácter jurídico a nivel federal, (la cual desafortunadamente fue mal entendida), la cual fue elaborada por médicos que toman en cuenta varios aspectos y situaciones para que se realice algún tipo de eutanasia, dichas cuestiones se explican ampliamente dentro de este capítulo.

Es cierto que aun falta mucho por hacer, pero los primeros pasos se han dado y se esta dejando precedentes de que este tema es importante y que ya no se puede retrasar más el hablar abiertamente de él en este país.

Por tanto en este capítulo se concluye que este tema s es controversial y difícil, pues muchas de las veces no solo se trata de la decisión de un enfermo que desea terminar con su sufrimiento, sino que también se involucran personas que creen firmemente que lo que ellos defienden es lo correcto y lo mejor para la s personas, y esto obviamente no depende de que tan industrializado este el país o de la tradición, sino de cómo individualmente una persona quiera que sea y que llegue el final de su vida.

Lo único cierto aquí es que sea como sea el final de nuestra vida, este, es inevitable y se debe hacer lo mejor para que sea lo más placentero posible.

4. MODELO DE CONDUCTA PLANEADA

Nuestra época desecha la muerte. Perdimos los ritos y los oponemos a las resistencias culturales. Cosas simples como velar a un moribundo, en la paz de una habitación, han desaparecido. No se osa pronunciar la palabra muerte, ni se acepta ver morir a los allegados. Las personas cercanas hacen mal en romper el muro de silencio que los separa de aquellos que toman la ruta hacia el último puerto. No se encuentran las palabras justas, los gestos tranquilos, que podrían permitir a los desahuciados partir con mayor facilidad. Entonces, poco a poco, uno muere lejos de casa, en un hospital (Hennezel, 2001)

Para efectos de este trabajo se ha decidido utilizar el Modelo de Conducta Planeada. Se decidió trabajar con esta teoría porque se adecua al tema de investigación que se está tratando aquí.

Según Fishbein y Ajzen (1975) en su Teoría de Acción Razonada (TAR) varios factores anteceden y explican el comportamiento humano. Concretamente, esta teoría trata de explicar las conductas que están bajo control consciente de los individuos a partir de distintos determinantes que la preceden y la explican. Para estos autores el determinante inmediato de la conducta no es la actitud propiamente dicha, sino la intención de realizarla. A su vez, la intención de conducta tiene dos precursores que la explican; uno estrictamente individual, como es la actitud acerca de la conducta, y otro de carácter colectivo y social, que hace referencia al contexto socio-cultural del individuo, acuñado como norma subjetiva.

Tanto la actitud como la norma subjetiva están determinadas por otros factores que las anteceden, y que nos ayudan a comprender la conducta. Por lo que se refiere a la actitud, ésta viene determinada por cada una de las creencias que la persona posee hacia el objeto (sea cosa, persona o institución) y la evaluación positiva/negativa realizada hacia cada una de esas creencias. Esta evaluación es el componente afectivo de la actitud, determinando la motivación

y la fuerza de la intención de conducta. Se pueden poseer distintas creencias pero éstas, por sí solas, no conducen a la acción. Una evaluación alta de las mismas por parte de un individuo indica la importancia que tienen para él y el grado de compromiso con ellas

Las creencias varían en función de su origen; distintos procesos pueden intervenir en la formación de las mismas. Así, nos encontramos que las creencias pueden conformarse a partir de los siguientes procesos:

a) la experiencia directa con el objeto de actitud, a través de la cual se recoge información sobre las características de dicho objeto. Las actitudes conformadas a partir de este proceso poseen mayor fuerza y son más resistentes al cambio.

b) la experiencia indirecta con el objeto de actitud, a través de la cual se otorgan los mismos atributos a dicho objeto por la similitud que guarda con otros objetos con los que hemos tenido una experiencia directa previa. Las creencias configuradas a partir de este proceso se denominan creencias inferenciales.

c) La información que recogemos a partir de los otros, ya sean los medios de comunicación (mass-media), o fuentes más o menos directas, como la familia, amigos, etc. Dicha información va a ser aceptada como propia y real, siempre y cuando no se contradiga con las creencias conformadas a partir de la experiencia directa o indirecta. (Ajzen, 2002)

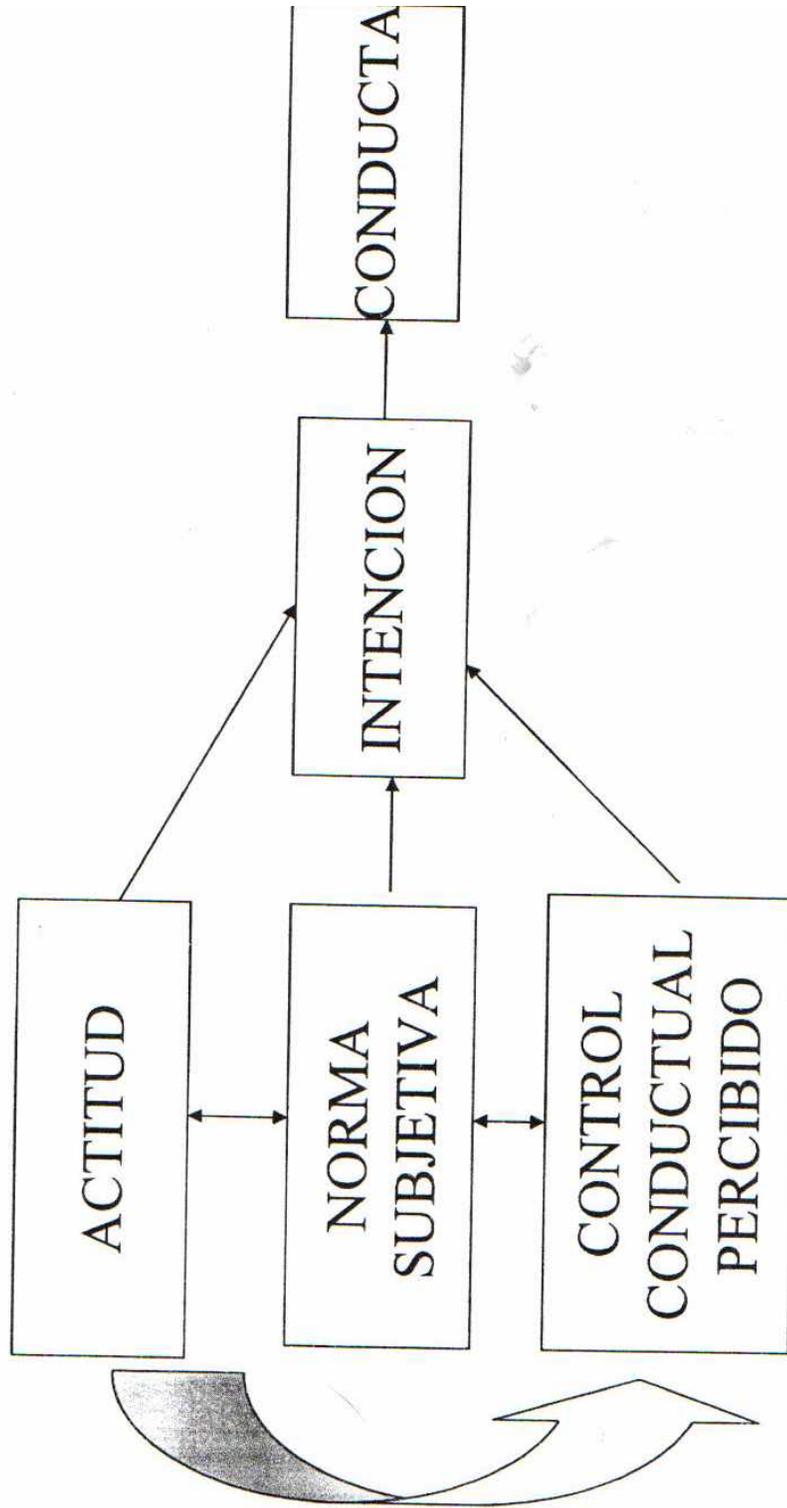
Por lo que se refiere a la norma subjetiva, ésta viene determinada, por un lado, por la percepción de las creencias que tienen las otras personas significativas acerca de la conducta que el individuo debe realizar y, por otro lado, por la motivación del individuo para satisfacer las expectativas que los otros significativos tienen sobre él.

Existen muchas situaciones en las que pueden surgir imprevistos, o en las que se necesitan ciertas habilidades o recursos por parte de los individuos que, en última instancia, podrían interferir en la intención de llevar a cabo una conducta. Este sesgo llevó a incluir un tercer determinante de la intención de conducta, el control percibido, recogido en la Teoría de la Conducta Planeada (TCP) que fue desarrollada a partir de la Teoría de Acción Razonada

Aunque se posea una actitud favorable hacia una conducta, la probabilidad de llevarla a cabo va a depender, entre otros factores, de la percepción de control por parte del individuo sobre su conducta. Así, la percepción de que puede llevar con éxito la conducta se basa en la creencia de control, sin la cual difícilmente se manifestará la conducta aunque poseamos una actitud muy favorable hacia ella.

Por tanto, a partir de este ejemplo, es posible observar que este tercer elemento incorporado a la TCP, la percepción de control, está conformado, tanto por variables internas (percepción de capacidad, habilidad de acción), como por variables externas (oportunidad de acción, obstáculos, tiempo, cooperación, etc.). La inclusión de este tercer determinante ayuda a mejorar el pronóstico de la conducta. El efecto de la percepción de control sobre la conducta puede ser directo o indirecto. Así, en primer lugar, ésta puede incidir en la intención de conducta modulando el efecto que los antecedentes comentados (actitud y norma subjetiva) tienen sobre la intención o puede incidir directamente en la intención de llevar a cabo una conducta sin considerar los antecedentes de dicha intención. En segundo lugar, la percepción de control es un factor independiente de predicción de la conducta. Así, pueden existir distintas situaciones en las que, a pesar de que exista intención de realizar determinada conducta, ésta no sea llevada a cabo porque algún tipo de obstáculo interfiere en la consecución de tal deseo. En estos casos se puede observar que la percepción de control actúa directamente sobre la conducta, modificándola o inhibiéndola. Esta teoría ha aportado amplia información al estudio del comportamiento humano, al constatar que no todas las conductas se hallan bajo control consciente. (Ajzen, 2002)

MODELO DE CONDUCTA PLANEADA



Precisamente se eligió este modelo, pues tomar la decisión de aliviar el dolor acelerando el proceso de morir, evitando una prolongada y dolorosa agonía, no es, de ninguna manera asunto fácil, aunque se analice detalle a detalle lo que aquí se propone.

Este modelo nos ayuda a predecir de cierta forma aquellos factores que son determinantes para que una persona realice la aplicación de la eutanasia en enfermos terminales, pero para efectos de esta investigación solamente utilizaremos hasta la parte de intención ya que la aplicación de la eutanasia propiamente en este país no se puede medir dada su prohibición.

Para la presente investigación solo se utilizó hasta la parte de intención, pues la parte de la conducta en sí, no se puede medir en el caso de México, pero si se tomaron en cuenta aspectos que van desde lo religioso hasta lo jurídico.

Es por esto que dentro de esta investigación se tomaron en cuenta los siguientes aspectos:

Planteamiento del problema:

¿Cuál es la actitud del personal médico y de enfermería ante la aplicación de la eutanasia en enfermos terminales?

Objetivos:

-Probar si el Modelo de Conducta planeada utilizado en el estudio de actitudes de personal médico y de enfermería hacia la aplicación de la eutanasia puede indicarnos la actitud que las personas tienen hacia este tema, el nivel de presión social que sienten, el control que ellos mismos perciben tener sobre este tema, y la intención que tienen ellos de aplicar la eutanasia.

-Saber si la aplicación de la eutanasia depende del sexo de la persona que atiende al enfermo.

-Probar si la religión que individualmente profesan tanto el personal médico, como de enfermería influye altamente en la decisión de aplicar o no la eutanasia a un paciente con enfermedad terminal.

-Saber cual de los dos grupos (personal médico o de enfermería), acepta más la aplicación de la eutanasia y cual de los dos se cree más capaz de aplicarla

-Saber que tanto influye en la aceptación y aplicación de la eutanasia el tratar o no con enfermos en fase terminal.

Hipótesis:

-El personal médico y de enfermería respectivamente tienen como prioridad el salvar la vida del paciente y prolongarla tanto como sea posible.

-Los médicos y las enfermeras no aceptan la eutanasia principalmente por que su función es curar a la gente.

El sexo es un factor religioso definitivamente influyente en la no aplicación de la eutanasia.

-El tratar con enfermos en fase terminal es un factor determinante para querer aplicar la eutanasia a este.

Variables:

•**ACTITUD.** Es la evaluación positiva o negativa que la persona hace de la realización de una acción. Está evaluación es el componente afectivo de la actitud, determinando la motivación y la fuerza de la intención de conducta.

•**NORMA SUBJETIVA.** Es la percepción de las creencias que tienen las otras personas significativas acerca de la conducta que el individuo debe realizar.

•**CONTROL PERCIBIDO.** Está conformado tanto por variables internas (percepción de capacidad, habilidad de acción), como por variables externas (oportunidad de acción, obstáculos, tiempo, cooperación, etc). La inclusión de este tercer determinante ayuda a mejorar el pronóstico de la conducta.

•**INTENCIÓN.** Determinación de la voluntad para realizar alguna actividad determinada.

Estas variables se midieron mediante un cuestionario compuesto de 36 reactivos y algunas más como el sexo, la religión, si trata o no con enfermos terminales, la actividad, el estado civil, etc.

5. MÉTODO

Para la realización de este trabajo, se recurrió a distintos hospitales tanto del Distrito Federal, como del Estado de México, estos fueron: el Hospital de enfermos crónicos “Gustavo Baz Prada” ubicado en Tepexpan Estado de México, El hospital “Juárez de México” ubicado en Av. Politécnico Nacional en el Distrito Federal, el Instituto Nacional de Cancerología ubicado en Av. San Fernando No. 22 Delegación Tlalpan, y algunas personas que se dedican a la practica privada.

El acercamiento a estas instituciones fue de una por una, solicitando los permisos correspondientes para la aplicación del cuestionario ante la autoridad competente de cada institución. A cada una de estas personas se le explicó en que consistía la investigación, los objetivos que se persiguen, el instrumento que se utilizó, una vez obtenidos los permisos, fuimos en la mayoría de las veces apoyados por personal del área de psicología y psiquiatría del mismo hospital quienes nos facilitaron el contacto con los médicos y las enfermeras e incluso el acceso a áreas en donde normalmente no cualquier persona tiene acceso, cabe destacar que esto fue una gran ayuda y nos abrió muchas puertas y facilidades para la realización de este trabajo.

La aplicación de los cuestionarios tanto con médicos y enfermeras fue personalmente y se les acompañó mientras contestaban el cuestionario por si surgían dudas de cómo contestarlo, en todos los casos se les explico que era lo que se pretendía y en que consistía el cuestionario, muchas veces las personas que nos guiaron por el hospital también nos facilitaron esta labor.

Posteriormente se utilizó el programa estadístico para computadora SPSS para hacer el análisis de los datos que se obtuvieron en los cuestionarios y obtener los resultados estadísticos.

La muestra utilizada para esta investigación esta compuesta por 137 personas que laboran en diferentes hospitales del Distrito Federal y del Estado de México que cumplen con ciertas características como son: que trataran con enfermos terminales o en áreas donde se trata a enfermos terminales. Obtuvimos 126 que tratan directamente con este tipo de pacientes y 6 que no lo hacen, la especialidad también es un factor muy importante que se tomo en cuenta, pues la investigación esta dirigida a personal médico y de enfermería y contamos con 74 médicos y 53 enfermeras, el tiempo que tiene tratando a estos enfermos varía desde los que tienen unas semanas hasta los que llevan ya 30 años tratando con este tipo de enfermos, así mismo también se tomaron en cuenta otros aspectos como el sexo, en donde encontramos 68 del sexo femenino y 51 del masculino, la edad promedio de los participantes es de 30.5 años y las edades van desde los 20 hasta los 72 años, el estado civil también se tomo en cuenta y obtuvimos 73 casados, 40 solteros y 8 en otra situación, la religión que profesan personalmente también fue solicitada y encontramos 119 católicos y 15 no católicos, la religión que profesa la familia de origen se tomo en cuenta, encontrando 124 católicos, 9 no católicos.

Para esta investigación se utilizó un cuestionario con escala tipo likert cuyos valores son los siguientes Totalmente de Acuerdo (1), de Acuerdo (2), Indiferente (3), en Desacuerdo (4) y Totalmente en Desacuerdo (5), este cuestionario esta compuesto por 36 reactivos y 10 variables más que ya mencionamos anteriormente como son la edad, el sexo, el estado civil, la especialidad, la religión personal, la religión de la familia, si trata o no con enfermos terminales, el tiempo que tiene tratando este tipo de pacientes, la ciudad de donde vienen y la institución en la que laboran.

Los 36 reactivos que propiamente componen el cuestionario se construyeron basados en los cuatro instrumentos que tomamos en cuenta del Modelo de Conducta Planeada, que son: la actitud, la norma subjetiva, el control y la intención, que ya han sido explicados ampliamente en que consisten con anterioridad, se trato que fueran el mismo número de reactivos para cada una de las escalas y que fueran tanto positivos como negativos, aunque en algunos casos fueron más que en otros. A la escala de actitud la componen 12

reactivos, la de norma subjetiva la componen también 12, la escala de control 6 y la de intención 6. La aplicación del cuestionario nos llevó aproximadamente 15 minutos por persona.

6. RESULTADOS

El cuestionario utilizado para esta investigación, como ya se ha mencionado anteriormente, está compuesta por 36 reactivos y 10 variables más como la edad, el sexo, la religión, etc.

Los reactivos se construyeron basadas en las cuatro escalas que se tomaron en cuenta del Modelo de Conducta Planeada, que son: la actitud, la norma subjetiva, el control percibido y la intención, que anteriormente ya fueron explicadas.

Se realizaron diferentes pruebas a los datos obtenidos, para saber entre otras cosas si existían diferencias significativas entre variables con más de tres grupos (opciones), como el estado civil y la institución en la que laboran. También para saber si un elemento influía o no en alguna respuesta. De la misma forma se realizaron pruebas para saber si había diferencias significativas entre los grupos, se hicieron estas comparaciones por sexo, religión, religión de la familia, actividad, tratamiento con enfermos terminales.

6.1 ESCALAS.

ACTITUD

En cuanto a la escala de actitud esta compuesta por 12 reactivos (o preguntas), los cuales por el concepto que manejaban, es decir a lo que se referían, se dividieron en 2 grupos, el primero compuesto por 8 reactivos al que se llamo *“cuidado del enfermo terminal”*.

El segundo grupo cuenta con 4 reactivos, que de igual manera se agruparon de acuerdo al concepto que manejaban y a este se llamo *“aceptación de la eutanasia”*

Cabe mencionar que tanto a la norma subjetiva, así como el control percibido y la intención, también fueron divididas en grupos, de acuerdo a lo que se referían los reactivos

NORMA SUBJETIVA

La escala de ***norma subjetiva*** esta compuesta por 12 reactivos, y se dividió en 2 grupos, el primero con 7 reactivos, pero 4 de ellos no coincidían con el concepto del que trata la norma subjetiva y se decidió quedarse con 3 que explicaban adecuadamente a la norma subjetiva y formar el grupo "*cambio de normas éticas y jurídicas*".

Para el segundo grupo de norma subjetiva se tomaron en cuenta 5 reactivos y se formo "*presión social*".

CONTROL PERCIBIDO

La escala de ***control percibido*** esta compuesto por 6 reactivos, de los cuales 4 correspondían entre sí con lo que cada uno de ellos se refería y se forma el grupo llamado "*aplicación de la eutanasia*"

INTENCIÓN.

La escala de ***intención*** esta compuesta de 6 reactivos, pero uno de ellos no corresponde conceptualmente con los otros, por lo mismo se decidió eliminarlo definitivamente y crear "*intención de aplicar la eutanasia*"

En la siguiente tabla se presentan los nombres de cada uno de los factores, el número de reactivos que los conforman con su correspondiente alfa.

Nombre del Factor	No. de reactivos	Alfa (α)
Cuidado del enfermo terminal	4	.7450
Aceptación de la eutanasia	4	.7872
Cambio de normas éticas y jurídicas	3	.7659
Presión social	5	.7916
Aplicación de la eutanasia	4	.6035
Intención de aplicar la eutanasia	5	.8305

6.2 Diferencias entre grupos con tres opciones

Se realizaron pruebas para saber si existían diferencias significativas entre variables con más de tres grupos que la componen. Dichos análisis se realizaron solo por estado civil e institución, ya que son estos lo que cuentan con 3 grupos.

Estado civil.

Entre grupos no se encontraron diferencias significativas entre los solteros, los casados y los que se encuentran en otra situación.

En general están de acuerdo con que el cuidado del enfermo terminal es la medida más adecuada en estos casos, sin embargo están tímidamente inclinados tanto los solteros, casados y los de otra situación hacia la aplicación de la eutanasia, ninguno de los tres casos se siente presionado socialmente, pero si están de acuerdo con que deben de cambiar las cuestiones jurídicas y éticas en cuanto a las sanciones. En cuanto a la aplicación de la eutanasia todos los grupos se muestran indiferentes a aplicarla ellos mismos, pero los casados muestran muy tímidamente tener más la intención de aplicarla que los otros dos grupos.

Institución.

Entre grupos no se encontraron diferencias significativas entre los que laboran en el Hospital Juárez de México, los que laboran en el instituto Nacional de Cancerología y los que laboran en otra institución. Todos están de acuerdo en un 99% en que el cuidado del enfermo terminal es la primera y mejor opción a realizar para que este tenga una mejor calidad de vida durante su enfermedad, sin embargo los tres grupos aceptan con cierto recelo la aplicación de la eutanasia.

En cuanto a que deben cambiar las normas éticas y jurídicas se muestran convencidos de que debe haber un cambio y una revisión profunda a este respecto. Respecto a la aplicación de la eutanasia ellos se muestran a favor de ello, pero no están convencidos de aplicarla ellos mismos, prefieren que la aplique otra persona, esto no tiene nada que ver con la presión social, pues manifiestan no sentirse presionados socialmente, en cambio, la intención de aplicar la eutanasia es moderada.

6.3 Correlaciones

Se corrieron pruebas para saber que factores tenían una relación con los otros factores y si esta relación es directa con otra y si es fuerte, moderada o débil.

Se encontró que hay una relación moderada entre la aceptación de la eutanasia y el cuidado del enfermo terminal, también se observa que hay una relación fuerte entre el cuidado del enfermo terminal y la presión social, pero esto no indica que influya directamente en la otra para que se de.

Hay una relación sustantiva entre capacidad de aplicar la eutanasia y el cuidado del enfermo terminal, también hay una relación fuerte entre la capacidad personal de aplicar la eutanasia y la aceptación de la eutanasia, hay una relación moderada entre la capacidad de aplicar la eutanasia y la presión social y personal.

Hay una relación fuerte entre la aceptación de la eutanasia y la intención de aplicarla, esto no indica que necesariamente como hay aceptación de la eutanasia, obligadamente se deba tener la intención de aplicarla, hay una relación sustantiva entre la capacidad personal de aplicar la eutanasia y la intención de aplicarla.

	Cuidado del enfermo terminal	Aceptación de la eutanasia	Cambio de normas éticas y jurídicas	Aplicación de la eutanasia
Aceptación de la eutanasia	.383** .000 137			
Presión social	.782** .000 137			
Aplicación de la eutanasia	.465** .000 137	.700** .665 137	-.542** .000 137	
Intención de aplicar la eutanasia		.678** .000 137	-.686** 000 137	.599** .000 137

** correlación significativa a .001

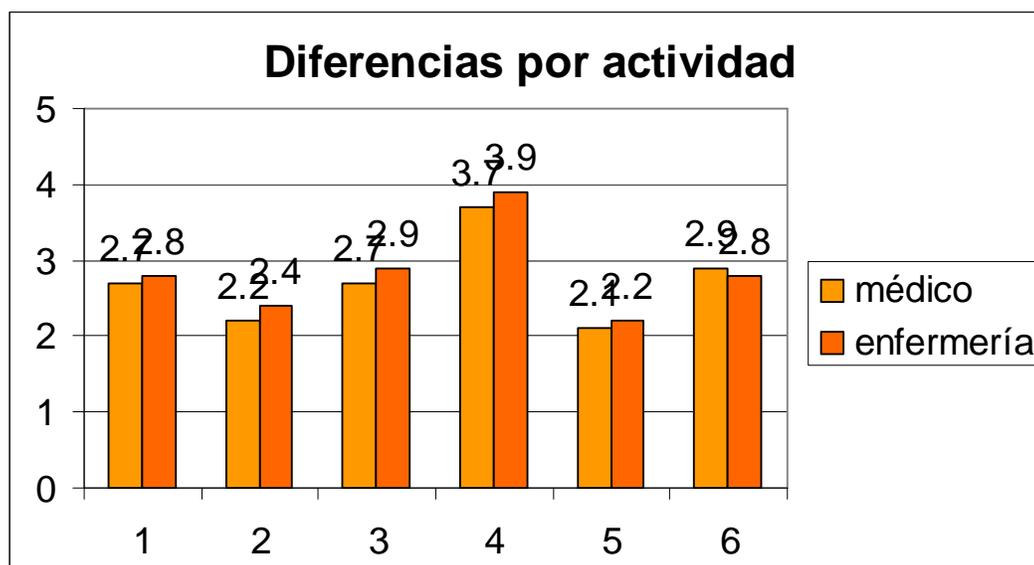
6.4 Diferencias entre grupos.

Se realizaron pruebas para saber si había diferencias significativas entre los grupos, se hicieron estas comparaciones por sexo, religión, religión de la familia, actividad, tratamiento con enfermos terminales, encontrando que no hay diferencias significativas entre los grupos, pero encontrando datos interesantes tanto en actividad y tratamiento con enfermos terminales.

Actividad.

En general no se encontraron diferencias significativas entre médicos y enfermeras, ambos aceptan bastante bien la eutanasia, pero los médicos se creen más capaces de aplicar la eutanasia

Esto tal vez se deba a que son finalmente las enfermeras quienes tienen el trato directo con los pacientes y el médico no tiene una relación tan estrecha con el paciente como las enfermeras quienes ven todo el dolor, sufrimiento y desgaste de las pacientes y sus familias.



Por religión.

No se encontraron diferencias significativas entre los católicos y no católicos, los católicos aceptan más la eutanasia, están casi totalmente de acuerdo con la aplicación de la eutanasia; en cambio los no católicos se muestran con tendencia a la indiferencia, respecto a la aplicación de la eutanasia, los no católicos se muestran perciben más capaces de aplicar la eutanasia, aunque ambos grupos se muestran inclinados a estar de acuerdo con la aplicación.

Por religión de familia.

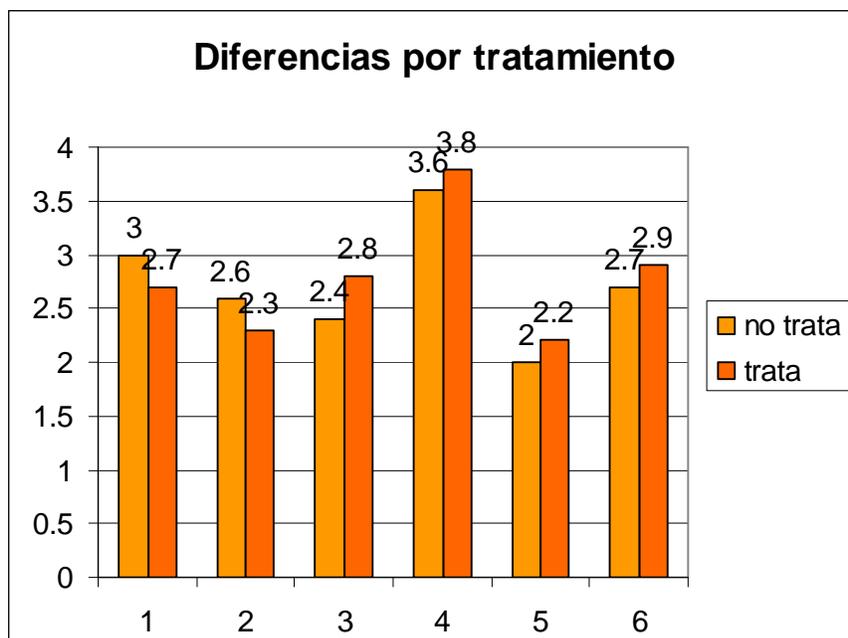
No se encontraron diferencias significativas entre los católicos y los no católicos; ambos aceptan la eutanasia aunque los católicos se muestran casi totalmente de acuerdo con ella. También los católicos se creen más capaces de aplicar la eutanasia.

Por sexo.

No se encontraron diferencias significativas entre mujeres y hombres $t= 1.368$; $g.l 117p> .05$; ambos están tímidamente inclinados hacia la aplicación de la eutanasia y en cuanto a la aplicación de la misma, se muestran con una tendencia hacia la indiferencia

Por tratamiento con pacientes terminales.

No se encontraron diferencias significativas entre el grupo de quienes tratan con enfermos terminales y de quienes no tratan con estos. Ambos aceptan la eutanasia aunque los que no tratan con estos pacientes la aceptan más. Por otra parte los que si tratan con este tipo de pacientes se creen más capaces de aplicar la eutanasia, esto nos atrevemos a pensar que es por el trato directo que tienen con los pacientes mientras que el otro grupo no tiene trato con ellos y no percibe el sufrimiento de ellos.



7. DISCUSIÓN

Después de hacer el análisis de los datos podemos ahora discutir sobre lo que este nos mostró.

Primero observamos que el sexo no es un factor que influya directamente en la aceptación y la aplicación de la eutanasia, tanto hombres como mujeres aceptan la eutanasia, aunque tímidamente, ambos se muestran indiferentes ante lo que piensen lo demás de ellos y ante el que se cambien las normas éticas y jurídicas, los hombres se perciben como más capaces de aplicar la eutanasia y ambos se muestran casi indiferentes hacia quien debe aplicar la eutanasia.

Con respecto a la religión que se profesa de manera individual y la que profesa la familia de origen encontramos que no hay diferencias entre los católicos y los no católicos, ambos grupos aceptan la eutanasia aunque los católicos lo hacen de mejor manera, en general se muestran con tendencia a la indiferencia sobre como los observan los demás, es decir no les interesa lo que digan los demás de ellos, y tampoco si se cambian las normas éticas y jurídicas para dar paso a la legalización de la eutanasia en el país, con respecto a aplicación los católicos se perciben más capaces de aplicar la eutanasia, esto en muestras humilde opinión talvez se deba a que dentro de la religión católica la compasión para el prójimo está vista como una de las cualidades de quienes profesan esta religión.

Con respecto a la actividad o a la especialidad, encontramos que tanto médicos como enfermeras aceptan la aplicación de la eutanasia, aunque los médicos más que las enfermeras, los médicos se sienten mucho menos presionados u observados socialmente que las enfermeras, las enfermeras se puede decir que casi están en oposición a que se cambie tanto el código éticos de los médicos y las enfermeras como el código penal, aunque los médicos también se muestran indiferentes a estos cambios. Por su parte los médicos se creen más capaces de aplicar la eutanasia que las enfermeras, esto talvez se deba,

(nos atrevemos a suponer) por el trato hasta cierto punto indirecto que tiene los médicos con los enfermos pues muchas veces para ellos solo son los pacientes de “tal cama”, mientras que con las enfermeras se llegan a dar relaciones más estrechas como de amistad, pues son finalmente ellas, las que más tiempo pasan con el enfermo, con su familia y ven día a día el desgaste que el enfermo y sus familiares llegan a tener.

En cuanto al tratamiento con enfermos terminales, encontramos que tanto los que tratan como los que no tratan con enfermos terminales aceptan la eutanasia, aunque un poco más los que no tratan con enfermos terminales, también estos (los que no tratan) no se sienten tan observados con respecto a la eutanasia como los que si tratan con enfermos terminales, ambos se muestran indiferentes con respecto a que se cambien las normas éticas y jurídicas, en cuanto a la capacidad personal de aplicar la eutanasia encontramos algo interesante, que los que si tratan con enfermos terminales se creen más capaces de aplicar la eutanasia, talvez se deba a que al igual que las enfermeras son ellos quienes están en contacto directo con los pacientes, ven su dolor y sufrimiento y por eso tengan más firme la idea de aplicar la eutanasia, para liberarlos del dolor.

Otra cosa que observamos es que la edad es un predictor de la aceptación de la eutanasia y de la aplicación de la misma, pues a mayor edad, mayor aceptación de la eutanasia y de la aplicación de la misma

8. CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se llega después de hacer el presente trabajo, son que la aplicación de la eutanasia en México aun en estos días es uno de los muchos que no se habla abiertamente principalmente por miedo a las repercusiones morales, sociales, éticas y jurídicas que regulan a nuestra sociedad, aunque si hay quienes lo hacen abiertamente.

Es importante destacar que la eutanasia a nivel mundial esta tomando gran importancia y por lo mismo genera gran controversia pues ya se esta analizando el tema en todos los ámbitos, ético, religioso, social, jurídico, etc.

Aun cuando en diferentes países se esta permitiendo que se practique algún tipo de eutanasia o suicidio asistido, con muchas restricciones claro esta, cuidando muchos aspectos y evaluar los casos y solicitudes para la aplicación de la eutanasia. A este respecto se ha encontrado que no solo en México es un tema delicado de tratar, pues incluso en países como Holanda en donde se cree que existe mucha libertad de pensamiento y de acción, es curioso que los opositores a la eutanasia sean tan radicales en sus posturas y los más conservadores a este respecto, no sólo por las ideas religiosas, también por las éticas, y ni que decir de las jurídicas.

En México definitivamente el tema todavía es tabú, talvez porque no se está acostumbrado a hablar de si mismo y mucho menos de su propia muerte, es mucho mejor verlo como algo lejano que a uno mismo no va a sucederle, talvez a otro si, pero "a mi, no", por eso muchas veces se prefiere burlarse de la muerte, reírse de ella a pensar que es algo que irremediabilmente llegara.

El tema se está tomando muy en serio en los hospitales de México, por lo menos en los que se visitaron para este trabajo, prueba de ello es que ya ha sido propuesta a nivel federal en el Senado una serie de medidas que contemplan detalladamente la aplicación de la eutanasia y los criterios bajo los

cuales se llevaría a cabo, esa propuesta surge de un grupo de médicos quienes día a día se enfrentan a el dolor y el sufrimiento de las personas. Se encontró que hay médicos y enfermeras que aceptan abiertamente la aplicación de la eutanasia en enfermos terminales, porque creen en firmemente que si no existe alguna otra posibilidad de aliviar o eliminar el dolor, si es insoportable, y el enfermo estando en uso de sus facultades lo solicita, es la mejor manera de dar alivio al sufrimiento.

En general se acepta la aplicación de la eutanasia, pero NO se esta dispuesto a participar de manera activa en esta, es decir, no la aplicarían ellos, que lo haga otro. Él o los motivos a ciencia cierta no se saben, aquí mencionamos algunos, los que consideramos más importantes los resultados están ahí, talvez faltó alguno que sin darnos cuenta pesa mucho más que los que manejamos aquí.

La realización de esta investigación es importante porque nos aporta datos directos acerca de lo que se esta pensando en nuestros días sobre el tema y creemos que para futuras investigaciones pudiera tomarse como punto de partida, pues hasta este momento no se tiene conocimiento de que se haya utilizado este modelo en México para tratar este tema.

SEGUNDA PARTE

El mismo concepto de eutanasia está repleto de trampas. Cuando se evoca esta palabra, no siempre se habla de la misma cosa.

Por su sentido etimológico de muerte dulce y sin sufrimiento, ¿Quién puede oponerse a la eutanasia?. Todo el mundo en efecto, sueña con esta muerte. Hasta el fin del siglo XIX, la eutanasia tenía el sentido que le dio su inventor, Francisco Bacón. Se habla, por lo tanto, de ciencia de la eutanasia y los medios empleados eran simples, como lo atestigua un texto de 1826 que descubrí gracias a Patrick Verspieren: “ventilar el cuarto, prestar atención a la posición del enfermo en la cama, contar con la presencia de los prójimos abstenerse de todo recurso inútil como cirugía o tratamientos sintomáticos y paliativos”. Se vela al moribundo y se reconfortan mutuamente, apoyados en el médico y el sacerdote. La palabra eutanasia recupera, por lo tanto, lo que hoy en día conocemos como cuidados paliativos. Pero el sentido actual de la palabra ha cambiado. No designa más las cualidades de la muerte (dulce, bella, buena), sino el acto que consiste en poner fin deliberada y rápidamente a la vida de una persona que posee una enfermedad incurable y evolutiva. Por lo tanto significa matar. Esto es claro puesto que la eutanasia es similar a un homicidio y ésta expuesta a los seguimientos previstos en el código penal.(Hennezel 2001)

INTERVENCIÓN

El tema de la eutanasia en México es un tema muy difícil, los mexicanos estamos catalogados a nivel mundial como un pueblo que no le tiene miedo y mucho menos respeto a la muerte, todo esto por las tradiciones que se tienen en este país, pero lo cierto es que esta irreverencia ante la muerte surge por que no se trata de nuestra propia muerte, porque cuando se toca de cerca este tema o se presenta de cerca esta situación todo nuestro valor desaparece, nos desarma y nos llega a consumir irremediamente, es decir es mucho más fácil ver a la muerte como algo presente pero que esta muy alejado de nosotros y que no puede tocarnos, aunque sabemos que esta ahí. Precisamente por esto es que se desea saber la opinión del futuro personal de enfermería acerca del tema de la eutanasia, pues no podemos seguir pretendiendo que esto es una realidad que necesita atenderse, porque el que no haya estadísticas en este país de su aplicación de ninguna manera garantiza que no este sucediendo

La Teoría de Conducta Planeada tiene como antecesora a la Teoría de Acción Razonada creada por Martín Fishbein y Iceck Ajzen en 1975. El supuesto básico de esa teoría es que las personas consideran las implicaciones de sus acciones antes de decidir llevar a cabo o no una conducta dada, y examina como las intenciones conductuales de una persona son factores para predecir la conducta real de una persona.

Esta teoría tiene 4 componentes originales que son la actitud, la norma subjetiva, la intención y la acción, en 1985 Ajzen le agrega un componente más a esta teoría que es el control percibido creando así la Teoría de la Conducta Planeada.

ACTITUD. Es la evaluación positiva o negativa que la persona hace de la realización de una acción. Esta evaluación es el componente afectivo de la actitud, determinando la motivación y la fuerza de la intención de conducta.

NORMA SUBJETIVA. Es la percepción de las creencias que tienen las otras personas significativas acerca de la conducta que el individuo debe realizar.

CONTROL PERCIBIDO. Está conformado tanto por variables internas (percepción de capacidad, habilidad de acción), como por variables externas (oportunidad de acción, obstáculos, tiempo, cooperación, etc). La inclusión de este tercer determinante ayuda a mejorar el pronóstico de la conducta.

INTENCIÓN. Determinación de la voluntad para realizar alguna actividad determinada. (Ajzen 2002)

METODO PARA LA INTERVENCION

¿Cuál es la actitud de las futuras enfermeras ante la aplicación de la eutanasia?

Objetivos:

Facilitar la reflexión acerca de lo que significa para los estudiantes de último año de enfermería el tema de la eutanasia.

Dar apertura para que los estudiantes expresen su opinión acerca del tema de la eutanasia.

Hipótesis:

Los alumnos de último año de enfermería tienen un concepto vago de lo que es la eutanasia.

Los alumnos de último año de enfermería aceptan la aplicación de la eutanasia dejando a un lado las cuestiones religiosas, éticas y sociales, guiándose por cuestiones humanitarias.

Para las futuros enfermeras las cuestiones legales no son impedimento para la aplicación de la eutanasia, pues se puede aplicar sin que nadie se entere.

La intervención se realizó en una escuela particular donde se enseñan estudios técnicos de enfermería, esta escuela se ubica en Texcoco Estado de México. La intervención fue realizada en una sola sesión que duró aproximadamente 2 horas, con una muestra de 30 alumnos del último semestre de la carrera técnica de enfermería, siendo 25 mujeres y 5 hombres.

RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

Después de realizar la intervención, se pudo observar que las futuras enfermeras, aceptan la aplicación de la eutanasia como un medio efectivo para aliviar y/o evitar el dolor de una paciente con una enfermedad terminal, pero que para ser aplicada a un enfermo se debe estar seguro de que el paciente no sufre de periodos de depresión, que se encuentra en pleno uso de sus capacidades mentales y conciente del paso que va a dar, también se encontró que estas personas están de acuerdo con el cambio de normas éticas y jurídicas y algunos manifestaron que le gustaría proponer algo para que se cambien ya estas normas, pues esto ayudaría a algunas áreas como la donación de órganos y que podría ayudar a salvar más vidas. Algo que llama nuestra atención es el hecho de que las cuestiones religiosas no salieron a relucir durante la intervención, no porque no tengan importancia para ellos, solo que en cuestiones de cumplir con su deber que es el de salvar vidas, la cuestión religión no tiene tanto peso.

Lo que esta intervención nos enseñó es primeramente como trabajar con un grupo, como debes de estructurar la intervención para que no se distraigan o se duerman y participe el grupo, segundo la retro-alimentación que existe entre el coordinador del taller y el grupo, la satisfacción de aportar algo a las personas sobre lo que rara vez nos ponemos a pensar y hacerlas reflexionar sobre nuestra propia muerte. Para esta intervención faltó tiempo para realizarla, ya que solo se nos permitió hacerlo en una sola sesión y con una duración de dos horas, lo ideal hubiera sido hacerla en 5 sesiones de dos horas cada una, y también faltó el apoyo visual, pues la proyección de alguna película hubiera

dado pie a discusiones más profundas sobre el tema, que si las hubo en la sesión, pero pudieron se mejores.

REFERENCIAS

Ajzen, I. (2002) Theory of Planed Behavior. Consultado el día 28 de Julio del 2002 desde la dirección <http://www.unix.oit.umass.rdu/~ajzen/>

Carpi B. A, Brea A. A. s/a. La predicción de la conducta a través de los constructos que integran la teoría de la conducta planeada. *Revista electrónica de motivación y emoción, volumen 4, número 7*. Consultado el día 28 de julio del 2002 desde la dirección <http://reme.uji.es/articulos/abreva719302101/texto.html>.

Castro M. C., Magaña T. I. (2000) Eutanasia y Tanatología. *Tesis de diplomado en Tanatología, UNAM. Asociación Mexicana de Tanatología*, México D.F

Derek H, (2000). Learn more about euthanasia. *A twentieth century chronology of voluntary euthanasia and Physician-assisted suicide 1906-2000*, November, consultado el día 16 de Julio del 2002 desde la dirección www.finalexit.org/more.html

Freyre R. E. F. (1994). El problema de ayudar a morir. Ciudad de la Habana, Cuba, editorial de ciencias sociales, Pág. 1

Gallegos L., Hidalgo E., Luna Y., y Ortiz V. (2000). Eutanasia. *Tesis de Diplomado en Tanatología, UNAM. Asociación Mexicana de Tanatología*, México D.F.

Hager. M s/a Report of the Task Force on Assisted Suicide Organization. Consultado el día 28 de Julio del 2002 desde la dirección <http://www.dioceseofnetwork.org/report.html>

De Hennezel, M. (2001). La tentación de la Eutanasia, Paris, editorial nueva imagen Págs. 11-14

Jiménez A. L. (2001). Eutanasia y Homicidio por piedad. *Órgano informativo de La Comisión de Derechos humanos del Estado de México, año 8, no. 48*, Toluca Edo. Méx, Págs. 68-70

Kraus A., Álvarez A. (1999). Eutanasia México D.F, tercer milenio, Consejo Nacional para las Artes.

Legislación (2001) Ordenamientos legales relacionados con la Eutanasia. *Órgano informativo de La Comisión Derechos humanos del Estado de México, año 8, no. 48*, Toluca Edo. Méx...

Lozano V. G. s/a La eutanasia activa en Colombia. Algunas *reflexiones sobre la jurisprudencia constitucional*. Consultado el día 28 de julio del 2002 desde la dirección www.bibliojuridica.org/libros/1/172/9.pdf, página 73.

Mayer R. F. J. (2002) Ley de los Derechos de los enfermos terminales e incurables y temas afines. *Gaceta parlamentaria, Palacio Legislativo de San Lázaro*, México D.F

Morales J. F. (coordinador) (1994) *Psicología Social*, editorial Mc Graw Hill,

Núñez C. J. (2001) Reflexiones sobre la eutanasia. *Órgano informativo de La Comisión de Derechos humanos del Estado de México, año 8, no. 48*, Toluca Edo. Méx, Págs. 74-77

Paz, O. (1950) *El laberinto de la soledad*. México D.F, Fondo de Cultura Económica

Ribera B. C. (2001). Aspectos médicos de la Eutanasia. *Órgano informativo de La Comisión de Derechos humanos del Estado de México, año 8, no. 48*, Toluca Edo. Méx.

Sandoval V. T. (2001). Eutanasia. *Órgano informativo de La Comisión de Derechos humanos del Estado de México, año 8, no. 48*, Toluca Edo. Méx. Págs. 71-73

Serrano R. (2002). **Complicadas instrucciones de uso del “Testamento Vital”**. Consultado el día 28 de julio del 2002 desde la dirección <http://www.muertedigna.org/textos/euta233.htm>.

S/A. **History of Euthanasia** consultado el día 28 de julio del 2002 desde la dirección <http://dying.about.com/bleuchrom1.htm>,

Tiggeloven. C (2002) Entra en vigor la ley de la eutanasia. Consultado el día 11 de febrero del 2003 desde la dirección www.rnw.nl/informarn/html7hol020401_eutanasia.html

Anexos

Totalmente de Acuerdo(**TA**),de Acuerdo (**A**), Indiferente(**I**), en Desacuerdo (**D**), Totalmente en Desacuerdo (**TD**)

1. La muerte es sin duda una experiencia horrible si esta sucede en medio de intensos dolores	TA	A	I	D	TD
2. La importancia que los médicos le dan a la aplicación de la eutanasia depende de la especialidad que ejerzan	TA	A	I	D	TD
3. De ser necesario aplicaría la eutanasia a un ser querido	TA	A	I	D	TD
4 . Deben ser incrementadas las sanciones penales para los médicos que apliquen la eutanasia	TA	A	I	D	TD
5. Debe capacitarse a los futuros médicos mexicanos para la práctica de la eutanasia	TA	A	I	D	TD
6. Ayudar a "bien morir" es un acto de humanidad	TA	A	I	D	TD
7. No me imagino a mi mismo aplicando la eutanasia aunque se legalizara	TA	A	I	D	TD
8. La muerte es la liberación del dolor y del sufrimiento cuando se trata de un enfermo terminal	TA	A	I	D	TD
9. En caso de ser necesario recurriría a la aplicación de la eutanasia en alguno de mis pacientes	TA	A	I	D	TD
10. Debe modificarse el Código Penal Mexicano para la legalización de la eutanasia	TA	A	I	D	TD
11. Estaría de acuerdo con la aplicación de la eutanasia	TA	A	I	D	TD
12. Debe cambiar el Código ético de los médicos con respecto a la aplicación de la eutanasia	TA	A	I	D	TD
13. Mi deber profesional es salvar la vida de mis semejantes, empleando todos los recursos posibles.	TA	A	I	D	TD
14. Jamás plantearía la posibilidad de acelerar la muerte a un enfermo terminal.	TA	A	I	D	TD
15. Estaría dispuesto a aplicar la eutanasia cuando algún paciente terminal me lo solicite	TA	A	I	D	TD
16. Como médico no aplicaría la eutanasia a un ser humano por ningún motivo o circunstancia	TA	A	I	D	TD
17. No aplicaría la eutanasia a un ser querido aun sabiendo de su sufrimiento	TA	A	I	D	TD
18. Los médicos deben ser formados con la idea de no aplicar la eutanasia por ningún motivo	TA	A	I	D	TD
19. La aplicación de la eutanasia hace ver mal a la medicina	TA	A	I	D	TD

20. El fin de la medicina es conservar la vida de un enfermo terminal a costa de lo que sea	TA	A	I	D	TD
21. No menciono el tema de la eutanasia por miedo a las sanciones penales	TA	A	I	D	TD
22. La muerte de manera rápida es la mejor opción para un paciente "desahuciado"	TA	A	I	D	TD
23. Estaría tranquilo sabiendo que ayudé a alguien a no sufrir cuando ya no había otra cosa por hacer	TA	A	I	D	TD
24. Cuando un enfermo entra en fase terminal ya no tiene caso médicamente hacer algo por él	TA	A	I	D	TD
25. Los cuidados paliativos en un enfermo terminal son la mejor opción hasta que la muerte sea inevitable	TA	A	I	D	TD
26. Soy capaz de ayudar a que un enfermo terminal muera con dignidad si estuviera en mis manos.	TA	A	I	D	TD
27. Aplicaría la eutanasia a un enfermo terminal si estuviera en mis manos	TA	A	I	D	TD
28. No sería capaz de acelerarle la muerte a alguien que conozco y que lo necesita	TA	A	I	D	TD
29. Practicar la eutanasia es sinónimo de fracaso como médico	TA	A	I	D	TD
30. Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi creencia en una vida después de la misma	TA	A	I	D	TD
31. Socialmente la aplicación de la eutanasia cambia el concepto básico de la medicina que es curar a las personas	TA	A	I	D	TD
32. El juramento Hipocrático no permite si quiera pensar en la posibilidad de aplicar la eutanasia	TA	A	I	D	TD
33. El ayudar a una persona a morir sin dolor, ni sufrimiento y de manera tranquila es una satisfacción para mí	TA	A	I	D	TD
34. Debe haber médicos especialistas en la aplicación de la eutanasia	TA	A	I	D	TD
35. Afrontaría penalmente las consecuencias por ayudar a un ser humano a no sufrir cuando la muerte es inevitable	TA	A	I	D	TD
36. Rechazar la posibilidad de la aplicación de la eutanasia me hace un mejor médico	TA	A	I	D	TD

Tipo de Especialidad Médica _____

Religión que profesa personalmente: Católica () Protestante () Otra _____

Religión que profesa su Familia de origen _____

Estado y ciudad de procedencia _____

¿Ha tratado enfermos terminales? SI () NO () ¿Cuánto tiempo? _____

Institución y Área a la que pertenece _____

¿Sabe en que consiste la eutanasia? SI () NO ()

¿Qué tanto conoce sobre la aplicación y legalización de la eutanasia en enfermos terminales en otros países del mundo?

Mucho () Poco () Nada ()

¿Ha recibido información reciente respecto a la aplicación y legalización de la eutanasia? SI () NO ()

¿Cuánta información reciente ha recibido? Mucha () Poca () Nada ()

Sesión #1		Fecha:		Lugar: salón escolar		
Horario	Nombre de actividad	Objetivos específicos	Dinámica y Técnica	tiempo	Ayudas y materiales	
15.00 15.10	a Presentación	Presentar el programa y sus objetivos para el desarrollo del taller	La coordinadora de la sesión presenta y establece el encuadre: número de sesiones, horarios, forma de trabajo, temáticas a desarrollar, así como los objetivos del taller.	10''		
15.10 15.30	a "Nuestro saludo"	Estimular la expresión espontánea entre los integrantes del grupo.	La técnica consiste en que cada integrante del grupo formará una pareja con alguno de sus compañeros e inventará un saludo que los diferenciara del resto del grupo	20''		
15.30 15.50	a "Gato, perro; perro gato"	Estimular la integración del grupo y crear un ambiente propicio para la exposición del tema.	La técnica consiste en pasar objetos a los alumnos que se encuentran sentados en círculo y pasaran objetos a los otros, preguntando ¿Qué es?, a lo que se responderá según sea el caso, hasta que alguien se equivoque o los objetos hayan pasado por todos.	20''	Dos objetos de fácil manejo	

15.50 16.20	a	“Lluvia de ideas”	Explorar los conocimientos que tienen los alumnos acerca de la eutanasia y las dudas que tienen acerca del tema	Se dará una breve introducción al tema de la eutanasia, sus tipos ,etc y los alumnos darán sus conceptos de eutanasia y sus opiniones acerca del tema	30’’ Grabadora de reportero, audio cassette, pizarrón, gis
16.20 16.40	a	Lectura de un caso de eutanasia	Reflexionar sobre algunos casos de eutanasia a nivel mundial y su opinión acerca de ello	Se leera un caso de eutanasia en para que los muchacho expresen su opinión y discutir sobre el tema	20’’
16.40 16.50	a	Evaluación	Evaluar lo aprendido sobre el tema	Se discutira lo que aprendieron acerca de la eutanasia y se preguntara su opinión acerca de esta despues de haber tenido el taller.	10’’
16.50 17.00	a	Cierre de sesión	Preguntar como se sienten después de el taller.	Comentar que sintieron y cuales son sus impresiones después del taller	10’’