



MÁSTER UNIVERSITARIO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA
TRABAJO FINAL DE MÁSTER

La actitud de la Enfermera Comunitaria de Enlace hacia la eutanasia y el suicidio asistido

The Community Health Nurse attitude towards euthanasia and physician-assisted suicide

Presentado por D. Francisco José Fortes Ponce

Tutora: Doctora María del Mar Lomero Martínez

Tarragona, 2021

“¡Mi niño lindo! ¿Cuántos cumpleaños hoy? - Once. Y ¿Cómo se te ha pasado este año? - Volando.- Pues así se pasa la vida. Mañana estarás en mi lugar, disfruta de principio a final”.

*José Ponce Henríquez, mi abuelo (*1917-2007†).*

DEDICATORIAS

A mi madre, a mi hermana, a mi compañera de vida, al resto de familia y a mis amigos, gracias a quienes me han arropado y me han mostrado un camino que seguir en momentos complicados y otros de regocijo en cada minuto en este viaje académico.

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora, la doctora María del Mar Lomero, por su consejo, rigor, seguimiento y ejemplo profesional.

A mi director, el doctor Juan José Suárez, por apoyarme y dedicarme minutos de oro.

A mi compañera Beatriz Candela, por su acompañamiento y crecimiento mutuo.

A mi compañero, el doctor Pedro Jorge, por su ayuda, guía y asesoramiento.

Al equipo de enfermeras de enlace / gestoras de casos de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria por su participación con mención especial a mi compañera Wendy Melián, por ser mi “madrina”.

A todas las compañeras y compañeros que han tendido su mano.

Mil gracias.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	13
1.1. Justificación.....	13
1.2. Marco teórico	14
1.2.1. Final de vida	17
1.2.2. Contextualización.....	18
1.2.2.1. Marco ético-legal y deontológico relacionado con la eutanasia.....	18
1.2.2.2. Bioética y persona en proceso de final de vida	20
1.2.2.3. Influencia moral para la Enfermera Comunitaria de Enlace	22
1.3. Estudios precedentes	24
1.4 Criterios de selección bibliográfica.....	26
1.4.1. Frase que resume el tema de la búsqueda.....	26
1.4.2. Términos utilizados en la búsqueda	26
2. OBJETIVOS.....	31
2.1. Objetivo Principal:	31
2.2. Objetivos Específicos:.....	31
3. METODOLOGIA DEL ESTUDIO	32
3.1. Diseño, metodología y justificación.....	32
3.2. Población y Muestra.....	33
3.2.1. Criterios de inclusión y exclusión	33
3.2.2. Selección muestral.....	34
3.3. Métodos y técnicas de recogida de datos	34
3.3.1. Cuestionario Euthanasia Attitude Scale (EAS) traducido al español.....	34
3.3.2. Captación de participantes y recogida de cuestionarios.....	35
3.4. Variables de estudio	36
3.4.1. Variables Dependientes.....	36
3.4.2. Variables Independientes	36
3.5. Análisis de datos.....	37
4. CONSIDERACIONES ÉTICAS	39
5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	41
6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	42
6.1. Análisis del perfil sociodemográfico del encuestado	42

6.1.1. Edad. Resultados y discusión	42
6.1.2. Género. Resultados y discusión	44
6.1.3. Estado civil. Resultados y discusión	45
6.1.4. Religiosidad. Resultados	46
6.2. Análisis de los resultados del cuestionario EAS	47
6.3. Análisis de los dominios de la encuesta y su puntuación.....	51
6.4. Análisis de la asociación entre variables	53
6.4.1. Asociación edad vs puntuación obtenida	53
6.4.1.1. Asociación edad vs religiosidad	55
6.4.2. Asociación género vs grupo de actitud	56
6.4.3. Asociación estado civil vs puntuación obtenida	58
6.4.3.1. Asociación edad vs religiosidad	59
6.4.4. Asociación religiosidad vs puntuación obtenida.....	61
7. CONCLUSIONES.....	64
8. BIBLIOGRAFÍA	67
9. CRONOGRAMA DEL ESTUDIO	72
10. PREVISIÓN DE PRESUPUESTO	73
11. ANEXOS.....	75
ANEXO 1. Ley Orgánica de regulación de la eutanasia.....	75
ANEXO 2. Justificación sobre la pertinencia de la bibliografía seleccionada.....	88
ANEXO 3. Solicitud y aprobación del estudio de investigación por el CEI.	98
ANEXO 4. Hoja de Información al Participante, Consentimiento Informado y Cuestionario EAS traducido al español con elementos sociodemográficos.	103

ÍNDICE DE TABLAS

Nombre de la Tabla	Número de página
Tabla 1 Artículos del Código Deontológico de la Enfermería Española relacionados con la eutanasia	19
Tabla 2 Características de la participación de las enfermeras en la eutanasia según Dierckx de Casterlé	24
Tabla 3 Palabras clave de búsqueda	26
Tabla 4 Resultados de la búsqueda	28
Tabla 5 Resultados de la búsqueda, continuación	29
Tabla 6 Resultados de la búsqueda, continuación 2	30
Tabla 7 Estructura de la Euthanasia Attitude Scale	35
Tabla 8 Relación de pruebas estadísticas según variables	38
Tabla 9 Resultados estadísticos para la variable edad	43
Tabla 10 Prueba de normalidad para la variable edad	43
Tabla 11 Prueba de normalidad para la variable género del encuestado	44
Tabla 12 Prueba de normalidad para la variable estado civil	45
Tabla 13 Prueba de normalidad para la variable religiosidad	46
Tabla 14 Resultados estadísticos para la variable puntuación obtenida	47
Tabla 15 Frecuencias observadas para las puntuaciones del cuestionario EAS	48
Tabla 16 Prueba de normalidad para la variable puntuación obtenida	48
Tabla 17 Prueba de normalidad para la variable grupo de actitud	50
Tabla 18 Respuestas más repetidas por las enfermeras en la Euthanasia Attitude Scale (EAS)	52
Tabla 19 Tabla de resultados para la prueba de correlación entre edad y puntuación obtenida	54
Tabla 20 Prueba de igualdad para las variables edad y religiosidad	55
Tabla 21 Datos cruzados para variables género y grupo de actitud	57
Tabla 22 Prueba estadística de U de Mann-Whitney para variables género y grupo de actitud	57
Tabla 23 Prueba de homogeneidad para las medianas de estado civil y puntuación obtenida	58
Tabla 24 ANOVA de un factor entre variables estado civil y puntuación obtenida	59
Tabla 25 Tabla cruzada estado civil dicotómico por grupo actitud	60
Tabla 26 Resultados del análisis Chi cuadrado entre estado civil dicotómico y grupo de actitud	60
Tabla 27 Prueba de igualdad para las variables religiosidad y puntuación obtenida	62

Nombre de la Tabla	Número de página
Tabla 28 Tabla cruzada grupo actitud vs profesas una religión	63
Tabla 29 Prueba estadística de U de Mann-Whitney para variables Religiosidad y grupo de actitud	63
Tabla 30 Cronograma del estudio representado en Diagrama de Gantt	73
Tabla 31 Presupuesto del estudio	74

ÍNDICE DE FIGURAS

Nombre de la Figura	Número de página
Figura 1 Competencias de la Enfermera Gestora de Casos	15
Figura 2 Factores hacia una actitud positiva o negativa frente a la eutanasia según Cayetano-Penman et al.	22
Figura 3 Influencia de las variables independientes sobre la actitud hacia la eutanasia	37
Figura 4 Distribución por grupos etarios	43
Figura 5 Proporciones de género	44
Figura 6 Diagrama de sectores para las categorías del estado civil	45
Figura 7 Proporciones de respuesta en la variable religiosidad	46
Figura 8 Histograma con línea de la curva para la variable puntuación obtenida	49
Figura 9 Diagrama de sectores para la variable grupo de actitud	49
Figura 10 Diagrama de dispersión para las variables edad y puntuación	54
Figura 11 Diagrama cajas de edad media según religiosidad	56
Figura 12 Diagrama de líneas. Medianas de puntuaciones según estado civil	58
Figura 13 Diagrama cajas de puntuación según religiosidad	62

ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

OMS	Organización Mundial de la Salud
ECE	Enfermera Comunitaria de Enlace
MAV	Manifestaciones Anticipadas de Voluntades
SECPAL	Sociedad Española de Cuidados Paliativos
WMA	World Medical Association, “asociación médica mundial” en español
CI	Consentimiento Informado
LET	Limitación del Esfuerzo Terapéutico
PICO	Patient, Intervention, Comparison y Outcomes
MeSH	Medical Subject Headings, “encabezamiento de términos médicos” en español
EAS	Euthanasia Attitude Scale, “escala de actitud hacia la eutanasia” en español
KMO	Kaiser Meyer Olkin
PDF	Portable Document Format, “formato de documento portátil” en español
IC	Intervalo de Confianza
HIP	Hoja de Información al Participante
CEI	Comité de Ética de la Investigación
LIB	Ley de Investigación Biomédica
DAFO	Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades
TFM	Trabajo Final de Máster
DS	Desviación Estándar
SNS	Sistema Nacional de Salud

RESUMEN

La Enfermera Gestora de Casos o Comunitaria de Enlace tiene un papel importante en la prestación de cuidados al final de la vida en el ámbito de la Atención Primaria de Salud, pues ofrece una atención integral e integradora favoreciendo la ayuda y proporcionando apoyo. En España, eutanasia y suicidio asistido han sido despenalizados. Este cambio legislativo impacta directamente en los profesionales que desarrollan su actividad en el cuidado integral del paciente en situación terminal. Saber qué hacer en este tipo de circunstancias es determinante.

Objetivo principal: Determinar el posicionamiento de las enfermeras gestoras de casos o comunitarias de enlace de atención primaria de Gran Canaria hacia a la eutanasia y el suicidio asistido.

Diseño y metodología: Estudio descriptivo, transversal, prospectivo y observacional. La herramienta utilizada fue la Euthanasia Attitude Scale traducido al español junto con un cuestionario sociodemográfico. El análisis estadístico se ejecutó con IBM SPSS 26.0. con un $IC = 95\%$, $\alpha=0,05$.

Resultados: Se encuestó al grupo de enfermeras de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria ($n = 30$). La actitud hacia la eutanasia fue a favor con el 76,67%. No existe asociación estadísticamente significativa entre edad, género, estado civil y religiosidad para la actitud final. Ningún caso presentó actitud negativa hacia la eutanasia.

Conclusiones: La actitud hacia la eutanasia no (solo) depende de las características sociodemográficas. Sería interesante realizar estudios introspectivos en enfermería que permitan abordar las situaciones de solicitud de ayuda a morir dignamente. Tras despenalizar la eutanasia en España, se presentan nuevas líneas de investigación para profundizar en los cuidados de los pacientes que deseen atenderse a este derecho.

Palabras clave (nº Registro DeCS vinculado):

Enfermeros de Salud Comunitaria (55448); Actitud Frente a la Muerte (23898), Eutanasia Activa Voluntaria (37560), Suicidio Asistido (30490)

ABSTRACT

The Community Health Nurse plays an important role in the provision of end-of-life care in the Primary Healthcare area. They offer comprehensive and integrative cares, favoring help and providing support. In Spain, euthanasia and physician-assisted suicide have recently been decriminalized. This legislative change impacts directly in those professionals who develop their activity in the integral centered care of the patient. Knowing what to do in such complex circumstances is decisive.

Objective: Determining the Community Health Nurse attitude to euthanasia and physician-assisted suicide in Gran Canaria.

Design and method: Descriptive, cross-sectional, prospective and observational research. The tool used was the Euthanasia Attitude Scale translated into Spanish and together with a sociodemographic questionnaire. Statistical analysis was performed with the IBM SPSS 26.0. CI = 95%, $\alpha = 0,05$ was used.

Results: The group of nurses from the Primary Healthcare of Gran Canaria (n = 30) was surveyed. The attitude was mostly positive with 76.67% being in favour. There was not statistically significant relationship among age, gender, marital status and religiosity in relation with the final attitude. No participant presented a against attitude towards euthanasia.

Conclusions: The attitude to euthanasia does not (only) depend on the sociodemographic characteristics. It would be especially useful to carry out introspective researchs in nursing that make possible to deal with situations when patients apply for help to die with dignity. After decriminalizing euthanasia in Spain, there are possible to open new lines of research to deepen study in the care of patients who wish to die express their right.

Keywords (Unique ID MeSH linked):

Nurses, Community Health (D064691); Attitude to Death (D001293); Euthanasia, Active, Voluntary (D033101); Suicide, Assisted (D017236)

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Justificación

Los cuidados al final de la vida engloban todas aquellas actividades orientadas al confort y son la cúspide del bienestar que requieren aquellas personas en situaciones terminales. En este sentido, la OMS define los cuidados paliativos como la *“mejora de la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal”* (Organización Mundial de la Salud, 2018). Así, cuidados al final de la vida y cuidados paliativos aglutinan las principales actividades que desempeñan las Enfermeras Gestoras de Casos o Comunitarias de Enlace (ECE)¹ en la Comunidad Autónoma de Canarias.

De este modo, las ECE son enfermeras especializadas que atienden principalmente a los grupos de población cuya condición de salud necesita un enfoque altamente individualizado y multidisciplinar con elementos de riesgo tales como: comorbilidad, limitación de la capacidad funcional, entre otros, precisando de un cuidado continuo (Servicio Canario de la Salud, 2002). Por ello, las ECE juegan un papel importante en este tipo de pacientes que presentan una alta complejidad.

Las ECE trabajan ofreciendo atención integral en entornos sociofamiliares y socioeconómicos heterogéneos, en momentos difíciles para pacientes y familia. Se abordan aspectos fisiopatológicos, emocionales y espirituales delicados. Así pues, se enfrentan a dilemas clínicos y éticos en la práctica habitual sobre cómo se debe actuar, aunque hablar del final de la vida continúa provocando un reto importante por su especial sensibilidad.

Actualmente, estos dilemas se han intensificado tras conocerse el caso mediático sobre Ángel Hernández y María José Carrasco en el último año en España. Este caso ha sido visible por las grabaciones, declaraciones y entrevistas que el señor Hernández realizó antes y después de ayudar a morir a su mujer, que padecía Esclerosis Múltiple con una evolución degenerativa avanzada (El País, 2019). Por consiguiente, se han dado una serie de acciones sociales reivindicativas sobre el “derecho a morir dignamente”, que

¹ En las Islas Canarias, Enfermera Gestora de Casos y Enfermera Comunitaria de Enlace son la misma figura.

han desembocado en la ley aprobada en marzo de 2021 (*Anexo 1*) y que entra en vigor en España en junio de este mismo año.

Sin embargo, anteriormente se han realizado varias proposiciones de leyes por los diferentes partidos políticos sobre el derecho a morir dignamente, porque la eutanasia ha sido una conducta tipificada como delito en el Código Penal vigente en España (Boletín Oficial del Estado, 2011).

Por lo tanto, ante los cambios que la nueva legislación acontece es oportuno examinar las percepciones y actitudes de las Enfermeras Gestoras de Casos o Comunitarias de Enlace sobre las consideraciones éticas, sus prácticas clínicas, su aprecio a la vida, y creencias naturalistas² relacionadas con las personas que requieren de cuidados al final de la vida.

1.2. Marco teórico

El marco teórico del presente trabajo se ha segmentado en 2 bloques, el primero habla sobre el final de la vida y en el segundo bloque se centra más en su contextualización y los diferentes factores que intervienen, como son el marco ético-legal, la bioética y la influencia moral.

En el contexto de los *Cuidados al final de la vida* aparecen diversas características que son especiales respecto a otros *Cuidados generales*. Así pues, los Cuidados generales son aquellos que orientan su finalidad a producir una mejora o mantenimiento de la salud en relación a los hábitos de salud, estilo de vida, recuperación, adaptación o mantenimiento de la salud de las personas. Por otro lado, los Cuidados al final de la vida se centran en otros aspectos, que precisan de una serie de habilidades específicas y singulares. En estos cuidados, la dicotomía vida / muerte, bienestar / sufrimiento, compañía / soledad... son elementos que se ponderan con delicadeza, precisión y se balancean con sumo control por la enfermera.

² Se refiere al pensamiento o filosofía donde prevalece la creencia hacia lo conocido científicamente.

Dada la naturaleza de este trabajo, la Enfermera Gestora de Casos o Comunitaria de Enlace cobra un papel importante. La figura de la ECE facilita la continuidad de cuidados entre diferentes niveles asistenciales, así como entre distintas disciplinas sanitarias, por lo que cataliza y sirve de referencia a pacientes y familiares en la prestación de cuidados al final de la vida en el ámbito de la Atención Primaria de Salud. Estas y otras competencias profesionales (*Figura 1*) son pilares básicos en las actuaciones destinadas a personas dependientes por parte de la ECE, según recoge la Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias (Servicio Canario de la Salud, 2015).



Figura 1 Competencias de la Enfermera Gestora de Casos. Fuente: Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias

La ECE tiene especial relevancia en la atención a los enfermos terminales en el ámbito domiciliario. Ofrece una atención integral e integradora favoreciendo la ayuda con asesoramiento, pero también apoyo directo respecto a la autonomía del paciente en los cuidados al final de la vida. Aquí se encuentra el documento conocido como Manifestaciones Anticipadas de Voluntades (MAV), que expresa la “*voluntad sobre las atenciones médicas que el paciente desea recibir en caso de padecer una enfermedad irreversible o terminal que le lleve a un estado que le impida expresarse por sí misma*”³. Es por ello, que muchos dependientes, personas mayores o pacientes en situación

³ Descrito en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y sus derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales.

terminal accedan a utilizar este recurso. Se trata pues, de una herramienta legal que ayuda a expresar la autonomía del paciente garantizando, en su caso, qué cuidados aceptaría recibir en una situación de salud próxima a la muerte.

El nuevo marco legislativo ampara decisiones éticas de la práctica sanitaria inéditas hasta ahora. La elección de cómo morir dignamente ofrece nuevas formas para el que sufre distintas al soporte artificial o a los estados de semiinconsciencia provocados por la sedación. A consecuencia de ello, es necesario conocer mejor la nueva realidad para con la muerte digna.

Cabe destacar que en el marco internacional existen varios países occidentales en donde se permite aplicar la eutanasia. De hecho, Países Bajos fue el país pionero en su regulación en el año 2002, seguido de Bélgica en el mismo año. Posteriormente se reguló en Luxemburgo en el año 2009, y más recientemente en Canadá, donde se despenalizó la eutanasia en el año 2016. Australia y Estados Unidos incluyen determinados estados que tienen leyes sobre su aplicación. Otros países europeos como Suiza, Finlandia, Alemania y Austria solo permiten el suicidio asistido. Actualmente, el contexto jurídico en España contempla la eutanasia y suicidio asistido, aunque lo cierto es que estos procesos han sido penalizados hasta comienzos de 2021, pues eran considerados como homicidio por el Artículo 143 del Código Penal. A causa de ello, se ha producido escasa literatura que hable sobre su aplicación en el contexto español.

La práctica de Enfermería⁴ frente al deseo de morir dignamente implica atender consideraciones éticas que enfrentan derechos de la persona y aspectos ético-legales. Saber qué hacer en este tipo de circunstancias tan complejas es determinante. A pesar de que en España, históricamente han estado penalizados la eutanasia y el suicidio asistido, la petición de ayuda a la muerte se suele solicitar (Tamayo-Velázquez, Simón-Lorda and Cruz-Piqueras, 2012).

El desarrollo de los cuidados al final de la vida y profundizar en el conocimiento sobre la muerte digna son elementos básicos. El objetivo del estudio es determinar la actitud de las enfermeras gestoras de casos o comunitarias de enlace de atención primaria de Gran Canaria hacia a la eutanasia y el suicidio asistido.

⁴ Se utiliza el término enfermería para referirnos al colectivo de profesionales como disciplina.

1.2.1. Final de vida

Para ayudar a entender mejor estas situaciones se definirán los diferentes conceptos a continuación. Para ello, se comenzará con el concepto de *Morir dignamente*, se trata de un “proceso” que considera a la persona con “*respeto a sus creencias y valores, así como su participación en la toma de decisiones mediante una relación cercana y sincera con el equipo asistencial*” (Gómez-Sancho *et al.*, 2010).

Centrándose en el tema concreto, le sigue el concepto de *Suicidio Asistido*, que es donde el paciente decide terminar con su vida voluntariamente mediante el suministro de los medios, materiales y asesoramiento clínico para llevarlo a cabo. Dicho de otro modo, desde el punto de vista del personal sanitario, “*consiste en la ayuda indirecta a la realización de un suicidio*”, o bien, una cooperación necesaria “*en caso de que no pueda realizarlo por limitaciones de carácter físico*” (Gómez Sancho *et al.*, 2002).

Continúa con la definición de *Eutanasia*. De etimología griega, *eu* (que significa bien o fácil) y *thanatos* (muerte), significa "buena muerte"; ante una persona que sufre una patología grave o terminal y con un consentimiento voluntario y expreso de querer morir, se trata de una “*intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura*”⁵. Alrededor de este concepto existe confusión y connotaciones sociales que en algunos casos son positivas y en otras negativas (Lavoie *et al.*, 2016). De hecho, en propias palabras se ha definido este concepto:

<<La eutanasia es aquella intervención de un profesional de la salud que, mediante tratamiento, está encaminada a proporcionar bienestar y confort de un paciente terminal, y que bajo su expresa voluntad o, en su defecto, un Comité de Ética Asistencial acepta finalizar su agonía vital. >>

Francisco José Fortes Ponce, 2020

Dentro del concepto de eutanasia se maneja otra forma de aplicación. De este modo, se encuentra la *Eutanasia indirecta*, la cual trata de “*paliar el dolor y sufrimiento de la persona en cuestión y para ello se le suministran una serie de medicamentos que*

⁵ Se refiere a la definición oficial de eutanasia publicada por la Real Academia de la Lengua Española.

pueden producir la muerte de la citada persona sin buscarla” (Lantigua, 2019). Este término no es aceptado comúnmente por el malentendido que suele crear. Publicaciones como la de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) apoyan modificar el término de eutanasia indirecta por el de *doble efecto*, pues hace referencia al efecto secundario de un tratamiento (Gómez-Sancho *et al.*, 2010).

Cabe destacar que la intencionalidad con la se realizan las intervenciones marcarán la principal diferencia entre estos conceptos desde el punto de vista de la actitud sanitaria y legal –pues hasta ahora esto podría tener consecuencias en España, como por ejemplo la pena de prisión, el pago de multas y/o la inhabilitación para el ejercicio de la actividad profesional-, aunque desde la perspectiva del paciente se trata de morir dignamente acorde a su deseo y su voluntad expresa y reiterada.

Cada uno de estos conceptos representa situaciones excepcionales que crean dilemas de actuación ante los cuidados que la enfermería debe ofrecer a los pacientes. Enfrentarse a momentos así resulta trascendental para el que sufre y determinante para el que lleva a cabo estos cuidados. Aquí radica la importancia de contextualizar adecuadamente cada caso de aplicación de los cuidados al final de la vida y que serán tratados en el siguiente apartado.

1.2.2. Contextualización

1.2.2.1. Marco ético-legal y deontológico relacionado con la eutanasia

Por lo que se refiere a las consideraciones deontológicas, aparece *La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial (WMA)* de 1948, que habla de la eutanasia, con las siguientes directrices: “*Y no daré ninguna droga mortal a nadie, aunque me lo pidan, ni sugeriré un tal uso [...], sino que, a lo largo de mi vida, ejerceré mi arte pura y santamente*” (Declaración de Ginebra – WMA – The World Medical Association, 2017). En este sentido, la WMA también identifica la eutanasia como “*acto deliberado*

de dar fin a la vida de un paciente, aunque sea por su propio requerimiento o a petición de sus familiares, es contraria a la ética”⁶.

Los diferentes códigos deontológicos tienen elementos en común centrados en *curar o aliviar* a los pacientes y nunca en procurar la muerte. Concretamente, el *Código Deontológico de la Enfermería Española*, 1988 (Enfermería, 1988) aborda aspectos relacionados con la eutanasia en varios artículos (*Tabla 1*).

Artículos	Consideraciones particulares
Art. 18	Ante un enfermo terminal, la enfermera/o, consciente de la alta calidad profesional de los cuidados paliativos, se esforzará por prestarle hasta el final de su vida, con competencia y compasión, los cuidados necesarios para aliviar sus sufrimientos. También proporcionará a la familia la ayuda necesaria para que puedan afrontar la muerte, cuando ésta ya no pueda evitarse.
Art. 22	La enfermera tiene en el ejercicio de su profesión, el derecho a la objeción de conciencia, que deberá ser explicitado ante cada caso concreto. El Consejo General y los Colegios velarán para que ninguna enfermera pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de este derecho.
Art. 47	Las Enfermeras/os deberán rechazar enérgicamente cualquier tipo de presiones que puedan ejercérselas, con la finalidad de utilizar o manipular sus conocimientos o habilidades en perjuicios de los seres humanos.
Art. 48	Alude el artículo anterior diciendo la Enfermera/o deberá denunciar estos casos en defensa de los principios éticos de la profesión ante su Colegio.
Art. 52	La Enfermera/o ejercerá su profesión con respeto a la dignidad humana y la singularidad de cada paciente [...]. Administrará sus cuidados en función exclusivamente de las necesidades de sus pacientes.
Art. 53	La Enfermera/o tendrá como responsabilidad primordial profesional la salvaguarda de los Derechos Humanos, orientando su atención hacia las personas que requieran sus cuidados.
Art. 54	La Enfermera/o debe adoptar las medidas necesarias para proteger al paciente cuando los cuidados que se le presten sean o puedan ser amenazados por cualquier persona.
Art. 55	La Enfermera/o tiene la obligación de defender los derechos del paciente ante malos tratos físicos o mentales, y se opondrá por igual a que se le someta a tratamientos fútiles o a que se le niegue la asistencia sanitaria.

Tabla 1 Artículos del Código Deontológico de la Enfermería Española relacionados con la eutanasia

Se confrontan los principios éticos profesionales del “salvaguardar” frente a la muerte. Aplicar la eutanasia o el suicidio asistido (como acción dirigida al acortamiento de la vida por el sufrimiento o agonía) ha conllevado una responsabilidad jurídica penal. Tal

⁶ Se refiere a la definición de eutanasia publicada por la Asociación Médica Mundial en la “*WMA Declaration on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*” (2019).

como recoge Vega Gutierrez, 2000, en su artículo sobre *“Eutanasia: Concepto, tipos, aspectos éticos y jurídicos. Actitudes del personal sanitario ante el enfermo en situación terminal”*, hace mención al Código Penal Español, en el artículo 143 señala lo siguiente: *“1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años”*. Más adelante en el punto 4. *“El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado...”* (Vega Gutierrez, 2000).

En España, como comentado anteriormente, eutanasia y suicidio asistido han sido legalizados. Pese a ello, el personal sanitario puede acogerse a la objeción de conciencia, tal y como existe para otros procedimientos. Esto está protegido por El Tribunal Constitucional (sentencia de 11 de abril de 1985), el Código Deontológico de la Enfermería Española y está amparado por la Constitución Española. De este modo, se recoge en la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia aprobada en marzo de 2021. Pretende dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia. Esta proposición añade cambios en el Código Penal que suprime el delito para estos casos (BOE nº72, 2021).

1.2.2.2. Bioética y persona en proceso de final de vida

Tras el escándalo del Experimento de la Sífilis en Tuskegee, donde cientos de personas con ésta enfermedad fueron incluidos, sin consentimiento informado, en un estudio *“que duró cuatro décadas, a los pacientes no se les suministró ningún tratamiento contra la sífilis, a pesar de que desde 1946, el uso de la penicilina para esa patología, estaba ampliamente difundido”*(Caplan, 1992); se origina el Informe de Belmont en 1978, el cual hace imprescindible y necesario, en derecho y deber, respetar la autonomía del paciente, actuar en beneficio de la salud del paciente, sin producir y evitar daños; siendo justos. Aquí entran en juego los Principios Bioéticos de Beauchamp y Childress, dentro de la obra de Mir Tubau (2011), por lo que toda intervención de enfermería

requiere de un consentimiento verbal o escrito por parte del paciente que autorice su aplicación (Mir Tubau, 2011).

Junto al tema que se presenta, resaltan diversos elementos que interaccionan en el contexto de la ética, los cuidados de enfermería y la eutanasia. El principal exponente del derecho del paciente está relacionado con su ejercicio de voluntad y autonomía. Se trata del Consentimiento Informado (CI) (Mondragón-Barrios, 2009). Es el procedimiento donde se expresa la voluntariedad del paciente, y se presenta la información necesaria para que el paciente entienda riesgos, beneficios, etc., de una intervención sanitaria o investigación. Así mismo, estos preceptos recogidos en el CI forman parte del documento específico sobre últimas voluntades, las MAV. La persona podrá ejercer su derecho a la modificación o revocación en cualquier momento que lo solicite.

1.2.2.3. Influencia moral para la Enfermera Comunitaria de Enlace

El contexto cultural y psicosocial de las enfermeras influye directamente sobre cómo perciben los cuidados relacionados con el final de la vida. Entre ellos, el acompañamiento del paciente y su familia al aplicar la eutanasia. Los autores Lavoie et al. (2016), en Canadá, realizaron un estudio para identificar los determinantes psicosociales de la intención de las enfermeras de practicar la eutanasia en cuidados paliativos si se legalizara. En su discusión expresan que “*las enfermeras tienen una intención ligeramente positiva de practicar la eutanasia*”. La influencia de la aprobación familiar y de sus colegas médicos parece “*particularmente importante*”. La norma moral de las enfermeras estaba relacionada con la beneficencia, un principio ético (Lavoie et al., 2016).

En términos concretos, existen algunos conceptos clave que determinan el tipo de posicionamiento que puede orientar la actitud de la enfermera. Se ha estudiado que la actitud hacia la eutanasia se ve influenciada por *factores positivos y/o de apoyo*, y otros *factores negativos y/o de no apoyo* (Figura 2) (Cayetano-Penman, Malik and Whittall, 2020).

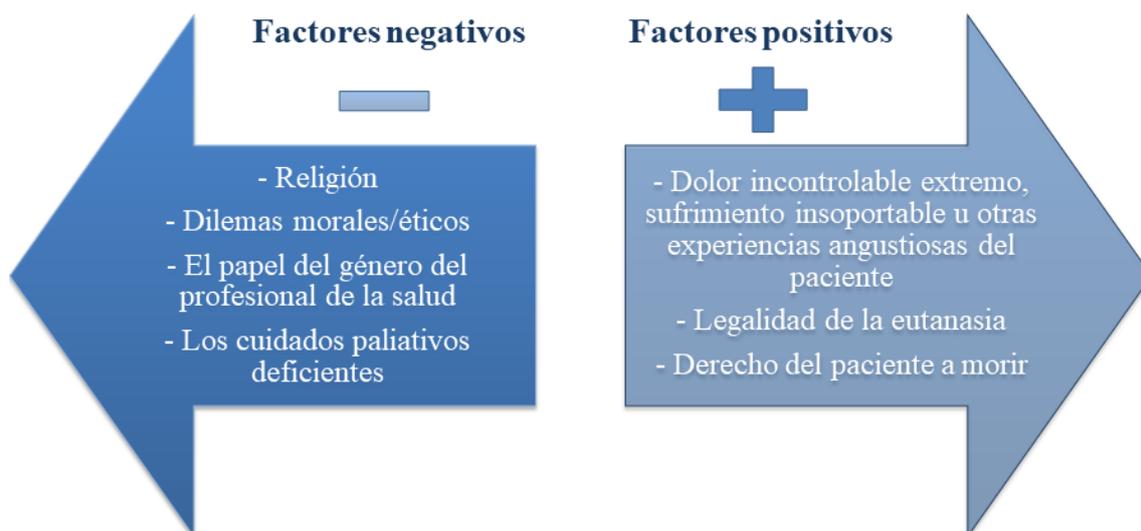


Figura 2 Factores hacia una actitud positiva o negativa frente a la eutanasia según Cayetano-Penman et al.

Tal y como lo describía Ann Marriner, las enfermeras son profesionales y científicos (Ann Marriner Tomey, 2007). Así, las decisiones sobre los cuidados están en constante interrelación entre los valores éticos y los valores humanos. Esto se traduce en acciones interconectadas. Esta característica, origina que el modo de pensar esté constantemente entrando en situaciones de conflicto: por un lado, aparecen valores internos, la moral; y por otro lado, los valores externos, del quehacer de científico/ profesional. Ambas acciones producen el desarrollo de la ética y la racionalidad práctica. Se ha de evitar la confusión de prioridades entre nuestros valores y principios. Estas características conforman el carácter personal de la enfermera, y son capaces de influenciar sus decisiones éticas (González, 1999; Galán Gonzalez-Serna, 2016).

1.3. Estudios precedentes

Estudios secundarios como el ofrecido por Pesut (2020), revisan los argumentos de las enfermeras que rodean la eutanasia en relación con su práctica profesional. Resalta la necesidad de que *“las enfermeras reflexionen sobre esas cuestiones morales y éticas”* (Pesut *et al.*, 2020).

En esta línea, los autores Dierckx de Casterlé, Bernadette *et al.* (2010), realizaron un estudio que explora la participación de las enfermeras en el proceso de atención para pacientes terminales que solicitaron la eutanasia en hospitales generales en Flandes, Bélgica. Con respecto al papel de la enfermera en la eutanasia, los autores exponen que las *“enfermeras están involucradas en el proceso de atención que rodea la eutanasia”*, al margen del estado legal de la eutanasia en el país de estudio. Desarrollaron los temas principales que caracterizaron la participación de las enfermeras (Tabla 2). Dicho de otro modo, afirmaron: *“Las enfermeras hacen una contribución única e indispensable para hacer que el proceso de atención de la eutanasia sea un buen proceso de atención”*. Esto se vincula a la forma específica de conocimiento, experiencia, responsabilidades de las enfermeras, y su disposición (*“personal, continua y completa”*) a cuidar a los pacientes que solicitan la eutanasia y a sus familiares (Denier *et al.*, 2010; Dierckx de Casterlé *et al.*, 2010).

Participación de la enfermera	
Estar alerta ante una solicitud de eutanasia	Escucha abierta y activa
Actuar en equipo multidisciplinario de cooperación y análisis de la dinámica del grupo	Proporcionar continuamente cuidados paliativos máximos
Multitarea	Organizar y dirigir la eutanasia
Brindar apoyo a la familia, colegas y sí mismos	

Tabla 2 Características de la participación de las Enfermeras en la eutanasia según Dierckx de Casterlé

Dentro de este marco, autores como Santana Cabrera *et al.* (2010), en su estudio sobre la percepción de la enfermería sobre la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) en Gran Canaria (Islas Canarias, España), se concluye que la enfermería aún desconoce la importancia que tiene su labor *“junto a familiares y pacientes en las decisiones sobre la*

limitación del tratamiento del paciente crítico, aportando su visión humanizadora y ética de los cuidados” (Santana Cabrera *et al.*, 2010). Precisamente, los cuidados que serán proporcionados a un paciente, que ha solicitado que se le aplique la eutanasia, no difieren de lo que es conocido sobre cuidados paliativos, con la salvedad de que este tipo de casos deberán ir acompañados de un control específico a nivel administrativo: proceso de registro y cumplimentación del CI, ajustándose a lo establecido por las Guías de Buenas Prácticas Clínicas y las normas éticas.

Para abordar este aspecto sobre la percepción de las enfermeras, en la literatura se encuentran estudios como el estudio realizado por Muñoz Camargo (2012) cuyo objetivo fue conocer la valoración ética de los profesionales sanitarios respecto a las medidas extraordinarias de soporte de vida, expresa que “la mayoría está a favor una muerte digna”, en donde el 79,9% - de una muestra de 189 profesionales – se encuentra a favor de la eutanasia (Muñoz Camargo *et al.*, 2012).

También, en el contexto español, se publicó el estudio titulado “*Euthanasia and physician-assisted suicide: Knowledge, attitudes and experiences of nurses in Andalusia (Spain)*” por los autores Tamayo-Velázquez *et al.* (2012) y que incluía una muestra de 390 enfermeros andaluces de los que se obtuvo una actitud de apoyo hacia la eutanasia del 70% y del suicidio asistido del 65% en el caso de legalizarse (Tamayo-Velázquez, Simón-Lorda and Cruz-Piqueras, 2012). En esta línea, se realizó el estudio publicado por Guardia Mesa (2014), en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada (España). Los autores desarrollaron un trabajo que explora la opinión del personal de Enfermería y Auxiliares de Enfermería de la Unidad de Cuidados Paliativos de ese centro hospitalario sobre la LET, incluyendo la opción de la eutanasia, en caso de legalizarse. De una muestra de 88 encuestados, el 77% da mayor peso a la decisión del paciente. En efecto, sobre la legalización de la eutanasia, un 71,8% está a favor y un 81,4% la aplicaría en pacientes irrecuperables o en estado agónico si lo hubieran expresado previamente. Este estudio hecho en España ofrece una perspectiva sobre cómo es percibida la opción de asumir el reto sobre la legalización de la eutanasia, desde la perspectiva de las enfermeras (Guardia Mesa *et al.*, 2014).

1.4 Criterios de selección bibliográfica.

1.4.1. Frase que resume el tema de la búsqueda

Como punto de partida en este estudio se ha formulado la pregunta de investigación siguiendo el sistema PICO (del inglés *Patient, Intervention, Comparison* y *Outcomes*) (Martín *et al.*, 2007); de tal manera que la frase que orienta la búsqueda es *la actitud de la enfermera comunitaria de enlace hacia la eutanasia y el suicidio asistido*.

1.4.2. Términos utilizados en la búsqueda

Se ha realizado una búsqueda de vocabulario mediante la aplicación *HONselect* de la Health On the Net Foundation para definir las palabras clave con los términos MeSH correctos (Medical Subject Headings estandarizados). Además, ha ayudado a identificar los términos sinónimos en idioma inglés y español (*Tabla 3*).

Palabras clave (Castellano)	Inglés	Sinónimos
Enfermera/o(s)	Nurse(s)	Nurse(s) / Nursing
Eutanasia	Euthanasia	Killing, Mercy/ Mercy Killing/ Euthanasia, Voluntary / Voluntary Euthanasia
Actitud	Attitude	Attitudes

Tabla 3 Palabras clave de búsqueda

Estos términos han sido válidos para elaborar un sistema de búsqueda por concordancia exacta con el método de búsqueda de palabra completa. Así pues, la revisión bibliográfica se realizó durante 4 meses, desde octubre de 2020 hasta enero de 2021.

Se han utilizado los descriptores asociados a las palabras clave (en inglés y español) para crear fórmulas de búsqueda avanzada, en algunos casos incluyendo *Thesaurus*, mediante los operadores booleanos, y un filtro de tiempo limitado desde 2000 hasta la actualidad, dado la escasa literatura existente.

Como principal motor de búsqueda ha sido utilizado Google Scholar, y como Bases de datos de carácter nacional e internacional, y especializados en ciencias de la salud se han utilizado tres, que son:

- ✓ CUIDATGE
- ✓ CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature)
- ✓ PUBMED

La elección de los artículos fue realizada siguiendo varios pasos: inicialmente, se hace lectura del resumen y, posteriormente, se valoraba si el tema es relacionado con la actitud de la enfermera hacia la eutanasia. Tras esto, fueron descartados los artículos duplicados/repetidos, aquellos que no tenían una relación directa con el tema de estudio y también la literatura gris.

Han sido seleccionados 12 documentos que ofrecían contenido relevante para este trabajo y han sido utilizados para aportar material de referencia para componer introducción, justificación y marco teórico, así como construir la discusión del trabajo (*Tabla 4, 5 y 6*). Para profundizar más sobre los motivos de la selección bibliográfica puede dirigirse al *Anexo 2*.

Base de datos	Tipo de búsqueda	Términos de búsqueda	Resultados de la búsqueda	Documentos seleccionados
Google Scholar	Avanzada con filtro entre 2000-2020 y solo español	Al menos una: actitudes, enfermera, personal sanitario, eutanasia, suicidio asistido	1.850	<p>Muñoz Camargo, J. C. <i>et al.</i> (2012) 'Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales', <i>Enfermería Intensiva</i>. Elsevier Doyma, 23(3), pp. 104–114. DOI: 10.1016/j.enfi.2011.12.008.</p> <p>Vega Gutierrez, J. (2000) <i>Eutanasia: Concepto, tipos, aspectos éticos y jurídicos. Actitudes del personal sanitario ante el enfermo en situación terminal</i>. Available at: https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/eutanasia/EUTANASIA_2000.pdf (Accessed: 7 January 2021).</p>
CUIDATGE	Avanzada	eutanasia * enfermeria	8	<p>Guardia Mesa, M. <i>et al.</i> (2014) 'Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos - Metas de Enfermería', <i>Metas de Enfermería</i>, 17(6), pp. 58–63. Available at: https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80620/limitacion-del-esfuerzo-terapeutico-en-cuidados-intensivos/ (Accessed: 6 January 2021).</p>
CINHAL	Avanzada: CINAHL Subject Headings, Abstract available, filter from 2000 to 2020	(MM "Nurse Attitudes") AND (MM "Euthanasia+")	77	<p>Denier, Y. <i>et al.</i> (2010) 'Communication in nursing care for patients requesting euthanasia: a qualitative study', <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 19(23–24), pp. 3372–3380. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03367.x (Accessed: 6 January 2021).</p> <p>Santana Cabrera, L. <i>et al.</i> (2010) 'Percepción de las actitudes éticas de la enfermería de cuidados intensivos ante la limitación del tratamiento', <i>Enfermería Intensiva</i>, 21(4), pp. 142–149. DOI: 10.1016/j.enfi.2010.06.001.</p>

Tabla 4 Resultados de la búsqueda

Base de datos	Tipo de búsqueda	Términos de búsqueda	Resultados de la búsqueda	Documentos seleccionados
CINHAL	Avanzada: CINAHL Subject Headings, Abstract available, filter date from 2000 to 2020	(MM "Nurse Attitudes") AND (MM "Euthanasia+")	77	Tamayo-Velázquez, M.-I., Simón-Lorda, P. and Cruz-Piqueras, M. (2012) 'Euthanasia and physician-assisted suicide: Knowledge, attitudes and experiences of nurses in Andalusia (Spain)', <i>Nursing Ethics</i> , 19(5), pp. 677–691. DOI: 10.1177/0969733011436203.
PUBMED	Avanzada Filters activated: Abstract available, publication date from 2000 to 2020	(nurses attitudes) AND (euthanasia)	256	<p>Ay, M. A. and Öz, F. (2019) 'Nurses attitudes towards death, dying patients and euthanasia: A descriptive study', <i>Nursing Ethics</i>. SAGE Publications Ltd, 26(5), pp. 1442–1457. DOI: 10.1177/0969733017748481.</p> <p>Cayetano-Penman, J., Malik, G. and Whittall, D. (2020) 'Nurses' Perceptions and Attitudes About Euthanasia: A Scoping Review.', <i>Journal of holistic nursing : official journal of the American Holistic Nurses' Association</i>, p. 898010120923419. DOI: 10.1177/0898010120923419.</p> <p>Gielen, J., van den Branden, S. and Broeckaert, B. (2009) 'Religion and nurses' attitudes to euthanasia and physician assisted suicide', <i>Nursing Ethics</i>, pp. 303–318. DOI: 10.1177/0969733009102692.</p>

Tabla 5 Resultados de la búsqueda, continuación

Base de datos	Tipo de búsqueda	Términos de búsqueda	Resultados de la búsqueda	Documentos seleccionados
PUBMED	Avanzada Filters activated: Abstract available, publication date from 2000 to 2020	(nurses attitudes) AND (eutanasia)	256	<p>Holt, J. (2008) ‘Nurses’ attitudes to euthanasia: The influence of empirical studies and methodological concerns on nursing practice: Original article’, <i>Nursing Philosophy</i>, 9(4), pp. 257–272. DOI: 10.1111/j.1466-769X.2008.00373.x.</p> <p>Lavoie, M. <i>et al.</i> (2016) ‘Psychosocial determinants of nurses’ intention to practise euthanasia in palliative care’, <i>Nursing Ethics</i>. SAGE Publications Ltd, 23(1), pp. 48–60. DOI: 10.1177/0969733014557117 (Accessed: 9 January 2021).</p> <p>Pesut, B. <i>et al.</i> (2020) ‘Nursing and euthanasia: A narrative review of the nursing ethics literature’, <i>Nursing Ethics</i>, 1 February, pp. 152–167. DOI: 10.1177 / 0969733019845127 (Accessed: 9 January 2021).</p>

Tabla 6 Resultados de la búsqueda, continuación 2

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Principal:

- El objetivo principal de este estudio de opinión es determinar la actitud de las enfermeras gestoras de casos o comunitarias de enlace de atención primaria de Gran Canaria hacia a la eutanasia y el suicidio asistido.

2.2. Objetivos Específicos:

- Conocer las características sociodemográficas de las enfermeras gestoras de caso o comunitarias de enlace (género, edad, estado civil y la religiosidad⁷).
- Examinar las percepciones y actitudes de las enfermeras gestoras de caso o comunitarias de enlace sobre las consideraciones éticas y prácticas, aprecio a la vida, y creencias naturalistas relacionadas con la eutanasia o el suicidio médicamente asistido.
- Relacionar las características sociodemográficas con las actitudes de las enfermeras gestoras de caso o comunitarias de enlace.

⁷ Es el término original utilizado en el estudio *Adaptation and validation of the Euthanasia Attitude Scale into Spanish* por la autora Onieva-Zafra (2020) para identificar si se procesa una religión.

3. METODOLOGIA DEL ESTUDIO

3.1. Diseño, metodología y justificación

Con el propósito de dar respuesta a los objetivos expuestos, se plantea un estudio de finalidad descriptiva, de temporalidad transversal, un sentido de la investigación prospectivo y una actitud del investigador observacional, con el que se realiza un análisis cuantitativo y un perfil correlacional de variables (la actitud hacia la eutanasia y perfil sociodemográfico) (Seoane *et al.*, 2007).

Para ello, se ha utilizado el Euthanasia Attitude Scale (EAS) traducido al español y un cuestionario sociodemográfico. El EAS se trata de un cuestionario validado auto-contestado (Onieva-Zafra *et al.*, 2020). Según Casas, *et al.* (2002), el uso de cuestionarios permite una recopilación de la información uniforme obteniendo y elaborando datos “de modo rápido y eficaz” (Casas, Repullo and Donado, 2003).

Teniendo en cuenta la naturaleza de este estudio, esta metodología se considera adecuada, debido a que éste describe un hecho o situación en un periodo determinado en el que no existe la influencia o intervención por parte del investigador. Este aspecto ayuda a conseguir datos homogéneos, validos, fiables, comparables entre sí, permitiendo una actitud objetiva del investigador y universal que produzca afirmaciones por método deductivo (Roldán-Merino and Casas García, 2015).

El lugar de desarrollo del estudio fue la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria y ha contado con un tiempo de ejecución de 2 meses comprendidos entre marzo y mayo de 2021. Información adicional sobre el cronograma del estudio se recoge en el apartado 9.

3.2. Población y Muestra

La población a estudiar en esta investigación corresponde al grupo de Enfermeras Gestoras de Casos o Comunitarias de Enlace de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

3.2.1. Criterios de inclusión y exclusión

Para llevar a cabo una selección de sujetos que mantenga una homogeneidad y equidad en cuanto a cualidades mínimas de la muestra, se debe cumplir necesariamente con los siguientes requisitos:

- Ser profesional de la enfermería adscrito a la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.
- Desempeñar tareas de gestión de casos o comunitarias de enlace en el último año.
- Aceptar participar voluntariamente en el estudio.
- Cumplimentar correctamente el CI.

Por el contrario, no son incluidos los sujetos que cumplan una o varios criterios de exclusión, como son:

- Que no sea profesional de enfermería en la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.
- Que no hayan desempeñado actividades de gestión de casos o comunitarias de enlace en el último año.
- Que se encuentre ausente por motivos personales en el periodo de recogida de datos.
- Que no haya cumplimentado el consentimiento informado.
- Que no quieran participar en el estudio.

3.2.2. Selección muestral

La muestra ha sido seleccionada mediante muestreo no probabilístico de conveniencia por el alcance y accesibilidad del investigador hacia todos los sujetos de la población a estudio. Se trata de un grupo estable compuesto por 29 enfermeras que prestan cuidados de forma continuada. Existen otras 2 ECE que han sido reubicadas en puestos colaborativos en el último año debido al contexto epidemiológico actual por SARS-COV2. La población total a estudio es de 31 ECE.

3.3. Métodos y técnicas de recogida de datos

3.3.1. Cuestionario Euthanasia Attitude Scale (EAS) traducido al español

El EAS es un tipo de cuestionario auto-contestado, que presenta varias ventajas para este tipo de estudio, pues es más barato con respecto a los realizados mediante entrevista personal, más fácil para encuestar un gran número de individuos, se elimina el sesgo del entrevistador, permite una situación más cómoda para el encuestado, una mayor estandarización y uniformidad de la presentación del material. Consta de 21 ítems agrupados en 4 dominios (*Tabla 7*), que permite 5 opciones de respuesta (totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo), con una Escala tipo Likert que va desde 1 a 5 puntos; sus valores ayudan a medir la tendencia de negativa a positiva. De este modo se obtiene un rango de puntuación que va desde los 21 (actitud más negativa hacia la eutanasia) a 105 (actitud más positiva hacia la eutanasia). Referenciado en la obra de Onieva-Zafra *et al.* (2020) se expone que esta herramienta ha sido validada y traducida al español proveniente del formato original actual creado por las autoras Chong y Fok en 2004 (Onieva-Zafra *et al.*, 2020). Para la validación de la escala traducida al español se encuestó a un total de 396 estudiantes de enfermería, el cual obtuvo un resultado de consistencia demostrada con un *Alpha Chronbac* = 0.88. Además, este valor fue cotejado con dos pruebas de idoneidad para la detección de estructuras; la primera,

mediante la medida de adecuación muestral de *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* cuyo valor fue de 0.905; y la segunda, mediante la *Test de esfericidad de Bartlett*, que obtuvo un valor $p < 0.001$ (Onieva-Zafra *et al.*, 2020).

Dominios	Ítems	Intervalo de Puntos
Consideraciones éticas	11	11 - 55
Consideraciones prácticas	4	4 - 20
Atesorar la vida	4	4 - 20
Creencias naturalistas	2	2 - 10
TOTALES	21	21 - 105

Tabla 7 Estructura de la *Euthanasia Attitude Scale*

Al EAS se le anexa un cuestionario sociodemográfico que consta de 4 ítems que añade variables demográficas, como son el género, la edad, el estado civil y la religión. Puede consultar el cuestionario en el *Anexo 4*.

3.3.2. Captación de participantes y recogida de cuestionarios

A fin de lograr el mayor alcance de participantes, han sido ofrecidos dos formatos de encuesta: papel y digital tipo Formato de Documento Portátil (PDF). Por ello, se ha diseñado un plan de promoción del estudio que invite a participar a todos los miembros del grupo de ECE de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria. De modo que, la recepción de la solicitud con la hoja de información al participante, el consentimiento informado y una copia del cuestionario sea accesible para todos los profesionales. En este sentido, se han llevado a cabo diferentes métodos de difusión según alcance con los distintos miembros: método “*face to face*” (por proximidad) y método a distancia a través del correo corporativo.

Para comodidad de los participantes y así fomentar su participación, la recogida de los documentos que han sido cumplimentados, se ha recogido en formato digital, vía correo electrónico, o bien en formato impreso, con entrega presencial o haciendo uso del servicio de mensajería interna en sobre cerrado.

3.4. Variables de estudio

3.4.1. Variables Dependientes

La variable principal dependiente corresponde al resultado del cuestionario Euthanasia Attitude Scale traducido al español. Cada uno de sus 21 elementos es medido en una Escala tipo Likert ordinal de 1 a 5, a la que cada punto se le atribuye un valor cualitativo graduado que determina la intensidad y dirección de la actitud hacia la eutanasia. La *puntuación obtenida* de cada escala ofrece un valor absoluto que ha sido tratado como variable cuantitativa discreta, y a su vez se han agrupado (*Grupo de actitud*) en 3 categorías de orden cualitativo según el rango de puntuación obtenido por las ECE (*Actitud negativa* = [21-49 puntos]; *Actitud neutra* = [50-77 puntos]; y *Actitud positiva* = [78-105 puntos]).

3.4.2. Variables Independientes

Son aquellas variables de atribución representadas en el cuestionario sociodemográfico. Para este estudio son descritas 4:

1. *Género (masculino o femenino)*. Hace referencia a las características fenotípicas con las que los sujetos se identifican, independientemente del sexo genético. Se trata de una variable cualitativa nominal, dicotómica.

2. *Edad (en años)*. Hace referencia a la edad en el momento de ser encuestado. Se trata de una variable cuantitativa discreta. A su vez se han agrupado (*Grupo etario*) en 2 categorías de orden cualitativo según el rango de edad observado en las ECE (*Grupo 1* = [hasta 45 años] y *Grupo 2* = [mayores a 45 años]).

3. *Estado civil (soltero/a, casado/a, separado/a, divorciado/a, viudo/a)*. Permite atribuir un valor a la condición de estado civil del participante en el momento de ser encuestado. Se trata de una variable cualitativa nominal, politómica.

4. *¿Profesa alguna religión? (SI o NO)*. Determina la religiosidad del participante. A esta variable se le atribuye un valor cualitativo nominal, dicotómico.

3.5. Análisis de datos

Para este estudio se ha realizado un análisis cuantitativo de los datos obtenidos.

En primer lugar, fue realizada la descripción de todas las variables del estudio y su relación de dependencia e independencia. Seguidamente, las variables que representan el perfil sociodemográfico (género, edad, estado civil y religiosidad) se han sometido a un análisis univariante de distribución y de tendencia central -para las variables cuantitativas-, y un análisis univariante de frecuencia y proporciones -para las variables cualitativas-. En el caso de la encuesta, se ha analizado con ambos métodos (datos absolutos y datos categóricos agrupados).

Posteriormente se ha procedido con el análisis bivariante con un análisis de asociación mediante pruebas paramétricas o no paramétricas, según el tipo de distribución observado, entre variables independientes y dependiente (*Figura 3*). Se ha utilizado un Intervalo de Confianza (*IC*) del 95% para $\alpha = 0,05$.

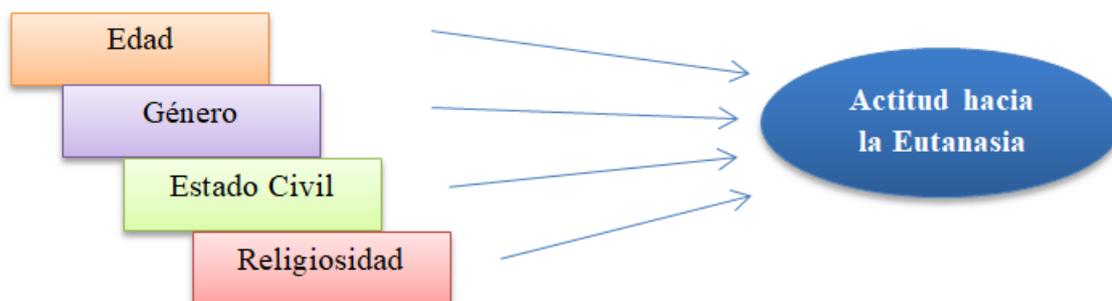


Figura 3 Influencia de las variables independientes sobre la actitud hacia la eutanasia

De este modo, se realizó el estudio a través del Coeficiente de correlación de Pearson, la U de Mann-Whitney, Chi-cuadrado, ANOVA de un factor y Prueba-T para confrontar las variables de estudio tal como se muestra en la *Tabla 8*.

	Edad	Género	Estado civil	Religiosidad
Puntuación	Coe. corr. Pearson	-	ANOVA	Prueba-T
Grupo actitud	-	U Mann- Whitney	Chi-cuadrado	-

Tabla 8 Relación de pruebas estadísticas según variables

Para el análisis estadístico se ha utilizado el software estadístico IBM SPSS Statistics versión 26.0.

4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Siguiendo los requisitos de solicitud de aprobación y registro de la investigación, han sido elaborados los informes necesarios de la organización (*Anexo 3*). De este modo, se aportaron: el documento de *Compromiso del Investigador* en el que queda identificado el investigador principal como figura responsable del estudio, el *Informe Económico* del estudio, el *Protocolo* al que se refiere el estudio, la *Autorización del Tutor/a Docente*, además de la *Hoja de Información al Participante (HIP)* y la *Hoja de Consentimiento Informado (CI)* de aceptación y revocación para participar en el estudio, que pueden ser consultadas en el *Anexo 4*.

Tras esto, el estudio recibió el Dictamen de aprobación del Comité de Ética de la Investigación (CEI) del Hospital Universitario General de Gran Canaria Doctor Negrín⁸ y Conformidad de la dirección del centro recogidos en el Acta 3/2021, Código CEIm H.U.G.C. Dr. Negrín: 2021-114-1 (*Anexo 3*).

Para el uso del cuestionario validado fue solicitada su autorización previa y una copia original a la autora principal de la misma, la Doctora María Dolores Onieva-Zafra, mediante correo electrónico, identificando los datos del investigador principal del presente estudio, tutora, universidad y motivo de estudio.

El proceso de recogida de datos y la captación de los participantes para el cuestionario respeta los principios de la Declaración de Helsinki de 2013⁹, sobre autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Todos los participantes han sido informados sobre el proyecto mediante la HIP, además se les han proporcionado un CI con información suficiente y clara del estudio (objetivo principal, método, implicaciones éticas y de derecho...), además clara información sobre su desistimiento en cualquier momento, de tal forma que quede constancia de la voluntariedad, entendimiento y aceptación mediante firma, según se recoge en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, *básica reguladora de la autonomía del paciente y sus derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, así como la Ley 14/2007, de 3 de

⁸ El Hospital Universitario General de Gran Canaria Doctor Negrín comparte su CEI con la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria donde se ha llevado a cabo el presente estudio.

⁹ La versión actual (2013) es la única oficial y reemplaza todas las anteriores, salvo para fines históricos.

julio, *de Investigación Biomédica (LIB)*, que en su Artículo 4 señala la obligación de que los participantes firmen un consentimiento informado.

La participación de los sujetos ha sido completamente voluntaria y no han recibido contraprestación económica por participar. Se ha pedido permiso a los participantes para publicar los datos obtenidos en este estudio.

En el caso concreto de este estudio, todos los datos que se recopilan provenientes de los participantes han sido tratados con plenas garantías de anonimato y de manera confidencial. Esta información y datos no serán cedidos a terceros bajo ningún concepto. Los ficheros generados han sido codificados por el investigador principal. Así mismo, por parte de este investigador no existe conflicto de intereses con ninguna persona ni empresa, según versa en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, *de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*.

Este estudio pretende aplicar la legislación vigente en materia de igualdad de género¹⁰ y su derecho a ser representada, los resultados han sido tratados desde la perspectiva de género. Por ello, la variable dicotómica clásica “Sexo” ha pasado a denominarse “Género” con las opciones de “masculino” o “femenino”.

¹⁰ Ley 2/2019, de 7 de marzo, para la igualdad efectiva entre mujeres y hombres.

5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Con el fin de gestionar las limitaciones del estudio se ha elaborado un breve análisis DAFO, acrónimo de *Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades*. Estudios como el publicado por Moral *et al.* (2017) señalan la aportación de este tipo de estrategias para mejorar la calidad de las investigaciones valorando aspectos positivos y negativos actuales, con un carácter interno y externo, y una visión de futuro (Moral *et al.*, 2017)

Este estudio ha contemplado las limitaciones presentes en cuanto al poco tiempo de estudio. Al tratarse de un estudio orientado al Trabajo Final de Máster (TFM), las fechas previstas para cumplir con el cronograma establecido se han de ajustar al calendario académico.

Respecto a la capacidad de absorber sujetos de población, se asume la posibilidad de haber pérdidas de sujetos encuestados, debido a que de ello depende la voluntariedad por parte de las enfermeras. Se ha logrado poco tamaño poblacional en términos absolutos pudiendo debilitar la fuerza de los resultados. Sin embargo, se trata de un número muy representativo de la población a estudio.

El uso de un cuestionario auto-contestado puede presentar ciertas limitaciones en cuanto a la elaboración de las cuestiones (simples y cerradas a las opciones de respuesta establecidas), suele haber una baja tasa de respuestas, la imposibilidad de poder clarificar/explicar las preguntas, y no se puede garantizar quien responde y si lo hace solo.

Por este motivo, el uso de una herramienta validada ayuda a producir resultados que puedan ser comparados, principalmente en este caso que el grupo de ECE abarca un área de salud en una isla de 855.500 habitantes¹¹.

El presente trabajo trata un tema novedoso. La literatura en España sobre el área estudio es escasa, pero no en otros países de similares características de la Unión Europea, donde eutanasia y suicidio asistido están permitidos.

¹¹ Datos del Instituto Canario de Estadística para la población censada en Gran Canaria a 01/01/2020

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

6.1. Análisis del perfil sociodemográfico del encuestado

Se ha realizado un análisis descriptivo univariante de cada una de las cuatro variables de atribución sociodemográfica para las que han sido presentados los resultados acompañado de la discusión frente a otras publicaciones. Se encuestó a (n) = 30 participantes.

6.1.1. Edad. Resultados y discusión

El perfil sociodemográfico sitúa la media aritmética de **edad** de la población estudiada en 46,33 años (Desviación Estándar (DS) $\pm 7,67$), donde el valor más frecuente corresponde a una edad de 49 años (*Tabla 9*).

Por rango de edad, el *Grupo 1* de hasta 45 años aglutina al 36,67% ($n = 11$), y el *Grupo 2* de mayores a 45 años es el que más predomina con un 63,3% del total ($n = 19$) (*Figura 4*). A nivel regional, este dato etario es sustancialmente diferente en las enfermeras del Sistema Nacional de Salud (SNS) que ejercen en Canarias. El informe publicado por el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España (2012) expone que las enfermeras censadas en Canarias con edad a partir de 40 años representan solo el 38,68% entre ambos géneros. De modo que, el resto de grupos de menor edad son los que predominan con un 61,32% en Canarias (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, 2012). Por consiguiente, se extrae que la población de este estudio está compuesta por enfermeras más mayores. No obstante, mediante la prueba de Shapiro-Wilk (utilizada en muestras ≤ 50 observaciones) la edad de los participantes presenta una distribución normal (Sig. = 0.235) (*Tabla 10*).

Estadísticos

Años		
N	Válido	30
	Perdidos	0
Media		46,33
Mediana		47,50
Moda		49
Desv. Desviación		7,671
Asimetría		-0,670
Error estándar de asimetría		0,427
Curtosis		0,225
Error estándar de curtosis		0,833
Rango		31
Mínimo		28
Máximo		59

Tabla 9 Resultados estadísticos para la variable edad

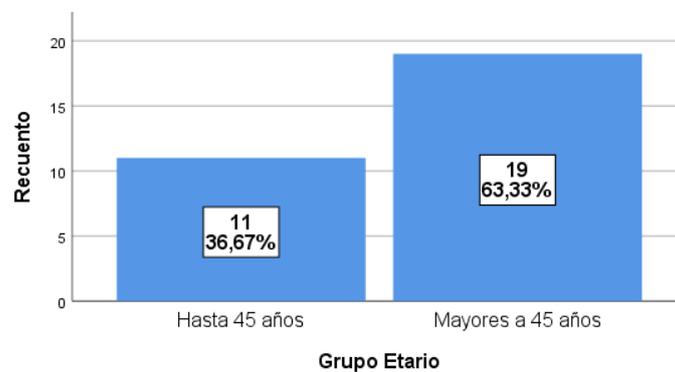


Figura 4 Distribución por grupos etarios

Prueba de normalidad edad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Años	0,135	30	0,174	0,955	30	0,235

a. Corrección de significación de Lilliefors

Tabla 10 Prueba de normalidad para la variable edad

6.1.2. Género. Resultados y discusión

El **género** del encuestado se distribuyó de manera desigual. Del total de la población estudiada ($n = 30$) la presencia femenina fue del 90% ($n = 27$), y la masculina del 10% ($n = 3$) (Figura 5). La distribución obtenida por la prueba de normalidad muestra un resultado p -valor = 0,001 por lo que la variable no presenta una distribución normal (Tabla 11). Esta disparidad representa un dato que circunda la realidad general, debido a que el mayor peso proporcional en la enfermería recae en el género femenino. Así se refleja en el informe del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España (2012) donde se observa que la existencia de una proporción desigual entre géneros a favor del género femenino es lo “normal” (71,27% en Atención Primaria de Canarias).

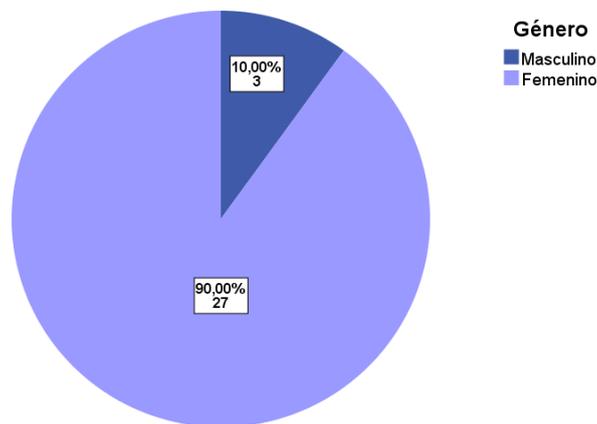


Figura 5 Proporciones de género

Género	Pruebas de normalidad género					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
	0,528	30	0,001	,347	30	0,001

a. Corrección de significación de Lilliefors

Tabla 11 Prueba de normalidad para la variable género del encuestado

6.1.3. Estado civil. Resultados y discusión

En cuanto a la variable **estado civil** los datos obtenidos muestran una estimación puntual de un 63,3% ($n = 19$) para la categoría “*Casado/a*”, siendo el estado civil más común de los encuestados, seguido de las categorías “*Soltero/a*” (16,67%, $n = 5$); “*Separado/a*” (10%, $n = 3$); “*Divorciado/a*” (6,67%, $n = 2$); y “*Viudo/a*” (3,33%, $n = 1$) (Figura 6). La distribución obtenida por la prueba de normalidad muestra un resultado p-valor = 0,001 por lo que la variable no presenta una distribución normal (Tabla 12).

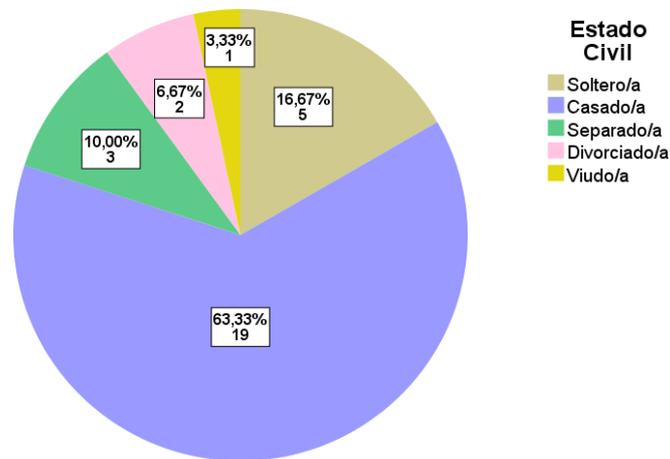


Figura 6 Diagrama de sectores para las categorías del estado civil

	Pruebas de normalidad estado civil					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Estado Civil	0,372	30	0,001	0,763	30	0,001

a. Corrección de significación de Lilliefors

Tabla 12 Prueba de normalidad para la variable estado civil

6.1.4. Religiosidad. Resultados

Por consiguiente, en el análisis de la variable **religiosidad** se observa una mayoría que “NO” profesa alguna religión (66,67%, $n = 20$). Se muestra un resultado aritméticamente significativo con la participación exacta del doble de personas que no profesan una religión frente a los que sí lo hacen (33,33%, $n = 10$). Este dato se muestra en la *Figura 7* expresado en proporción porcentual. La distribución obtenida por la prueba de normalidad muestra un resultado p-valor = 0,001 por lo que la variable no presenta una distribución normal (*Tabla 13*).

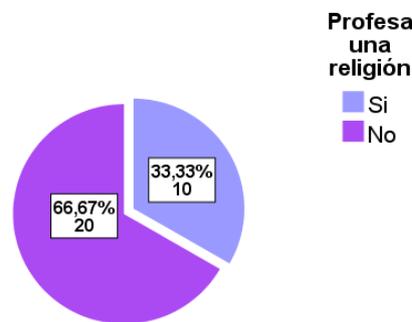


Figura 7 Proporciones de respuesta en la variable religiosidad

	Pruebas de normalidad religiosidad					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Profesa una religión	0,423	30	0,001	0,597	30	0,001

a. Corrección de significación de Lilliefors

Tabla 13 Prueba de normalidad para la variable religiosidad

Esta variable ha sido contrastada en el apartado análisis de asociación más adelante donde realiza su discusión. La información recogida en los resultados presentados hasta el momento nos ayuda a interpretar cual es el perfil central más representativo de la población estudiada.

6.2. Análisis de los resultados del cuestionario EAS

Se ha realizado un análisis univariante de las *puntuaciones obtenidas*, así como de las categorías que componen los *grupos de actitud*. Han sido presentados los resultados de ambas categorías, además se muestra la discusión frente a otros autores al final del apartado.

Las **puntuaciones obtenidas** muestran una media aritmética 83,03 puntos (DS= $\pm 7,618$) (*Tabla 14*), donde los valores observados con más frecuencia han sido 76, 87 y 88 ($n = 3$ cada) (*Tabla 15*). Se trata de una moda que se sitúa entre los grupos de *actitud neutra* [50-77 puntos] y *actitud positiva* [78-105 puntos]. La prueba de normalidad muestra que la puntuación obtenida por las ECE en este estudio presenta una distribución normal (Sig. = 0,465) (*Tabla 16 y Figura 8*).

Estadísticos		
Puntuación de la escala		
N	Válido	30
	Perdidos	0
Media		83,03
Mediana		84,00
Moda		76 ^a
Desv. Desviación		7,618
Varianza		58,033
Asimetría		-0,602
Error estándar de asimetría		0,427
Curtosis		0,269
Error estándar de curtosis		0,833
Rango		33
Mínimo		64
Máximo		97
Suma		2491

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Tabla 14 Resultados estadísticos para la variable puntuación obtenida

Puntuación de la escala					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	64	1	3,3	3,3	3,3
	69	1	3,3	3,3	6,7
	70	1	3,3	3,3	10,0
	74	1	3,3	3,3	13,3
	76	3	10,0	10,0	23,3
	79	2	6,7	6,7	30,0
	81	1	3,3	3,3	33,3
	82	2	6,7	6,7	40,0
	83	2	6,7	6,7	46,7
	84	2	6,7	6,7	53,3
	85	1	3,3	3,3	56,7
	86	1	3,3	3,3	60,0
	87	3	10,0	10,0	70,0
	88	3	10,0	10,0	80,0
	89	1	3,3	3,3	83,3
	90	1	3,3	3,3	86,7
	91	2	6,7	6,7	93,3
	95	1	3,3	3,3	96,7
	97	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Tabla 15 Frecuencias observadas para las puntuaciones del cuestionario EAS

	Pruebas de normalidad puntuación					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Puntuación de la escala	0,113	30	0,200*	0,967	30	0,465

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

Tabla 16 Prueba de normalidad para la variable puntuación obtenida

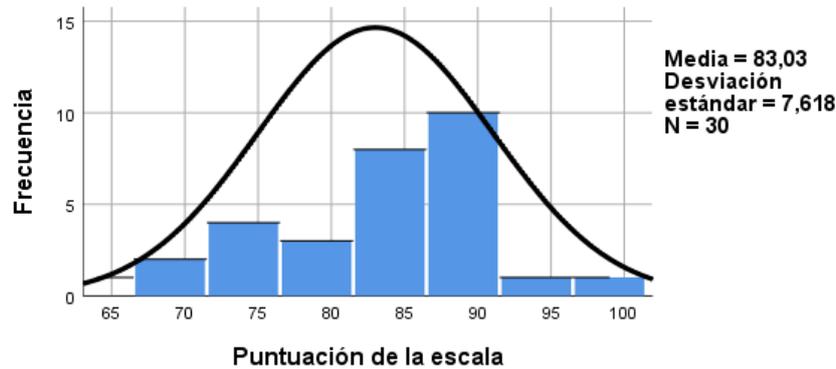


Figura 8 Histograma con línea de la curva para la variable puntuación obtenida

La EAS pretende posicionar la actitud frente a la eutanasia entre dos límites contrapuestos que van desde la actitud negativa hasta la actitud positiva. En este estudio se han definido 3 **grupos de actitud** que, de manera ordinal, dividen los rangos de puntuación obtenidos en niveles. Así pues, en el siguiente escalón de análisis se muestran los resultados obtenidos para esta variable.

El análisis realizado muestra una estimación puntual de un 76,67% ($n = 23$) para el grupo de “actitud positiva”, siendo el grupo con mayor número de puntuaciones dentro de su rango ([78-105]); seguido del grupo de “actitud neutra” (23,33%, $n = 7$) con un rango que puntuaciones que se encuentran entre [50-77] puntos; por el contrario el grupo de “actitud negativa” no ha obtenido ninguna puntuación en rango [21-49] quedando esta categoría desierta (Figura 9). La distribución obtenida por la prueba de normalidad muestra un resultado p-valor = 0,001 por lo que la variable no presenta una distribución normal (Tabla 17).

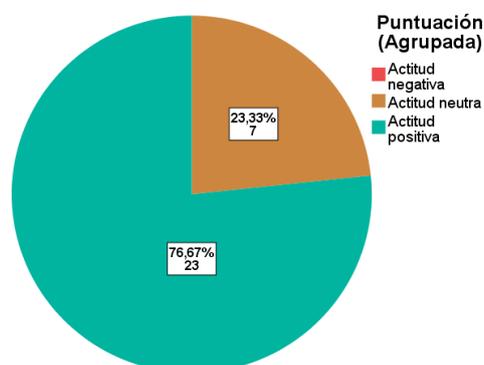


Figura 9 Diagrama de sectores para la variable grupo de actitud

Pruebas de normalidad grupo actitud

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Puntuación (Agrupada)	0,473	30	0,001	0,526	30	0,001

a. Corrección de significación de Lilliefors

Tabla 17 Prueba de normalidad para la variable grupo de actitud

De este modo, los resultados obtenidos en el análisis de estas variables muestran que las puntuaciones obtenidas por las enfermeras no posicionan ningún resultado en el grupo de *actitud negativa*. La mayoría de las puntuaciones son ≥ 78 puntos, por consiguiente, mantienen una actitud a favor. Las actitudes hacia la eutanasia exploradas por otros autores como Muñoz Camargo (2012) en el ámbito hospitalario y dentro del contexto español, muestran que al ser cuestionados sobre su posicionamiento a favor de la eutanasia el 79,9% ha respondido afirmativamente, constatando que la mayoría de los profesionales que fueron encuestados ($n = 189$) se muestran a favor de la muerte digna (Muñoz Camargo *et al.*, 2012). Con distintas herramientas de medida, la proporción de actitudes positivas hacia la eutanasia ofrece resultados porcentuales casi similares. Un 76,67% para el presente estudio.

Estos datos vislumbran una serie de elementos que están relacionados con cuales son aquellas percepciones que las enfermeras valoran para determinar su posición de actitud y que han sido analizadas en el siguiente apartado.

6.3. Análisis de los dominios de la encuesta y su puntuación

Para guiar esta sección se ha formulado la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las percepciones y actitudes de las enfermeras gestoras de casos o comunitarias de enlace más representativas?

Para dar respuesta a esta cuestión se ha realizado un análisis univariante de frecuencia y porcentajes en cada uno de los dominios que componen el cuestionario EAS: las consideraciones éticas y prácticas, aprecio a la vida, y creencias naturalistas relacionadas con la eutanasia. Son presentados los resultados de los dominios y se muestra la discusión integrada.

En el análisis estadístico de estimación puntual realizado en el Dominio 1 “Consideraciones éticas” el resultado obtenido muestra una puntuación para este conjunto de elementos (suma de valores más frecuentes) de 48/55 (87,27% hacia la positividad), en el Dominio 2 “Consideraciones prácticas” esta suma de valores más frecuentes fue de 16/20 (80,0% hacia la positividad), en el Dominio 3 “Apreciando la vida” corresponde a un resultado de 19/20 (95,0% hacia la positividad), y en el Dominio 4 “Creencias naturalistas” este resultado fue igual a 7/10 (70,0% hacia la positividad). Estos resultados se detallan en la *Tabla 18*.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el presente estudio, se observa que el mayor peso de las puntuaciones más repetidas viene dada por las respuestas a las consideraciones prácticas y el aprecio por la vida. Este dato ayuda a transportar la actitud que muestra la población de enfermeras encuestadas hacia estos valores como elementos más destacados de su posicionamiento. De hecho, los resultados de un reciente estudio procedente de Australia (Cayetano-Penman, Malik and Whittall, 2020) mostraron que son factores de una actitud positiva hacia la eutanasia la identificación de sufrimiento en el paciente, respetar su derecho a morir y legalizar la eutanasia. Estos factores son apoyados por los resultados de este estudio con un total acuerdo en que “1. La eutanasia debe ser aceptada en la sociedad actual” (70,0%), “3. Una persona con una enfermedad terminal tiene el derecho de decidir morir” (86,7%), y una oposición total a que “7. La eutanasia debe ir contra la ley” (70,0%) (*Tabla 18*).

Dominio 1 Consideraciones éticas (11 Ítems)	Opción más frecuente	Estadísticos	Puntos de la opción
1. Una persona con una enfermedad terminal tiene el derecho de decidir morirse.	Totalmente de Acuerdo	26 (86,7%)	5
2. Inducir la muerte por una razón misericordiosa es incorrecto.	Ni de acuerdo Ni desacuerdo	8 (26,7%)	3
3. La eutanasia debe ser aceptada en la sociedad actual.	Totalmente de Acuerdo	21 (70,0%)	5
4. Nunca hay casos en los que la eutanasia sea apropiada.	Totalmente Desacuerdo	17 (56,7%)	5
5. La eutanasia es útil en el momento y lugar adecuados.	Totalmente de Acuerdo	19 (63,3%)	5
6. La eutanasia es un acto humano.	de Acuerdo	11 (46,7%)	4
7. La eutanasia debe ir contra la ley.	Totalmente Desacuerdo	21 (70,0%)	5
8. La eutanasia debe usarse cuando la persona tiene una enfermedad terminal.	Ni de acuerdo Ni desacuerdo	12 (40,0%)	3
9. Acabar con vidas humanas es incorrecto sin importar las circunstancias.	Desacuerdo	13 (43,3%)	4
10. La eutanasia es aceptable en los casos en los que no existe esperanza de recuperación.	de Acuerdo	12 (40,0%)	4
11. La eutanasia le da a una persona la oportunidad de morir con dignidad.	Totalmente de Acuerdo	20 (66,7%)	5
Rango de puntos	[11-55]	Subtotal	48
Dominio 2 Consideraciones prácticas (4 Ítems)			
12. La eutanasia es aceptable si la persona es mayor.	Totalmente Desacuerdo	11 (36,7%)	5
13. Si una persona con una enfermedad terminal o una lesión está cada vez más preocupada por la carga que su deterioro de la salud ha causado a su familia, apoyaré su solicitud de eutanasia.	Ni de acuerdo Ni desacuerdo	12 (40,0%)	3
14. La regulación de la eutanasia conducirá a abusos.	Desacuerdo	12 (40,0%)	4
15. Tengo fe en el sistema sanitario local para implementar la eutanasia adecuadamente.	de Acuerdo	18 (60,0%)	4
Rango de puntos	[4-20]	Subtotal	16
Dominio 3 Apreciando la vida (4 Ítems)			
16. Hay muy pocos casos en los que la eutanasia es aceptable.	Desacuerdo	13 (43,3%)	4
17. La eutanasia debe practicarse sólo para eliminar el dolor físico y no el dolor emocional.	Totalmente Desacuerdo	15 (50,0%)	5
18. El trabajo de uno es mantener y preservar la vida, no terminar con ella.	Desacuerdo	12 (40,0%)	4
19. Una clave de la ética profesional de los profesionales sanitarios es prolongar vidas y no acabar con ellas.	Desacuerdo	13 (43,3%)	4
Rango de puntos	[4-20]	Subtotal	17
Dominio 4 Creencias naturistas (2 Ítems)			
20. Una persona no debe mantenerse con vida artificialmente a través de máquinas.	Ni de acuerdo Ni desacuerdo	10 (33,3%)	3
21. La muerte natural es una cura para el sufrimiento.	Desacuerdo	9 (30,0%)	4
Rango de puntos	[2-10]	Subtotal	7
Rango de puntos totales	[21-105]	TOTAL	88

Tabla 18 Respuestas más repetidas por las enfermeras en la Euthanasia Attitude Scale (EAS)

6.4. Análisis de la asociación entre variables

El análisis de la asociación entre variables se ha segmentado en 4 bloques donde se han analizado la asociación entre *puntuación obtenida* frente al resto de variables de atribución sociodemográfica. Se han ofrecido los resultados y una discusión de los mismos.

6.4.1. Asociación edad vs puntuación obtenida

Siguiendo el orden de variables de atribución, se exponen los resultados del análisis de asociación bivariante entre **edad** y **puntuación obtenida**. Para ello, se realizó la prueba estadística del coeficiente de correlación de Pearson con el planteamiento de la hipótesis nula ($H_0 = p\text{-valor} > 0,05$) “ausencia de relación estadística entre variables” y la hipótesis alternativa ($H_1 = p\text{-valor} < 0,05$) “existe relación estadística entre las variables”.

En la *Tabla 19* se puede observar que el coeficiente de correlación toma el valor -0,127, es decir un valor próximo a 0 y negativo. La asociación entre los valores de las dos variables es débil y, además, de sentido inverso, es decir, negativa, cuando crece una variable disminuye la otra.

Pero ¿esta relación es estadísticamente real?, o dicho de otra forma, ¿qué probabilidad de error existe cuando se rechaza la hipótesis nula (la ausencia de relación entre variables)?. La significación bilateral nos informa que la probabilidad de cometer el Error Tipo I es mayor que 0,05, con lo que se rechaza con mucha seguridad la hipótesis alternativa y se acepta que las dos variables no están asociadas (Sig. = 0,503).

En la *Figura 10* se ha representado la relación entre la edad en años de los encuestados y la puntuación obtenida en la encuesta EAS para la población de estudio. El coeficiente de correlación de Pearson nos ofrece un resultado de $r = -0,127$, esto es, una asociación negativa y débil entre las dos variables. En el gráfico aparecen, también, la línea de

mejor ajuste de los datos (la línea discontinua), la línea roja que representa la media de la edad expresada en años de la población encuestada y la línea azul, la media de la puntuación obtenida en la escala.

Correlaciones años vs puntuación

		Años	Puntuación de la escala
Años	Correlación de Pearson	1	-0,127
	Sig. (bilateral)		0,503
	N	30	30
Puntuación de la escala	Correlación de Pearson	-0,127	1
	Sig. (bilateral)	0,503	
	N	30	30

Tabla 19 Tabla de resultados para la prueba de correlación entre edad y puntuación obtenida

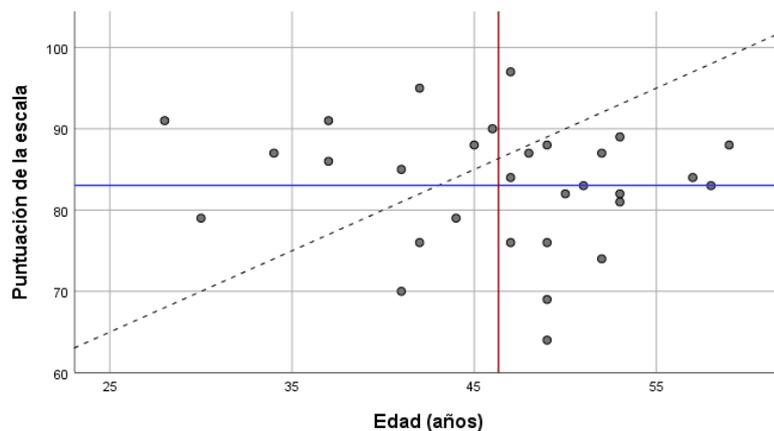


Figura 10 Diagrama de dispersión para las variables edad y puntuación

En cualquier caso, hay que tener en cuenta que aunque no sea significativo puede tener importancia. El tamaño muestral es pequeño, esto conlleva a que los resultados tengan poca fuerza estadística y quizás por eso no es significativo, pero esa diferencia puede tener valor. Profundizando en este análisis, ¿tienen edad media diferente los que profesan una religión o no la profesan? Se ofrece a continuación este resultado comparativo entre edad vs religión mediante el estadístico Test-T.

6.4.1.1. Asociación edad vs religiosidad

Para el contraste de esta asociación se utilizó la prueba estadística Test-T de comparación de medias, ya que se trata de un test analítico bivariante que soporta el análisis de variables no paramétricas dicotómicas. La media muestral obtenida es de $\bar{X} = 46,33$ años ($\pm 7,67$). De este modo se plantea, por un lado la $H_0 =$ "la edad media de los participantes es similar entre los que profesan una religión respecto de los que no ", y del otro la $H_1 =$ "la edad media de los participantes es distinta entre los que profesan una religión respecto de los que no".

El paso preliminar para el estudio analítico de la prueba es observar la F de Levene = 0,864 cuya probabilidad asociada a este estadístico es 0,361, es decir mayor a 0,05. Por tanto, si existe igualdad de varianzas y consecuentemente se ha utilizado la fila superior "Se asumen varianzas iguales" continuando con el análisis (*Tabla 20*).

Test-t	Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias							
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	99% de intervalo de confianza de la diferencia		
								Inferior	Superior	
Puntuación de la escala	Se asumen varianzas iguales	0,864	0,361	0,331	28	0,743	1,000	3,018	-5,182	7,182
	No se asumen varianzas iguales			0,378	25,397	0,708	1,000	2,643	-4,438	6,438

Tabla 20 Prueba igualdad para las variables edad y religiosidad

Siguiendo, se muestra el estadístico t de Student = 0,331, que para $gl = 28$ y un nivel de confianza del 95% resulta una significación bilateral = 0,743. Este valor es justamente el que permite decidir sobre la igualdad o no de medias. Puesto que el valor es mayor a 0,05 ($IC = 95\%$), se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias, es decir, aceptar que

la edad media de los participantes es distinta entre los que profesan una religión respecto de los que no tendrá una probabilidad asociada de error del 74,3%. Mostrado en la siguiente *Figura 11* se observa gráficamente que la media entre ambos grupos (SI Profesa, $\bar{X} = 49$ años; NO Profesa, $\bar{X} = 47$ años) no dista de la media observada en la muestra (la línea roja discontinua).

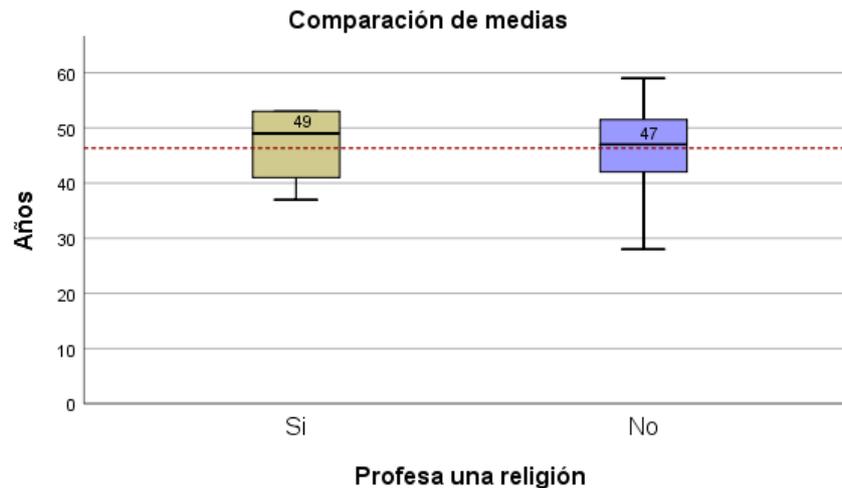


Figura 11 Diagrama cajas de edad media según religiosidad

6.4.2. Asociación género vs grupo de actitud

A continuación se exponen los resultados del análisis de asociación entre **género** y **grupo de actitud**. Para ello, se realizó la prueba estadística de U de Mann-Whitney, a pesar de que no se han logrado localizar trabajos de investigación que muestren resultados sobre la asociación entre las variables de estudio de esta sección, esta prueba es uno de test analíticos estadísticos bivariantes de contraste de hipótesis más frecuentes utilizados para analizar asociaciones entre variables cuantitativas y variables cualitativas ordinales (Díaz Portillo, 2011). De este modo se plantea, por un lado la $H_0 =$ "el grupo de actitud no es distinto en ambos géneros", y del otro la $H_1 =$ "el grupo de actitud es distinto entre los géneros".

En primer lugar se ofrecen los resultados del cruce de variables mediante una tabla de contingencia de 2x2 y con totales marginales de columna (*Tabla 21*). Se puede observar

que el género femenino es el que muestra un porcentaje mayor hacia una actitud positiva (77,8%) frente al género masculino que muestra un valor > 10 puntos más bajo (66,7%).

		Género		Total	
		Masculino	Femenino		
Grupo actitud	Actitud neutra	Recuento	1	6	7
		% dentro de Género	33,3%	22,2%	23,3%
	Actitud positiva	Recuento	2	21	23
		% dentro de Género	66,7%	77,8%	76,7%
Total		Recuento	3	27	30
		% dentro de Género	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 21 Datos cruzados para variables género y grupo de actitud

Pero ¿esta relación es estadísticamente real?, o dicho de otra forma, ¿qué probabilidad de error existe si se rechaza la hipótesis nula (el grupo de actitud no es distinto en ambos géneros)? De este modo, tras realizar el análisis de asociación para variables no paramétricas se obtuvo un resultado de significación asintótica bilateral que informa que la probabilidad de cometer el Error Tipo I es 0,671 (67,1%) (Tabla 22), con lo que se rechaza con mucha seguridad la hipótesis alternativa. Aunque no existe significación estadística, el resultado tiene valor, pues se relaciona con una mayor “sensibilidad”. Según Fascioli, el rol femenino “*tienen tendencia a adoptar el punto de vista del “otro concreto” –sus necesidades, más allá de sus derechos formales*” (Fascioli, 2010).

	Grupo de actitud
U de Mann-Whitney	36,000
W de Wilcoxon	42,000
Z	-0,424
Sig. asintótica(bilateral)	0,671

a. Variable de agrupación: Género

Tabla 22 Prueba estadística de U de Mann-Whitney para variables género y grupo de actitud

6.4.3. Asociación estado civil vs puntuación obtenida

Para el contraste de esta asociación se utilizó la prueba estadística de ANOVA de un factor, ya que se trata de uno de las pruebas estadísticas bivariantes que soporta el análisis de variables no paramétricas con el uso de la mediana. Así, como primer elemento de observancia aparece el Estadístico de Levene, que obtiene un resultado p-valor = 0,154 basado en la mediana. Es decir, se acepta la igualdad entre medianas al ser un valor $> 0,05$ (Tabla 23 y Figura 12).

		Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Puntuación de la escala	Se basa en la media	2,261	3	25	0,106
	Se basa en la mediana	1,911	3	25	0,154
	Se basa en la mediana y con gl ajustado	1,911	3	20,959	0,159
	Se basa en la media recortada	2,195	3	25	0,114

Tabla 23 Prueba de homogeneidad para las medianas de estado civil y puntuación obtenida

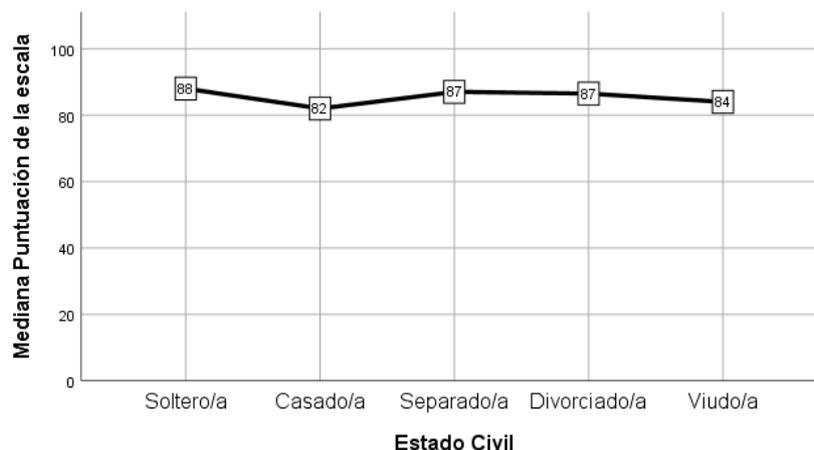


Figura 12 Diagrama de líneas. Medianas de puntuaciones según estado civil

De este modo se plantea, por un lado la H_0 = "el estado civil no influye en la puntuación obtenida", y del otro la H_1 = "el estado civil influye en la puntuación obtenida".

Se observa que el estadístico F de Snedecor (1,074) viene asociada a una probabilidad del 0,390 (*Tabla 24*), por lo que se puede aceptar la hipótesis nula de igualdad entre categorías, esto es, la variable independiente estado civil (que divide la muestra en cinco categorías) no actúa en la diferenciación de medianas observadas. Dicho de otro modo, si aceptamos que la variable independiente influye decisivamente en las medianas observadas, existe un riesgo de equivocarnos de un 39%.

ANOVA de un factor (estado civil vs puntuación)

Puntuación obtenida					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	246,853	4	61,713	1,074	0,390
Dentro de grupos	1436,114	25	57,445		
Total	1682,967	29			

Tabla 24 ANOVA de un factor entre variables estado civil y puntuación obtenida

Tras este análisis, hay que tener en cuenta que aunque no sea significativo puede tener importancia. El “peso” proporcional que obtuvo la categoría “*Casado/a*” con un 63,3% ($n = 19$) quizás puede tener valor. Por ello, la variable estado civil se dicotomizó en las categorías *Casado/a* y *Otros*. Del mismo modo, la variable cuantitativa *puntuación obtenida* se bajó de nivel a variable cualitativa ordinal como *Grupo actitud*.

6.4.3.1. Asociación edad vs religiosidad

Así, se ha profundizado en su análisis mediante tablas cruzadas para un estudio de Chi-cuadrado. La siguiente *Tabla 25* muestra la asociación aritmética que existe entre *Casado/a* y la *Actitud positiva* con una frecuencia de 13 sobre 19 (68,4%), por lo que podríamos pensar en una posible asociación estadística (H_1) siendo la opción a rechazar la inexistencia de esta asociación (H_0).

Por consiguiente, se observó el comportamiento de los datos que tuvieron 2 valores esperados <5 . Por tanto, el resultado mostrado en la tabla de Chi-cuadrado que se utilizó como p-valor fue el ofrecido por la corrección de continuidad = 0,339. Fue un dato de comparación que no cambió significativamente la asociación realizada en el análisis anterior (*Tabla 26*).

Tabla cruzada

		Grupo Actitud		Total	
		Actitud neutra	Actitud positiva		
Estado Civil Dicotómico	Casado/a	Recuento	6	13	19
		% dentro de Estado Civil Dicotómico	31,6%	68,4%	100,0%
		% del total	20,0%	43,3%	63,3%
	Otros	Recuento	1	10	11
		% dentro de Estado Civil Dicotómico	9,1%	90,9%	100,0%
		% del total	3,3%	33,3%	36,7%
Total	Recuento	7	23	30	
	% dentro de Estado Civil Dicotómico	23,3%	76,7%	100,0%	
	% del total	23,3%	76,7%	100,0%	

Tabla 25 Tabla cruzada estado civil dicotómico por grupo actitud
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,969 ^a	1	0,161		
Corrección de continuidad ^b	0,913	1	0,339		
Razón de verosimilitud	2,195	1	0,138		
Prueba exacta de Fisher				0,215	0,171
Asociación lineal por lineal	1,904	1	0,168		
N de casos válidos	30				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,57.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Tabla 26 Resultados del análisis Chi cuadrado entre estado civil dicotómico y grupo de actitud

La variable estado civil tiene unas consideraciones influyentes en la toma de decisiones. De hecho, es una variable de atribución muy utilizada en los estudios de perfiles poblaciones y de opiniones. En el contexto de los cuidados al final de la vida, un estudio publicado en Turquía (Ay and Öz, 2019), muestra que las actitudes de las enfermeras ($n = 340$) frente a la eutanasia ofrece diferencias estadísticamente significativas entre los factores de estado civil ($IC\ 95\%, p < 0,05$). Así mismo, se resuelve que este dato afecta negativamente en la actitud tomada (Ay and Öz, 2019). Por el contrario, los resultados obtenidos en el presente estudio son opuestos a esta afirmación.

6.4.4. Asociación religiosidad vs puntuación obtenida

Para el contraste de esta asociación se utilizó la prueba estadística Test-T de comparación de medias, ya que se trata de un test analítico bivariante que soporta el análisis de variables no paramétricas dicotómicas. De este modo se plantea, por un lado la $H_0 =$ " la puntuación media de la escala no está relacionada estadísticamente con la religiosidad ", y del otro la $H_1 =$ "la puntuación media de la escala está relacionada estadísticamente con la religiosidad".

El estudio exhaustivo de la religiosidad o afiliación religiosa frente a la eutanasia es escaso. Sin embargo, un estudio publicado en Bélgica (Gielen, van den Branden and Broeckaert, 2009), ha revisado los estudios empíricos que evalúan la influencia de la religión sobre las actitudes de las enfermeras hacia la eutanasia y el suicidio médicamente asistido. Estos autores constatan una clara relación entre la religión y las actitudes hacia la eutanasia que poseen las enfermeras, encontrando diferencias de actitud la afiliación ideológica (Gielen, van den Branden and Broeckaert, 2009). En el caso de los resultados que se muestran en este estudio, estas afirmaciones no se mantienen, pudiendo justificar esta postura durante el desarrollo de las pruebas estadísticas que siguen.

El paso preliminar para el estudio analítico de la prueba es observar la F de Levene = 2,118 cuya probabilidad asociada a este estadístico es 0,157, es decir mayor a 0,05. Por tanto, si existe igualdad de varianzas y consecuentemente se ha utilizado la fila superior "Se asumen varianzas iguales" (Tabla 27).

A continuación, se muestra el estadístico t de Student = -1,469, que para $gl = 28$ y un nivel de confianza del 95% resulta una significación bilateral = 0,153. Este valor es justamente el que permite decidir sobre la igualdad o no de medias. Puesto que el valor es mayor a 0,05 (IC = 95%), se acepta la hipótesis nula de igualdad de medias, es decir, aceptar que la puntuación media de la escala está relacionada estadísticamente con la religiosidad tendrá una probabilidad asociada de error del 15,3% (Tabla 28 y Figura 13).

Test-t		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias					99% de intervalo de confianza de la diferencia	
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior
Puntuación de la escala	Se asumen varianzas iguales	2,118	0,157	-1,469	28	0,153	-4,250	2,893	-12,245	3,745
escala	No se asumen varianzas iguales			-1,313	13,762	0,211	-4,250	3,238	-13,915	5,415

Tabla 27 Prueba de igualdad para las variables religiosidad y puntuación obtenida

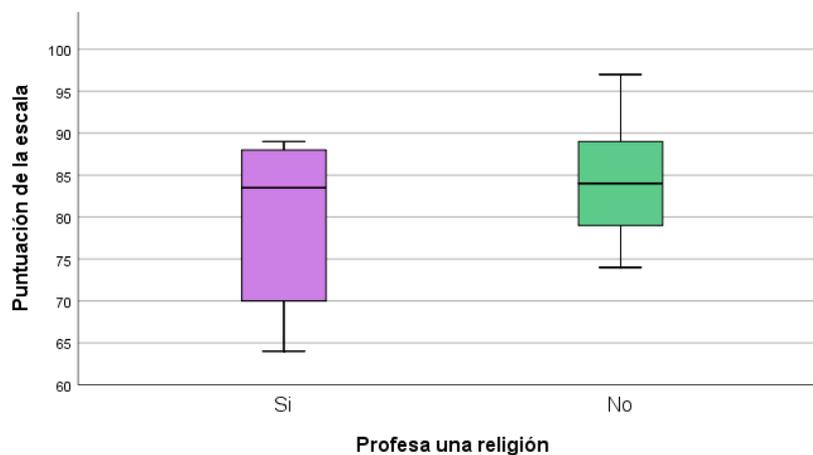


Figura 13 Diagrama cajas de puntuación según religiosidad

Estos resultados mostrados se complementaron profundizando el análisis bajando el nivel de la variable dependiente *puntuación obtenida*, que pasó de ser cuantitativa a recodificarse como cualitativa ordinal (*Grupo actitud*). El estadístico utilizado fue U de Mann-Whitney. Los resultados que se observan en la siguiente *Tabla 28* muestra una diferencia del 10% en las columnas entre los que *SI* profesan frente a los que *NO* profesan una religión, relacionado con el Grupo actitud encasillado.

Tabla cruzada			Profesa una religión		Total
			Si	No	
Grupo actitud	Actitud neutra	Recuento	3	4	7
		% dentro de Profesa una religión	30,0%	20,0%	23,3%
	Actitud positiva	Recuento	7	16	23
		% dentro de Profesa una religión	70,0%	80,0%	76,7%
Total	Recuento	10	20	30	
	% dentro de Profesa una religión	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 28 Tabla cruzada grupo actitud vs profesa una religión

De este modo se plantea, por un lado la H_0 = "el grupo de actitud no es distinto en ambas opciones de religiosidad", y del otro la H_1 = "el grupo de actitud es distinto entre las opciones de religiosidad". Así pues, en el análisis de U de Mann-Whitney se obtuvo un resultado p-valor que informa que la probabilidad de cometer el Error Tipo I es 0,548 (54,8%), con lo que se rechaza con mucha seguridad la hipótesis alternativa (*Tabla 29*). Es decir, no existe una asociación entre si se profesa o no una religión para tener una determinada actitud hacia la eutanasia en este estudio.

Estadísticos de prueba ^a	Grupo actitud
U de Mann-Whitney	90,000
W de Wilcoxon	145,000
Z	-0,600
Sig. asintótica(bilateral)	0,548

a. Variable de agrupación: Profesa una religión

Tabla 29 Prueba estadística de U de Mann-Whitney para variables Religiosidad y grupo de actitud

7. CONCLUSIONES

El presente trabajo fue un estudio de opinión sobre un total de 30 encuestas realizadas al grupo de enfermeras gestoras de casos o comunitarias de enlace de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria. El porcentaje de participación fue del 96,77% y el porcentaje de respuesta fue del 100%. La mayoría de las enfermeras mostró una actitud positiva hacia la eutanasia, mientras que algunas mantuvieron una actitud neutra, pero cabe destacar que en ningún caso se dio una actitud en contra. Se consideraron los dominios sobre cuestiones de aprecio a la vida y consideraciones éticas los que mayor positividad mostraban. La puntuación media obtenida por los encuestados estuvo comprendida entre 83,03 ($\pm 7,618$)

Las características sociodemográficas más representativas del perfil del encuestado fueron el género mayoritariamente femenino con un 90%; edad más frecuente confieren fue de 49 años (media de 46 años), cuyo estado civil más común fue casada (63,3%) y no profesa alguna religión (66,7%).

El marco legislativo relacionado con el derecho a morir dignamente se está actualizando en España. Recientemente fue aprobada la “Ley de la eutanasia” que ofrece garantías de derecho para el paciente en su elección al final de la vida y aporta amparo legislativo para enfermeras que proporcionen sus cuidados durante este proceso.

A día de hoy, muchos pacientes se encuentran en situaciones de dolor, sufrimiento y agonía para los que el tratamiento ofrecido no es acorde a su deseo de morir dignamente. Sin embargo, la ayuda adecuada que proporcione una ética de los cuidados excelentes por parte de las enfermeras y enfermeros pasa por mantener una actitud abierta, de respeto, aceptación y apoyo para con la decisión del paciente sobre sus últimas voluntades. Esta característica estuvo relacionada a un perfil de género femenino.

Existen situaciones que pueden condicionar la actitud profesional hacia la eutanasia y el suicidio asistido. Por consiguiente, la determinación de actuar en estos procesos o no puede tener consecuencias que pueden impactar en la salud del paciente y la salud de la enfermera a nivel emocional. En este sentido, dado que la enfermera gestora de casos o

comunitaria de enlace tiene un rol esencial en este proceso, junto al propio paciente, es importante conocer su perfil de afrontamiento.

La presencia de una edad mayor (63,3% son mayores a 45 años) en comparación con el censo total registrado hace pensar en un mayor grado de experiencia vital/profesional que ayude a afrontar el proceso manteniendo una actitud positiva hacia la eutanasia y el suicidio asistido. Sin embargo, este estudio ha podido concluir que la edad no está asociada a la actitud que se tome hacia la eutanasia. Del mismo modo, Se concluye que con los datos analizados no se pueden demostrar diferencias entre los grupos de actitud hacia la eutanasia entre las dos categorías de género con un 67,1%.

Otros factores atribuibles a las enfermeras encuestadas, como su estado civil mostraron que esta característica no influye en la puntuación obtenida. Finalmente, no se demostró influencia de la religiosidad estadísticamente significativa con respecto a las puntuaciones obtenidas ($p = 0,153$, $IC = 95\%$).

De acuerdo con el estudio realizado, la mayoría de las encuestadas ($n = 23$) mostraron una actitud positiva frente a la eutanasia (76,67%). El resto ($n = 7$) mostró una actitud neutra (23,33%) que quizá esté relacionado con el proceso legislativo y la formación recibida. Sin embargo, estos resultados no mostraron una asociación estadística frente a las variables independientes.

Autores como Cayetano-Penman, J., Malik, G. and Whittall, D. (2020), inciden en las posibles implicaciones que tienen la formación en directrices profesionales, la educación sobre conceptos y legislación existente sobre la perspectiva de las enfermeras hacia la eutanasia (Cayetano-Penman, Malik and Whittall, 2020). En esta misma línea, en mayo de 2021 la Generalitat de Catalunya publicó los resultados de la encuesta sobre la aplicación de la ley de regulación de la eutanasia, que destaca la alta participación de enfermeras con un 68,6% (10.636) y aspectos que deben incluirse como formación (manejo del duelo, gestión emocional, conceptos de ética, entre otros (Departament de Salut, 2021)

Los cuidados al final de la vida que presta enfermería engloba aspectos que van más allá de lo técnico, procedimental o colaborativo. El estudio publicado por Holt (Reino Unido) muestra que existen dificultades reconocidas para realizar investigaciones sobre las actitudes hacia la eutanasia causadas por la controversia en torno a estos

procedimientos (Holt, 2008). Por ello, es necesario conocer la actitud de las enfermeras hacia la eutanasia y el suicidio asistido en nuestro entorno para continuar avanzando en la calidad asistencial, sin importar el contexto de los cuidados. La actitud hacia la eutanasia no (solo) depende de las características de atributo. Sería de especial provecho realizar estudios introspectivos de y para la enfermería que permitan abordar las situaciones de solicitud de ayuda a morir dignamente. La formación y la investigación en esta línea con la actualización legislativa en España, tras despenalizar la eutanasia, abre nuevas esferas para indagar y profundizar en la atención y cuidados hacia los pacientes, pues cobra mayor interés cuando se avanza hacia la garantía de derechos para los que necesitan ser cuidados desde el comienzo hasta el final de su proceso, de acuerdo a sus ideales, deseos y formas de vivir y morir.

8. BIBLIOGRAFÍA

Ann Marriner Tomey, M. R. A. (2007) *Modelos y teorías en enfermería - Ann Marriner Tomey, Martha Raile Alligood - Google Libros, Elsevier*. Available at:

<https://books.google.es/books?id=FLEszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false> (Accessed: 9 January 2020).

Ay, M. A. and Öz, F. (2019) ‘Nurses attitudes towards death, dying patients and euthanasia: A descriptive study’, *Nursing Ethics*. SAGE Publications Ltd, 26(5), pp. 1442–1457. doi: 10.1177/0969733017748481.

BOE n°72 (2021) *Ley Organica de regulación de la eutanasia*. España. Available at: <https://www.boe.es/boe/dias/2021/03/25/pdfs/BOE-A-2021-4628.pdf>.

Boletín Oficial del Estado (2011) *Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte*. España. Available at: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-8403-consolidado.pdf> (Accessed: 10 January 2021).

Caplan, A. L. (1992) ‘Twenty years after. The legacy of the Tuskegee Syphilis Study. When evil intrudes’, *The Hastings Center report*, 22(6), p. 29—32. doi: 10.2307/3562946.

Casas, J., Repullo, J. R. and Donado, J. (2003) ‘La encuesta como tecnica de investigacion’, *Atención Primaria*, 31(8), pp. 527–538. Available at: <http://www.unidaddocentemfyclaspalmas.org.es/resources/9+Aten+Primaria+2003.+La+Encuesta+I.+Cuestionario+y+Estadistica.pdf>.

Cayetano-Penman, J., Malik, G. and Whittall, D. (2020) ‘Nurses’ Perceptions and Attitudes About Euthanasia: A Scoping Review.’, *Journal of holistic nursing : official journal of the American Holistic Nurses’ Association*. doi: 10.1177/0898010120923419.

Declaración de Ginebra – WMA – The World Medical Association (2017) *Asociación Médica Mundial*. Available at: <https://www.wma.net/es/que-hacemos/etica-medica/declaracion-de-ginebra/> (Accessed: 9 January 2020).

Denier, Y. *et al.* (2010) ‘Communication in nursing care for patients requesting euthanasia: a qualitative study’, *Journal of Clinical Nursing*, 19(23–24), pp. 3372–3380.

doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03367.x.

Departament de Salut, G. de C. (2021) *Les infermeres avalen el dret a l'eutanàsia i demanen suport a la persona i la seva família, així com seguretat legal en l'exercici professional, Consell de Col·legis d'Infermeres i Infermers de Catalunya*. Available at: <https://www.consellinfermeres.cat/ca/noticies/les-infermeres-avalen-el-dret-a-leutanasia-i-demanen-suport-a-la-persona-i-la-seva-familia-aixi-com-seguretat-legal-en-lexercici-professional/?fbclid=IwAR3aJeK11j2gk17w7ackEQqcQTcibO41nC3kenUnQysKr4Nq7rQ0xzHCu> (Accessed: 27 May 2021).

Díaz Portillo, J. (2011) 'Análisis bivariante. Test de contraste de hipótesis. Cualitativa dicotómica versus cuantitativa.', in INGESA (ed.) *Guía Práctica del Curso de Bioestadística Aplicada a las Ciencias de la Salud*. Madrid, pp. 727–873. Available at: https://ingesa.sanidad.gob.es/gl/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Guia_Practica_Bioestadistica.pdf (Accessed: 17 May 2021).

Dierckx de Casterlé, B. *et al.* (2010) 'Nursing care for patients requesting euthanasia in general hospitals in Flanders, Belgium', *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), pp. 2410–2420. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05401.x.

Enfermería, C. (1988) 'Código Deontológico De La Enfermería Española', *Código deontológico estatal*.

Fascioli, A. (2010) 'Ética del cuidado y ética de la justicia en la teoría moral de Carol Gilligan', *Revista ACTIO*, (12), pp. 41–57. Available at: <http://www.lappu.edu.uy/ActioSite09/Textos/12/Fascioli12.pdf>.

Galán Gonzalez-Serna, J. M. (2016) *Los Principios de Bioética 01 Principios - YouTube*. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=JSXw0nuvK-o> (Accessed: 7 November 2019).

Gielen, J., van den Branden, S. and Broeckaert, B. (2009) 'Religion and nurses' attitudes to euthanasia and physician assisted suicide', *Nursing Ethics*, 16(3), pp. 303–318. doi: 10.1177/0969733009102692.

Gómez-Sancho, M. *et al.* (2010) 'Atención médica al final de la vida: Conceptos', *Revista de la Sociedad Española del Dolor*. Sociedad Española del Dolor, 17(3), pp.

177–179. Available at: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462010000300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es (Accessed: 10 March 2021).

Gómez Sancho, M. *et al.* (2002) *Atención médica al final de la vida. Conceptos*. Madrid. Available at: <https://www.uv.es/gibuv/Conceptos.pdf> (Accessed: 10 March 2021).

González, W. J. (1999) ‘Ciencia y valores éticos: De la posibilidad de la ética de la ciencia al problema de la valoración ética de la ciencia básica’, *Arbor*, 162(638), pp. 139–171. doi: 10.3989/arbor.1999.i638.1670.

Guardia Mesa, M. *et al.* (2014) ‘Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos - Metas de Enfermería’, *Metas de Enfermería*, 17(6), pp. 58–63. Available at: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80620/limitacion-del-esfuerzo-terapeutico-en-cuidados-intensivos/> (Accessed: 6 January 2020).

Holt, J. (2008) ‘Nurses’ attitudes to euthanasia: The influence of empirical studies and methodological concerns on nursing practice: Original article’, *Nursing Philosophy*, 9(4), pp. 257–272. doi: 10.1111/j.1466-769X.2008.00373.x.

Lantigua, I. (2019) ‘Eutanasia, muerte digna, suicidio asistido ¿cuál es la diferencia? | Sociedad | EL MUNDO’, *El Mundo*, pp. 77–89. doi: 10.5844/jsmd.21.1.

Lavoie, M. *et al.* (2016) ‘Psychosocial determinants of nurses’ intention to practise euthanasia in palliative care’, *Nursing Ethics*. SAGE Publications Ltd, 23(1), pp. 48–60. doi: 10.1177/0969733014557117.

Martín, J. L. R. *et al.* (2007) ‘Capítulo 1: Formulación de la pregunta de investigación’, *Semergen*, 33(3), pp. 149–153.

Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad (2012) *Informe sobre profesionales de enfermería. Oferta - Necesidad 2010 - 2025*. Madrid. Available at: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/21-NecesidadesEnfermeras\(2010-2025\).pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/21-NecesidadesEnfermeras(2010-2025).pdf) (Accessed: 16 May 2021).

Mir Tubau, J. (2011) ‘Principios de Ética Biomédica, de Tom L. Beauchamp y James F. Childress’, *Bioética & debat: tribuna abierta del Institut Borja de Bioètica*, 17(64), pp. 1–7.

Mondragón-Barrios, L. (2009) 'Consentimiento informado: Una praxis dialógica para la investigación', *Revista de Investigacion Clinica*.

Moral, M. T. *et al.* (2017) 'Análisis de contenido y análisis DAFO en una investigación cualitativa sobre la Musicoterapia en España', *Ciaiq 2017*, 3(0), pp. 403–412. Available at: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1182>.

Muñoz Camargo, J. C. *et al.* (2012) 'Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales', *Enfermería Intensiva*. Elsevier Doyma, 23(3), pp. 104–114. doi: 10.1016/j.enfi.2011.12.008.

Onieva-Zafra, M. D. *et al.* (2020) 'Adaptation and validation of the Euthanasia Attitude Scale into Spanish', *Nursing Ethics*, 27(5), pp. 1201–1212. doi: 10.1177/0969733019864162.

Organización Mundial de la Salud (2018) *Cuidados paliativos*. Available at: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> (Accessed: 7 January 2020).

El País (2019) 'EUTANASIA: Entrevista a Ángel Hernández, viudo de María José Carrasco'. España: YouTube. Available at: https://www.youtube.com/watch?v=_j4T6MAAO9E (Accessed: 4 March 2021).

Pesut, B. *et al.* (2020) 'Nursing and euthanasia: A narrative review of the nursing ethics literature', *Nursing Ethics*. SAGE Publications Ltd, pp. 152–167. doi: 10.1177/0969733019845127.

Roldán-Merino, J. and Casas García, I. (2015) 'Capítol 2. Metodologia de la recerca quantitativa', in Publicacions URV (ed.) *Investigació en infermeria : teoria i pràctica*. Tarragona, pp. 39–68.

Santana Cabrera, L. *et al.* (2010) 'Percepción de las actitudes éticas de la enfermería de cuidados intensivos ante la limitación del tratamiento', *Enfermería Intensiva*, 21(4), pp. 142–149. doi: 10.1016/j.enfi.2010.06.001.

Seoane, T. *et al.* (2007) 'Capítulo 3: La investigación a partir de la observación. Estudios descriptivos. Estudios analíticos', *Semergen*, 33(5), pp. 250–256. doi: [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(07\)73887-X](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(07)73887-X).

Servicio Canario de la Salud (2002) *Perfil de las Enfermeras Comunitarias de Enlace*. Gran Canaria. Available at:

https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/9f355583-ed42-11dd-958f-c50709d677ea/Perfil_ECE.pdf (Accessed: 29 December 2020).

Servicio Canario de la Salud (2015) ‘Capítulo 3. Modelo de atención y gestión de la cronicidad’, in ENTHEOS, G. E. (ed.) *Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias*. 1º. Madrid, pp. 111–114. Available at:

<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1e7740f8-d12e-11e4-b8de-159dab37263e/LibroCronicidadCompleto.pdf>.

Tamayo-Velázquez, M.-I., Simón-Lorda, P. and Cruz-Piqueras, M. (2012) ‘Euthanasia and physician-assisted suicide: Knowledge, attitudes and experiences of nurses in Andalusia (Spain).’, *Nursing Ethics*, 19(5), pp. 677–691. doi: 10.1177/0969733011436203.

Vega Gutierrez, J. (2000) *Eutanasia: Concepto, tipos, aspectos éticos y jurídicos. actitudes del personal sanitario ante el enfermo en situacion terminal*. Available at: https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/eutanasia/EUTANASIA_2000.pdf (Accessed: 7 January 2020).

9. CRONOGRAMA DEL ESTUDIO

En este estudio se han programado un total de 6 fases diferentes en las que se agrupan las actividades necesarias para el desarrollo de la investigación, que el lector puede observar en la *Tabla 30* y se especifican a continuación:

- **1ª FASE:** En esta fase inicial del estudio se han concretado el área temática del estudio, los objetivos y los criterios de búsqueda bibliográfica para la elaboración de la parte introductoria previa a la recogida de datos. Se establece la fecha de comienzo del estudio a partir del 26 de octubre de 2020 al 11 de enero de 2021.
- **2ª FASE:** Esta fase corresponde con el periodo de diseño metodológico del estudio, instrumentos de recogida de datos, variables, elección de participantes, aspectos éticos del estudio y la elaboración del dossier que es necesario aportar al CEI de referencia de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria. Comprende las fechas entre el 12 de enero de 2021 hasta el 1 de marzo de 2021.
- **3ª FASE:** En este periodo se realiza el trabajo de campo y recopilación de la información, así como el volcado de todos los datos obtenidos. Se introducen los datos en la aplicación informática de análisis. Se invierte un tiempo de un mes y medio entre el 2 de marzo de 2021 al 17 de abril de 2021.
- **4ª FASE:** Esta fase consiste en el procesado de los datos y su análisis cuantitativo mediante la aplicación informática, expresión de los resultados obtenidos, su discusión y comparación con otros estudios. Se redactan las conclusiones y evaluación general como primer borrador final. Estas actividades están previstas para el mes comprendido desde el 18 de abril de 2021 al 17 de mayo de 2021.
- **5ª FASE:** En esta penúltima fase se confecciona el formato definitivo del estudio ajustándose los aspectos formales a las normas establecidas, tanto de la memoria como de la propuesta de artículo científico extraído de la investigación.

Estas actividades están previstas para la fecha que va desde el 18 de mayo de 2021 hasta el 7 de junio de 2021.

- **6ª FASE:** Es la fase final del estudio en la que se presentan los resultados y se realiza la exposición de la defensa. Se envía el artículo a la revista seleccionada. Estas actividades coinciden con la fecha final del estudio y comprenden los días 8 al 14 de junio de 2021.

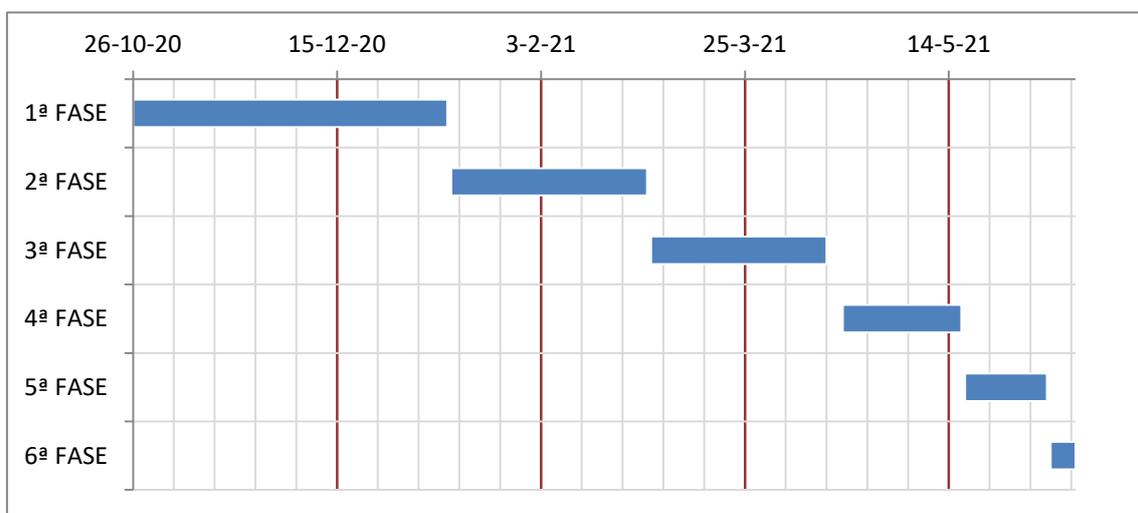


Tabla 30 Cronograma del estudio representado en Diagrama de Gantt

10. PREVISIÓN DE PRESUPUESTO

Para confeccionar el presupuesto de este proyecto se han tenido en cuenta recursos materiales relacionados con gastos en material electrónico, material informático e inversión en desplazamientos, así como los destinados a las tasas para la evaluación del CEI (en caso de no quedar exento), exposición en congreso nacional y su difusión mediante la publicación en revista. Por otro lado, se han previsto las horas de trabajo dedicadas a la producción científica invertidas en el desarrollo del estudio.

De todo ello, se extrae una previsión de gasto económico de 7.310 euros. Puede observarse el detalle del presupuesto en la siguiente tabla:

PRESUPUESTO		
Concepto	Detalles	Importe estimado en €
-Recursos materiales-		
<i>Material electrónico e informático</i>		
Memoria externa	Pen-Drive 128 Gb	20 €
Computadora	Ordenador Intel core5	500 €
Impresora/Escáner	HP DeskJet Serie 5000	90 €
Software operativos	Microsoft Office Pro. 2019	200 €
	IBM SPSS Statistics 26.0	1.300 €
<i>Material ofimático y oficina</i>		
Tinta de impresora	HP 901 Negro/Colores	100 €
Papel	Taco 500 hojas de papel	10 €
Escritura	Bolígrafos, subrayadores y demás material de oficina.	30 €
<i>Material de consulta</i>		
Fondo bibliográfico	Acceso a artículos varios	400 €
<i>Tasas</i>		
Comité Ética Investigación	Solicitud evaluación/registro	40 €
Divulgación	Congreso nacional virtual	150 €
	Pub. en revista internacional	500 €
<i>Desplazamientos</i>		
Combustible	Gasolina S.98	220 €
SUBTOTAL:		3.560 €
-Recursos humanos-		
<i>Dedicación profesional de la enfermera (investigador principal)</i>	250 horas de gestión administrativa, tramitación de permisos, elaboración de solicitud CEI, envío y recopilación de cuestionarios, introducción y análisis de datos estadísticos ...	
SUBTOTAL:		3.750 €
TOTAL:		7.310 €

Tabla 31 Presupuesto del estudio

11. ANEXOS

ANEXO 1. Ley Orgánica de regulación de la eutanasia



BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO



Núm. 72

Jueves 25 de marzo de 2021

Sec. I. Pág. 34037

I. DISPOSICIONES GENERALES

JEFATURA DEL ESTADO

4628 Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

FELIPE VI

REY DE ESPAÑA

A todos los que la presente vieren y entendieren.

Sabed: Que las Cortes Generales han aprobado y Yo vengo en sancionar la siguiente ley orgánica:

PREÁMBULO

I

La presente Ley pretende dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia.

La eutanasia significa etimológicamente «buena muerte» y se puede definir como el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento. En nuestras doctrinas bioética y penalista existe hoy un amplio acuerdo en limitar el empleo del término «eutanasia» a aquella que se produce de manera activa y directa, de manera que las actuaciones por omisión que se designaban como eutanasia pasiva (no adopción de tratamientos tendentes a prolongar la vida y la interrupción de los ya instaurados conforme a la *lex artis*), o las que pudieran considerarse como eutanasia activa indirecta (utilización de fármacos o medios terapéuticos que alivian el sufrimiento físico o psíquico aunque aceleren la muerte del paciente –cuidados paliativos–) se han excluido del concepto bioético y jurídico-penal de eutanasia.

El debate sobre la eutanasia, tanto desde el punto de vista de la bioética como del Derecho, se ha abierto paso en nuestro país y en los países de nuestro entorno durante las últimas décadas, no solo en los ámbitos académicos sino también en la sociedad, debate que se aviva periódicamente a raíz de casos personales que conmueven a la opinión pública. Un debate en el que confluyen diferentes causas, como la creciente prolongación de la esperanza de vida, con el consiguiente retraso en la edad de morir, en condiciones no pocas veces de importante deterioro físico y psíquico; el incremento de los medios técnicos capaces de sostener durante un tiempo prolongado la vida de las personas, sin lograr la curación o una mejora significativa de la calidad de vida; la secularización de la vida y conciencia social y de los valores de las personas; o el reconocimiento de la autonomía de la persona también en el ámbito sanitario, entre otros factores. Y es, precisamente, obligación del legislador atender a las demandas y valores de la sociedad, preservando y respetando sus derechos y adecuando para ello las normas que ordenan y organizan nuestra convivencia.

La legalización y regulación de la eutanasia se asientan sobre la compatibilidad de unos principios esenciales que son basamento de los derechos de las personas, y que son así recogidos en la Constitución española. Son, de un lado, los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física y moral, y de otro, bienes constitucionalmente protegidos como son la dignidad, la libertad o la autonomía de la voluntad.

Hacer compatibles estos derechos y principios constitucionales es necesario y posible, para lo que se requiere una legislación respetuosa con todos ellos. No basta simplemente con despenalizar las conductas que impliquen alguna forma de ayuda a la muerte de otra persona, aun cuando se produzca por expreso deseo de esta. Tal modificación legal

cv: BOE-A-2021-4628
Verificable en <https://www.boe.es>

dejaría a las personas desprotegidas respecto de su derecho a la vida que nuestro marco constitucional exige proteger. Se busca, en cambio, legislar para respetar la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de quien está en una situación de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o de enfermedad grave e incurable, padeciendo un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables, lo que denominamos un contexto eutanásico. Con ese fin, la presente Ley regula y despenaliza la eutanasia en determinados supuestos, definidos claramente, y sujetos a garantías suficientes que salvaguarden la absoluta libertad de la decisión, descartando presión externa de cualquier índole.

En el panorama de los países de nuestro entorno se pueden reconocer, fundamentalmente, dos modelos de tratamiento normativo de la eutanasia.

Por una parte, los países que despenalizan las conductas eutanásicas cuando se considera que quien la realiza no tiene una conducta egoísta, y por consiguiente tiene una razón compasiva, dando pie a que se generen espacios jurídicos indeterminados que no ofrecen las garantías necesarias.

Por otra parte, los países que han regulado los supuestos en que la eutanasia es una práctica legalmente aceptable, siempre que sean observados concretos requisitos y garantías.

En el análisis de estas dos alternativas jurídicas, es relevante la doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos que, en su sentencia de 14 de mayo de 2013 (caso Gross vs. Suiza), consideró que no es aceptable que un país que haya despenalizado conductas eutanásicas no tenga elaborado y promulgado un régimen legal específico, precisando las modalidades de práctica de tales conductas eutanásicas. Esta Ley pretende incluirse en el segundo modelo de legislación, dotando de una regulación sistemática y ordenada a los supuestos en los que la eutanasia no deba ser objeto de reproche penal. Así, la Ley distingue entre dos conductas eutanásicas diferentes, la eutanasia activa y aquella en la que es el propio paciente la persona que termina con su vida, para lo que precisa de la colaboración de un profesional sanitario que, de forma intencionada y con conocimiento, facilita los medios necesarios, incluido el asesoramiento sobre la sustancia y dosis necesarias de medicamentos, su prescripción o, incluso, su suministro con el fin de que el paciente se lo administre. Por su parte, eutanasia activa es la acción por la que un profesional sanitario pone fin a la vida de un paciente de manera deliberada y a petición de este, cuando se produce dentro de un contexto eutanásico por causa de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o enfermedad grave e incurable, causantes de un sufrimiento intolerable.

El contexto eutanásico, en el cual se acepta legalmente prestar ayuda para morir a otra persona, debe delimitarse con arreglo a determinadas condiciones que afectan a la situación física de la persona con el consiguiente sufrimiento físico o mental en que se encuentra, a las posibilidades de intervención para aliviar su sufrimiento, y a las convicciones morales de la persona sobre la preservación de su vida en unas condiciones que considere incompatibles con su dignidad personal. Así mismo, han de establecerse garantías para que la decisión de poner fin a la vida se produzca con absoluta libertad, autonomía y conocimiento, protegida por tanto de presiones de toda índole que pudieran provenir de entornos sociales, económicos o familiares desfavorables, o incluso de decisiones apresuradas. Este contexto eutanásico, así delimitado, requiere de una valoración cualificada y externa a las personas solicitante y ejecutora, previa y posterior al acto eutanásico. Al mismo tiempo, mediante la posibilidad de objeción de conciencia, se garantiza la seguridad jurídica y el respeto a la libertad de conciencia del personal sanitario llamado a colaborar en el acto de ayuda médica para morir, entendiendo el término médica implícito en la Ley cuando se habla de ayuda para morir, y entendido en un sentido genérico que comprende el conjunto de prestaciones y auxilios asistenciales que el personal sanitario debe prestar, en el ámbito de su competencia, a los pacientes que soliciten la ayuda necesaria para morir.

En definitiva, esta Ley introduce en nuestro ordenamiento jurídico un nuevo derecho individual como es la eutanasia. Se entiende por esta la actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única

e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios. Así definida, la eutanasia conecta con un derecho fundamental de la persona constitucionalmente protegido como es la vida, pero que se debe cohonestar también con otros derechos y bienes, igualmente protegidos constitucionalmente, como son la integridad física y moral de la persona (art. 15 CE), la dignidad humana (art. 10 CE), el valor superior de la libertad (art. 1.1 CE), la libertad ideológica y de conciencia (art. 16 CE) o el derecho a la intimidad (art. 18.1 CE). Cuando una persona plenamente capaz y libre se enfrenta a una situación vital que a su juicio vulnera su dignidad, intimidad e integridad, como es la que define el contexto eutanásico antes descrito, el bien de la vida puede decaer en favor de los demás bienes y derechos con los que debe ser ponderado, toda vez que no existe un deber constitucional de imponer o tutelar la vida a toda costa y en contra de la voluntad del titular del derecho a la vida. Por esta misma razón, el Estado está obligado a proveer un régimen jurídico que establezca las garantías necesarias y de seguridad jurídica.

II

La presente Ley consta de cinco capítulos, siete disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria y cuatro disposiciones finales.

El capítulo I está destinado a delimitar su objeto y ámbito de aplicación, así como a establecer las necesarias definiciones fundamentales del texto normativo.

El capítulo II establece los requisitos para que las personas puedan solicitar la prestación de ayuda para morir y las condiciones para su ejercicio. Toda persona mayor de edad y en plena capacidad de obrar y decidir puede solicitar y recibir dicha ayuda, siempre que lo haga de forma autónoma, consciente e informada, y que se encuentre en los supuestos de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o de enfermedad grave e incurable causantes de un sufrimiento físico o psíquico intolerables. Se articula también la posibilidad de solicitar esta ayuda mediante el documento de instrucciones previas o equivalente, legalmente reconocido, que existe ya en nuestro ordenamiento jurídico.

El capítulo III va dirigido a regular el procedimiento que se debe seguir para la realización de la prestación de ayuda para morir y las garantías que han de observarse en la aplicación de dicha prestación. En este ámbito cabe destacar la creación de Comisiones de Garantía y Evaluación que han de verificar de forma previa y controlar a posteriori el respeto a la Ley y los procedimientos que establece.

El capítulo IV establece los elementos que permiten garantizar a toda la ciudadanía el acceso en condiciones de igualdad a la prestación de ayuda para morir, incluyéndola en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y garantizando así su financiación pública, pero garantizando también su prestación en centros privados o, incluso, en el domicilio. Hay que destacar que se garantiza dicha prestación sin perjuicio de la posibilidad de objeción de conciencia del personal sanitario.

Finalmente, el capítulo V regula las Comisiones de Garantía y Evaluación que deberán crearse en todas las Comunidades Autónomas y en las Ciudades de Ceuta y Melilla a los fines de esta Ley.

Las disposiciones adicionales, por su parte, se dirigen a garantizar que quienes solicitan ayuda para morir al amparo de esta Ley, se considerará que fallecen por muerte natural, a asegurar recursos y medios de apoyo destinados a las personas con discapacidad, a establecer mecanismos para dar la máxima difusión a la presente Ley entre los profesionales sanitarios y la ciudadanía y oferta de formación continua específica sobre la ayuda para morir, así como un régimen sancionador. En sus disposiciones finales, se procede, en consecuencia con el nuevo ordenamiento legal introducido por la presente Ley, a la modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, con el objeto de despenalizar todas aquellas conductas eutanásicas en los supuestos y condiciones establecidos por la presente Ley.

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto.*

El objeto de esta Ley es regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse.

Asimismo, determina los deberes del personal sanitario que atiende a esas personas, definiendo su marco de actuación, y regula las obligaciones de las administraciones e instituciones concernidas para asegurar el correcto ejercicio del derecho reconocido en esta Ley.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.*

Esta Ley será de aplicación a todas las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que actúen o se encuentren en territorio español. A estos efectos, se entenderá que una persona jurídica se encuentra en territorio español cuando tenga domicilio social, sede de dirección efectiva, sucursal, delegación o establecimiento de cualquier naturaleza en territorio español.

Artículo 3. *Definiciones.*

A los efectos de lo previsto en esta Ley, se entiende por:

- a) «Consentimiento informado»: la conformidad libre, voluntaria y consciente del paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que, a petición suya, tenga lugar una de las actuaciones descritas en la letra g).
- b) «Padecimiento grave, crónico e imposibilitante»: situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico.
- c) «Enfermedad grave e incurable»: la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva.
- d) «Médico responsable»: facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.
- e) «Médico consultor»: facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable.
- f) «Objeción de conciencia sanitaria»: derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta Ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones.
- g) «Prestación de ayuda para morir»: acción derivada de proporcionar los medios necesarios a una persona que cumple los requisitos previstos en esta Ley y que ha manifestado su deseo de morir. Dicha prestación se puede producir en dos modalidades:

1.ª) La administración directa al paciente de una sustancia por parte del profesional sanitario competente.

2.ª) La prescripción o suministro al paciente por parte del profesional sanitario de una sustancia, de manera que esta se la pueda auto administrar, para causar su propia muerte.

h) «Situación de incapacidad de hecho»: situación en la que el paciente carece de entendimiento y voluntad suficientes para regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo, con independencia de que existan o se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica.

CAPÍTULO II

Derecho de las personas a solicitar la prestación de ayuda para morir y requisitos para su ejercicio

Artículo 4. *Derecho a solicitar la prestación de ayuda para morir.*

1. Se reconoce el derecho de toda persona que cumpla los requisitos previstos en esta Ley a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.

2. La decisión de solicitar la prestación de ayuda para morir ha de ser una decisión autónoma, entendiéndose por tal aquella que está fundamentada en el conocimiento sobre su proceso médico, después de haber sido informada adecuadamente por el equipo sanitario responsable. En la historia clínica deberá quedar constancia de que la información ha sido recibida y comprendida por el paciente.

3. En los procedimientos regulados en esta Ley, se garantizarán los medios y recursos de apoyo, materiales y humanos, incluidas las medidas de accesibilidad y diseño universales y los ajustes razonables que resulten precisos para que las personas solicitantes de la prestación de ayuda para morir reciban la información, formen y expresen su voluntad, otorguen su consentimiento y se comuniquen e interactúen con el entorno, de modo libre, a fin de que su decisión sea individual, madura y genuina, sin intromisiones, injerencias o influencias indebidas.

En especial, se adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que pueden necesitar en el ejercicio de los derechos que tienen reconocidos en el ordenamiento jurídico.

Artículo 5. *Requisitos para recibir la prestación de ayuda para morir.*

1. Para poder recibir la prestación de ayuda para morir será necesario que la persona cumpla todos los siguientes requisitos:

a) Tener la nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses, tener mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.

b) Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia.

c) Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia, y que no sea el resultado de ninguna presión externa, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas.

Si el médico responsable considera que la pérdida de la capacidad de la persona solicitante para otorgar el consentimiento informado es inminente, podrá aceptar cualquier período menor que considere apropiado en función de las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia en la historia clínica.

d) Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e impositivo en los términos establecidos en esta Ley, certificada por el médico responsable.

e) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente.

2. No será de aplicación lo previsto en las letras b), c) y e) del apartado anterior en aquellos casos en los que el médico responsable certifique que el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes, cumpla lo previsto en el apartado 1.d), y haya suscrito con anterioridad un documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, en cuyo caso se podrá facilitar la prestación de ayuda para morir conforme a lo dispuesto en dicho documento. En el caso de haber nombrado representante en ese documento será el interlocutor válido para el médico responsable.

La valoración de la situación de incapacidad de hecho por el médico responsable se hará conforme a los protocolos de actuación que se determinen por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 6. Requisitos de la solicitud de prestación de ayuda para morir.

1. La solicitud de prestación de ayuda para morir a la que se refiere el artículo 5.1.c) deberá hacerse por escrito, debiendo estar el documento fechado y firmado por el paciente solicitante, o por cualquier otro medio que permita dejar constancia de la voluntad inequívoca de quien la solicita, así como del momento en que se solicita.

En el caso de que por su situación personal o condición de salud no le fuera posible fechar y firmar el documento, podrá hacer uso de otros medios que le permitan dejar constancia, o bien otra persona mayor de edad y plenamente capaz podrá fecharlo y firmarlo en su presencia. Dicha persona ha de mencionar el hecho de que quien demanda la prestación de ayuda para morir no se encuentra en condiciones de firmar el documento e indicar las razones.

2. El documento deberá firmarse en presencia de un profesional sanitario que lo rubricará. Si no es el médico responsable, lo entregará a este. El escrito deberá incorporarse a la historia clínica del paciente.

3. El solicitante de la prestación de ayuda para morir podrá revocar su solicitud en cualquier momento, incorporándose su decisión en su historia clínica. Asimismo, podrá pedir el aplazamiento de la administración de la ayuda para morir.

4. En los casos previstos en el artículo 5.2, la solicitud de prestación de ayuda para morir podrá ser presentada al médico responsable por otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándolo del documento de instrucciones previas, testamento vital, voluntades anticipadas o documentos equivalentes legalmente reconocidos, suscritos previamente por el paciente. En caso de que no exista ninguna persona que pueda presentar la solicitud en nombre del paciente, el médico que lo trata podrá presentar la solicitud de eutanasia. En tal caso, dicho médico que lo trata estará legitimado para solicitar y obtener el acceso al documento de instrucciones previas, voluntades anticipadas o documentos equivalentes a través de las personas designadas por la autoridad sanitaria de la Comunidad Autónoma correspondiente o por el Ministerio de Sanidad, de conformidad con la letra d) del punto 1 del artículo 4 del Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.

Artículo 7. Denegación de la prestación de ayuda para morir.

1. Las denegaciones de la prestación de ayuda para morir deberán realizarse siempre por escrito y de manera motivada por el médico responsable.

2. Contra dicha denegación, que deberá realizarse en el plazo máximo de diez días naturales desde la primera solicitud, la persona que hubiera presentado la misma podrá presentar en el plazo máximo de quince días naturales una reclamación ante la Comisión de Garantía y Evaluación competente. El médico responsable que deniegue la solicitud está obligado a informarle de esta posibilidad.

3. El médico responsable que deniegue la solicitud de la prestación de ayuda para morir, con independencia de que se haya formulado o no una reclamación ante la Comisión

de Garantía y Evaluación competente, deberá remitir, en el plazo de cinco días contados a partir de que se le haya notificado la denegación al paciente, los dos documentos especificados en el artículo 12, adaptando el documento segundo de modo que incluya los datos clínicos relevantes para la evaluación del caso y por escrito el motivo de la denegación.

CAPÍTULO III

Procedimiento para la realización de la prestación de ayuda para morir

Artículo 8. *Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir.*

1. Una vez recibida la primera solicitud de prestación de ayuda para morir a la que se refiere el artículo 5.1.c), el médico responsable, en el plazo máximo de dos días naturales, una vez verificado que se cumplen los requisitos previstos en el artículo 5.1.a), c) y d), realizará con el paciente solicitante un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, así como sobre posibles cuidados paliativos, asegurándose de que comprende la información que se le facilita. Sin perjuicio de que dicha información sea explicada por el médico responsable directamente al paciente, la misma deberá facilitarse igualmente por escrito, en el plazo máximo de cinco días naturales.

Transcurrido el plazo previsto en el artículo 5.1.c), y una vez recibida la segunda solicitud, el médico responsable, en el plazo de dos días naturales, retomará con el paciente solicitante el proceso deliberativo al objeto de atender, en el plazo máximo de cinco días naturales, cualquier duda o necesidad de ampliación de información que se le haya planteado al paciente tras la información proporcionada después de la presentación de la primera solicitud, conforme al párrafo anterior.

2. Transcurridas veinticuatro horas tras la finalización del proceso deliberativo al que se refiere el apartado anterior, el médico responsable recabará del paciente solicitante su decisión de continuar o desistir de la solicitud de prestación de ayuda para morir. En el caso de que el paciente manifestara su deseo de continuar con el procedimiento, el médico responsable deberá comunicar esta circunstancia al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería, así como, en el caso de que así lo solicitara el paciente, a los familiares o allegados que señale. Igualmente, deberá recabar del paciente la firma del documento del consentimiento informado.

En el caso de que el paciente decidiera desistir de su solicitud, el médico responsable pondrá este hecho igualmente en conocimiento del equipo asistencial.

3. El médico responsable deberá consultar a un médico consultor, quien, tras estudiar la historia clínica y examinar al paciente, deberá corroborar el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 5.1, o en su caso en el 5.2, en el plazo máximo de diez días naturales desde la fecha de la segunda solicitud, a cuyo efecto redactará un informe que pasará a formar parte de la historia clínica del paciente. Las conclusiones de dicho informe deberán ser comunicadas al paciente solicitante en el plazo máximo de veinticuatro horas.

4. En caso de informe desfavorable del médico consultor sobre el cumplimiento de las condiciones del artículo 5.1, el paciente podrá recurrir a la Comisión de Garantía y Evaluación en los términos previstos en el artículo 7.2.

5. Una vez cumplido lo previsto en los apartados anteriores, el médico responsable, antes de la realización de la prestación de ayuda para morir, lo pondrá en conocimiento del presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación, en el plazo máximo de tres días hábiles, al efecto de que se realice el control previo previsto en el artículo 10.

Artículo 9. *Procedimiento a seguir cuando se aprecie que existe una situación de incapacidad de hecho.*

En los casos previstos en el artículo 5.2 el médico responsable está obligado a aplicar lo previsto en las instrucciones previas o documento equivalente.

Artículo 10. *Verificación previa por parte de la Comisión de Garantía y Evaluación.*

1. Una vez recibida la comunicación médica a que se refiere el artículo 8.5, el presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación designará, en el plazo máximo de dos días, a dos miembros de la misma, un profesional médico y un jurista, para que verifiquen si, a su juicio, concurren los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.
2. Para el adecuado ejercicio de sus funciones, los dos miembros citados en el apartado anterior tendrán acceso a la documentación que obre en la historia clínica y podrán entrevistarse con el profesional médico y el equipo, así como con la persona solicitante.
3. En el plazo máximo de siete días naturales, emitirán un informe con los requisitos a que se refiere el documento contemplado en la letra b) del artículo 12. Si la decisión es favorable, el informe emitido servirá de resolución a los efectos de la realización de la prestación. Si la decisión es desfavorable a la solicitud planteada, quedará abierta la posibilidad de reclamar en virtud de lo previsto en la letra a) del artículo 18. En los casos en que no haya acuerdo entre los dos miembros citados en el apartado 1 de este artículo, se elevará la verificación al pleno de la Comisión de Garantía y Evaluación, que decidirá definitivamente.
4. La resolución definitiva deberá ponerse en conocimiento del presidente para que, a su vez, la traslade al médico responsable que realizó la comunicación para proceder, en su caso, a realizar la prestación de ayuda para morir; todo ello deberá hacerse en el plazo máximo de dos días naturales.
5. Las resoluciones de la Comisión que informen desfavorablemente la solicitud de la prestación de ayuda para morir podrán ser recurridas ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

Artículo 11. *Realización de la prestación de ayuda para morir.*

1. Una vez recibida la resolución positiva, la realización de la prestación de ayuda para morir debe hacerse con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios, con aplicación de los protocolos correspondientes, que contendrán, además, criterios en cuanto a la forma y tiempo de realización de la prestación. En el caso de que el paciente se encuentre consciente, este deberá comunicar al médico responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir.
2. En los casos en los que la prestación de ayuda para morir lo sea conforme a la forma descrita en el artículo 3.g.1.º) el médico responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, asistirán al paciente hasta el momento de su muerte.
3. En el supuesto contemplado en el artículo 3.g.2.º) el médico responsable, así como el resto de profesionales sanitarios, tras prescribir la sustancia que el propio paciente se autoadministrará, mantendrá la debida tarea de observación y apoyo a este hasta el momento de su fallecimiento.

Artículo 12. *Comunicación a la Comisión de Garantía y Evaluación tras la realización de la prestación de ayuda para morir.*

Una vez realizada la prestación de ayuda para morir, y en el plazo máximo de cinco días hábiles después de esta, el médico responsable deberá remitir a la Comisión de Garantía y Evaluación de su Comunidad Autónoma o Ciudad Autónoma los siguientes dos documentos separados e identificados con un número de registro:

- a) El primer documento, sellado por el médico responsable, referido como «documento primero», deberá recoger los siguientes datos:
 1. º) Nombre completo y domicilio de la persona solicitante de la ayuda para morir y, en su caso, de la persona autorizada que lo asistiera.
 2. º) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional (número de colegiado o equivalente) del médico responsable.

3. 9) Nombre completo, dirección y número de identificación profesional del médico consultor cuya opinión se ha recabado.
4. 9) Si la persona solicitante disponía de un documento de instrucciones previas o documento equivalente y en él se señalaba a un representante, nombre completo del mismo. En caso contrario, nombre completo de la persona que presentó la solicitud en nombre del paciente en situación de incapacidad de hecho.
 - b) El segundo documento, referido como «documento segundo», deberá recoger los siguientes datos:
 - 1.9) Sexo y edad de la persona solicitante de la ayuda para morir.
 - 2.9) Fecha y lugar de la muerte.
 - 3.9) Tiempo transcurrido desde la primera y la última petición hasta la muerte de la persona.
 4. 9) Descripción de la patología padecida por la persona solicitante (enfermedad grave e incurable o padecimiento grave, crónico e imposibilitante).
 5. 9) Naturaleza del sufrimiento continuo e insoportable padecido y razones por las cuales se considera que no tenía perspectivas de mejoría.
 6. 9) Información sobre la voluntariedad, reflexión y reiteración de la petición, así como sobre la ausencia de presión externa.
 7. 9) Si existía documento de instrucciones previas o documento equivalente, una copia del mismo.
 8. 9) Procedimiento seguido por el médico responsable y el resto del equipo de profesionales sanitarios para realizar la ayuda para morir.
 - 9.9) Capacitación de los médicos consultores y fechas de las consultas.

CAPÍTULO IV

Garantía en el acceso a la prestación de ayuda para morir

Artículo 13. *Garantía del acceso a la prestación de ayuda para morir.*

1. La prestación de ayuda para morir estará incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud y será de financiación pública.
2. Los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación de ayuda para morir en los supuestos y con los requisitos establecidos en esta Ley.

Artículo 14. *Prestación de la ayuda para morir por los servicios de salud.*

La prestación de la ayuda para morir se realizará en centros sanitarios públicos, privados o concertados, y en el domicilio, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza. No podrán intervenir en ninguno de los equipos profesionales quienes incurran en conflicto de intereses ni quienes resulten beneficiados de la práctica de la eutanasia.

Artículo 15. *Protección de la intimidad y confidencialidad.*

1. Los centros sanitarios que realicen la prestación de ayuda para morir adoptarán las medidas necesarias para asegurar la intimidad de las personas solicitantes de la prestación y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos de carácter personal.
2. Asimismo, los citados centros deberán contar con sistemas de custodia activa de las historias clínicas de los pacientes e implantar en el tratamiento de los datos las medidas de seguridad de nivel alto previstas en la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal, teniendo en cuenta que los tratamientos afectan a categorías especiales de datos previstas en el artículo 9 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016.

Artículo 16. *Objeción de conciencia de los profesionales sanitarios.*

1. Los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia.

El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito.

2. Las administraciones sanitarias crearán un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma y que tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir. El registro se someterá al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal.

CAPÍTULO V

Comisiones de Garantía y Evaluación

Artículo 17. *Creación y composición.*

1. Existirá una Comisión de Garantía y Evaluación en cada una de las Comunidades Autónomas, así como en las Ciudades de Ceuta y Melilla. La composición de cada una de ellas tendrá carácter multidisciplinar y deberá contar con un número mínimo de siete miembros entre los que se incluirán personal médico, de enfermería y juristas.

2. En el caso de las Comunidades Autónomas, dichas comisiones, que tendrán la naturaleza de órgano administrativo, serán creadas por los respectivos gobiernos autonómicos, quienes determinarán su régimen jurídico. En el caso de las Ciudades de Ceuta y Melilla, será el Ministerio de Sanidad quien cree las comisiones para cada una de las ciudades y determine sus regímenes jurídicos.

3. Cada Comisión de Garantía y Evaluación deberá crearse y constituirse en el plazo de tres meses a contar desde la entrada en vigor de este artículo.

4. Cada Comisión de Garantía y Evaluación deberá disponer de un reglamento de orden interno, que será elaborado por la citada Comisión y autorizado por el órgano competente de la administración autonómica. En el caso de las Ciudades de Ceuta y Melilla, la citada autorización corresponderá al Ministerio de Sanidad.

5. El Ministerio de Sanidad y los presidentes de las Comisiones de Garantía y Evaluación de las Comunidades Autónomas se reunirán anualmente, bajo la coordinación del Ministerio, para homogeneizar criterios e intercambiar buenas prácticas en el desarrollo de la prestación de eutanasia en el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 18. *Funciones.*

Son funciones de la Comisión de Garantía y Evaluación las siguientes:

a) Resolver en el plazo máximo de veinte días naturales las reclamaciones que formulen las personas a las que el médico responsable haya denegado su solicitud de prestación de ayuda para morir, así como dirimir los conflictos de intereses que puedan suscitarse según lo previsto en el artículo 14.

También resolverá en el plazo de veinte días naturales las reclamaciones a las que se refiere el apartado 3 del artículo 10, sin que puedan participar en la resolución de las mismas los dos miembros designados inicialmente para verificar el cumplimiento de los requisitos de la solicitud.

Asimismo resolverá en igual plazo sobre las solicitudes pendientes de verificación y elevadas al pleno por existir disparidad de criterios entre los miembros designados que impida la formulación de un informe favorable o desfavorable.

En el caso de que la resolución sea favorable a la solicitud de prestación de ayuda para morir, la Comisión de Garantía y Evaluación competente requerirá a la dirección del

centro para que en el plazo máximo de siete días naturales facilite la prestación solicitada a través de otro médico del centro o de un equipo externo de profesionales sanitarios.

El transcurso del plazo de veinte días naturales sin haberse dictado resolución dará derecho a los solicitantes a entender denegada su solicitud de prestación de ayuda para morir, quedando abierta la posibilidad de recurso ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

b) Verificar en el plazo máximo de dos meses si la prestación de ayuda para morir se ha realizado de acuerdo con los procedimientos previstos en la ley.

Dicha verificación se realizará con carácter general a partir de los datos recogidos en el documento segundo. No obstante, en caso de duda, la Comisión podrá decidir por mayoría simple levantar el anonimato y acudir a la lectura del documento primero. Si, tras el levantamiento del anonimato, la imparcialidad de algún miembro de la Comisión de Garantía y Evaluación se considerara afectada, este podrá retirarse voluntariamente o ser recusado.

Asimismo, para realizar la citada verificación la Comisión podrá decidir por mayoría simple solicitar al médico responsable la información recogida en la historia clínica del paciente que tenga relación con la realización de la prestación de ayuda para morir.

c) Detectar posibles problemas en el cumplimiento de las obligaciones previstas en esta Ley, proponiendo, en su caso, mejoras concretas para su incorporación a los manuales de buenas prácticas y protocolos.

d) Resolver dudas o cuestiones que puedan surgir durante la aplicación de la Ley, sirviendo de órgano consultivo en su ámbito territorial concreto.

e) Elaborar y hacer público un informe anual de evaluación acerca de la aplicación de la Ley en su ámbito territorial concreto. Dicho informe deberá remitirse al órgano competente en materia de salud.

f) Aquellas otras que puedan atribuirles los gobiernos autonómicos, así como, en el caso de las Ciudades de Ceuta y Melilla, el Ministerio de Sanidad.

Artículo 19. *Deber de secreto.*

Los miembros de las Comisiones de Garantía y Evaluación estarán obligados a guardar secreto sobre el contenido de sus deliberaciones y a proteger la confidencialidad de los datos personales que, sobre profesionales sanitarios, pacientes, familiares y personas allegadas, hayan podido conocer en su condición de miembros de la Comisión.

Disposición adicional primera. *Sobre la consideración legal de la muerte.*

La muerte como consecuencia de la prestación de ayuda para morir tendrá la consideración legal de muerte natural a todos los efectos, independientemente de la codificación realizada en la misma.

Disposición adicional segunda. *Régimen sancionador.*

Las infracciones de lo dispuesto por la presente Ley quedan sometidas al régimen sancionador previsto en el capítulo VI del título I de la Ley 14/1986, General de Sanidad, sin perjuicio de las posibles responsabilidades civil, penal y profesional o estatutaria que puedan corresponder.

Disposición adicional tercera. *Informe anual.*

Las Comunidades Autónomas remitirán al Ministerio de Sanidad el informe a que se refiere la letra e) del artículo 18. Para las Ciudades de Ceuta y Melilla el Ministerio de Sanidad recabará dicho informe a través del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Los datos conjuntos de Comunidades y Ciudades Autónomas serán hechos públicos y presentados por el Ministerio de Sanidad.

Disposición adicional cuarta. *Personas con discapacidad.*

Las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas tendrán garantizados los derechos, recursos y medios de apoyo establecidos en la Ley 27/2007, de 23 de octubre, por

la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas.

Disposición adicional quinta. *Recurso jurisdiccional.*

Los recursos a los que se refieren los artículos 10.5 y 18.a) se tramitarán por el procedimiento previsto para la protección de los derechos fundamentales de la persona en la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa.

Disposición adicional sexta. *Medidas para garantizar la prestación de ayuda para morir por los servicios de salud.*

Con el fin de asegurar la igualdad y calidad asistencial de la prestación de ayuda para morir, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud deberá elaborar en el plazo de tres meses a contar desde la entrada en vigor de la Ley un manual de buenas prácticas que sirva para orientar la correcta puesta en práctica de esta Ley.

Asimismo, en este mismo plazo deberá elaborar los protocolos a los que se refiere el artículo 5.2.

Disposición adicional séptima. *Formación.*

Las administraciones sanitarias competentes habilitarán los mecanismos oportunos para dar la máxima difusión a la presente Ley entre los profesionales sanitarios y la ciudadanía en general, así como para promover entre la misma la realización del documento de instrucciones previas.

Asimismo, difundirán entre el personal sanitario los supuestos contemplados en la misma a los efectos de su correcto y general conocimiento y de facilitar en su caso el ejercicio por los profesionales del derecho a la objeción de conciencia.

La Comisión de formación continuada de las profesiones sanitarias, adscrita a la Comisión de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, abordará, en el plazo de un año desde la entrada en vigor de esta Ley, la coordinación de la oferta de formación continua específica sobre la ayuda para morir, que deberá considerar tanto los aspectos técnicos como los legales, formación sobre comunicación difícil y apoyo emocional.

Disposición transitoria única. *Régimen jurídico de las Comisiones de Garantía y Evaluación.*

En tanto no dispongan de su propio reglamento de orden interno, el funcionamiento de las Comisiones de Garantía y Evaluación se ajustará a las reglas establecidas en la sección 3.ª del capítulo II del título preliminar de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

Disposición derogatoria única. *Derogación normativa.*

Quedan derogadas todas las disposiciones de igual o inferior rango que contradigan o se opongan a lo establecido en esta Ley.

Disposición final primera. *Modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.*

Se modifica el apartado 4 y se añade un apartado 5 al artículo 143 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, en los términos siguientes:

«4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de una persona que sufriera un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables, por la petición expresa, seria e inequívoca de esta, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los apartados 2 y 3.

5. No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, no incurrirá en responsabilidad penal quien causare o cooperare activamente a la muerte de otra persona cumpliendo lo establecido en la ley orgánica reguladora de la eutanasia.»

Disposición final segunda. *Título competencial.*

Esta Ley se dicta al amparo del artículo 149.1.1.ª y 16.ª de la Constitución Española, que atribuyen al Estado la competencia para la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales, y sobre las bases y coordinación general de la sanidad, respectivamente, salvo la disposición final primera que se ampara en la competencia que el artículo 149.1.6.ª atribuye al Estado sobre legislación penal.

Disposición final tercera. *Carácter ordinario de determinadas disposiciones.*

La presente Ley tiene carácter de ley orgánica a excepción de los artículos 12, 16.1, 17 y 18, de las disposiciones adicionales primera, segunda, tercera, cuarta, quinta, sexta y séptima, y de la disposición transitoria única, que revisten el carácter de ley ordinaria.

Disposición final cuarta. *Entrada en vigor.*

La presente Ley entrará en vigor a los tres meses de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado», salvo el artículo 17, que entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Por tanto,
Mando a todos los españoles, particulares y autoridades, que guarden y hagan guardar esta ley orgánica.

Madrid, 24 de marzo de 2021.

FELIPE R.

El Presidente del Gobierno,
PEDRO SÁNCHEZ PÉREZ-CASTEJÓN

ANEXO 2. Justificación sobre la pertinencia de la bibliografía seleccionada.

DOCUMENTO SELECCIONADO
Base de datos / Tipo de Búsqueda / Términos de Búsqueda
<p><i>Google Scholar / Avanzada con filtro entre 2000-2020 y solo español / Al menos una: actitudes, enfermera, personal sanitario, eutanasia, suicidio asistido</i></p>
<p>Muñoz Camargo, J. C. <i>et al.</i> (2012) ‘Limitación del esfuerzo terapéutico. Opinión de los profesionales’, <i>Enfermería Intensiva</i>. Elsevier Doyma, 23(3), pp. 104–114. DOI: 10.1016/j.enfi.2011.12.008.</p>
<p>Resumen:</p> <p>Estudio descriptivo prospectivo realizado en el Hospital General Universitario de Ciudad Real en 2010. El objetivo fue conocer la valoración ética de los profesionales sanitarios respecto a las medidas extraordinarias de soporte de vida. Se incluyó un cuestionario adaptado al ámbito hospitalario de 18 ítems con respuesta dicotómica. Se obtiene una muestra de 189 profesionales (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería), un 21,7% fueron varones y un 78,3% mujeres. La media de edad se situó en 40,39 años DS± 10, con una moda de 31 años, y con una media de experiencia laboral de 15,8 años DS± 10,4. El 79,9% se encuentra a favor de la eutanasia, el 93,6% en contra de la distanasia, el 92,6% a favor de la antidistanasia y un 99,5% a favor de la ortotonasia. El colectivo médico es el más contrario a la aplicación de la eutanasia $p = 0,0001$. Se han observado diferencias entre la práctica religiosa y la actitud ética ante situaciones al final de la vida. La mayoría de los participantes tomaría en cuenta la decisión del paciente de limitar las medidas extraordinarias en situación de enfermedad irrecuperable. El estudio nos revela que en la efectividad y utilidad de nuestra práctica asistencial se debería incluir la evaluación ética por parte de los profesionales, con el paciente, al quedar patente que la mayoría de la muestra, está en contra del encarnizamiento terapéutico y a favor de una muerte digna.</p>
<p>Justificación:</p> <p>He seleccionado el artículo por la relevancia de su temática, tipo de estudio y objetivo, pues relaciona el posicionamiento de profesionales de la salud hacia la eutanasia, limitación del esfuerzo terapéutico y morir dignamente.</p>

Vega Gutierrez, J. (2000) *Eutanasia: Concepto, tipos, aspectos éticos y jurídicos. actitudes del personal sanitario ante el enfermo en situacion terminal*. Available at: https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/eutanasia/EUTANASIA_2000.pdf
(Accessed: 7 January 2020).

Resumen:

La mayoría de las personas no mueren brusca e inesperadamente, sino que lo hacen en los hospitales o en su domicilio, siendo tratadas por profesionales de la salud. Estados progresivos durante varios años antes de la muerte que son susceptibles de diversos tratamientos para prolongan a veces la vida por largos periodos. Estos hechos han originado una serie de problemas ético-médicos antes impensables. Los médicos y las enfermeras tendrán que hacer uso de sus conocimientos científicos y éticos para enfrentarse a situaciones de trato con pacientes en estado terminal. Es frecuente la atención sanitaria de los pacientes terminales, pero sorprende la incomodidad de las enfermeras y médicos ante este tipo de circunstancias. No es de extrañar que se hayan presentado diversas soluciones, como reclamar la legalización de la eutanasia, esto implica además de administrar los cuidados físicos y psicológicos, nos esmeremos en evitar sufrimiento y el final agonizante.

Justificación:

He seleccionado el artículo, a pesar de haber sido presentado en el año 2000, por su pertinencia, ya que se invocan diversas razones para explicar el tema de la eutanasia, haciendo un breve recorrido acerca de los aspectos éticos y jurídicos en España. Alegando varios apartados que relacionan cuidados de enfermería y eutanasia / paciente terminal.

DOCUMENTO SELECCIONADO
Base de datos / Tipo de Búsqueda / Términos de Búsqueda
<i>CUIDATGE / Avanzada / eutanasia * enfermeria</i>
<p>Guardia Mesa, M. <i>et al.</i> (2014) 'Limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos - Metas de Enfermería', <i>Metas de Enfermería</i>, 17(6), pp. 58–63. Available at: https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80620/limitacion-del-esfuerzo-terapeutico-en-cuidados-intensivos/ (Accessed: 6 January 2021).</p>
<p>Resumen:</p> <p>Estudio que explora la opinión del personal de Enfermería de un servicio de Cuidados Intensivos de un centro hospitalario médico- quirúrgico sobre la limitación del esfuerzo terapéutico. Realizó un estudio descriptivo mediante cuestionario validado autoadministrado a enfermeras y auxiliares de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Como resultado: 88 personas encuestadas. En cuanto a quién debe tomar la decisión de la aplicación de medidas extraordinarias de soporte en enfermedades irrecuperables, el 77% da mayor peso a la decisión del paciente. Sobre la legalización de la eutanasia, un 71,8% está a favor y un 81,4% la aplicaría en pacientes irrecuperables o en estado agónico si lo hubieran expresado previamente. El 98,9% está a favor de la práctica de la ortotanasia.</p>
<p>Justificación:</p> <p>He escogido este artículo, ya que lo considero relevante e importante por la temática que explica sobre aspectos éticos, de opinión y cuidados al final de la vida en relación a la eutanasia y su población de estudio también son profesionales de la enfermería.</p>

DOCUMENTO SELECCIONADO
Base de datos / Tipo de Búsqueda / Términos de Búsqueda
<p><i>CINHAL / Avanzada: CINAHL Subject Headings, Abstract available, filter from 2000 to 2020 / (MM "Nurse Attitudes") AND (MM "Euthanasia+")</i></p>
<p>Denier, Y. <i>et al.</i> (2010) ‘Communication in nursing care for patients requesting euthanasia: a qualitative study’, <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 19(23–24), pp. 3372–3380. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03367.x (Accessed: 6 January 2021).</p>
<p>Resumen:</p> <p>Describe la perspectiva de la enfermera la comunicación durante el proceso de atención de la eutanasia para pacientes mentalmente competentes y con enfermedades terminales que solicitan eutanasia. La investigación muestra que la comunicación es una parte importante del buen cuidado de la eutanasia. Sin embargo, la forma real en que la comunicación de las enfermeras contribuye a la calidad del proceso de atención de la eutanasia sigue sin estar clara. Se utilizó un diseño de teoría fundamentada. Análisis de 18 entrevistas semiestructuradas en profundidad con enfermeras de nueve hospitales diferentes en Flandes. Los resultados sugieren que para las enfermeras, la comunicación es clave para realizar una atención de eutanasia de calidad. Al ser la esencia de la atención de enfermería para pacientes que solicitan eutanasia, la comunicación de las enfermeras requiere apoyo y orientación sobre el nivel de educación en enfermería, las pautas profesionales y el contexto hospitalario.</p>
<p>Justificación:</p> <p>He escogido este artículo, ya que me parece importante y relevante conocer de qué manera se abordan los cuidados en la eutanasia en otros países. Considero este artículo una de las referencias más importantes que ayudan a darle perspectiva al tema.</p>
<p>Santana Cabrera, L. <i>et al.</i> (2010) ‘Percepción de las actitudes éticas de la enfermería de cuidados intensivos ante la limitación del tratamiento’, <i>Enfermería Intensiva</i>, 21(4), pp. 142–149. DOI: 10.1016/j.enfi.2010.06.001.</p>
<p>Resumen:</p> <p>Este estudio analiza la percepción de la enfermería de cuidados intensivos acerca de la limitación del esfuerzo terapéutico (LET), llevado a cabo entre el personal de enfermería de cuidados intensivos en Gran Canaria. Se utilizó una encuesta anónima,</p>

para valorar las actitudes de la enfermería de cuidados intensivos acerca de la LET. 52 enfermeros/as (86,6%), 57,7% mujeres, con un tiempo trabajado de $8,8 \pm 4,8$ años. La decisión de no ingresar a un paciente con una calidad de vida muy mala a corto plazo (paciente terminal) cambia cuando se tiene en cuenta la opinión del paciente (36,5% vs 61,5%; $p=0,008$). Un 17,3% piensa que limitar un tratamiento, bien no suministrándose o retirándolo, sería una práctica aceptable a diferencia de la eutanasia. El 36,5% opina que la enfermería no debería participar en la decisión de limitar un tratamiento, así como tampoco los pacientes (34,6%) ni los familiares (23,1%). La enfermería no es consciente de la importancia que puede tener, junto a familiares y pacientes, en la toma de decisiones sobre la limitación del tratamiento del paciente crítico, aportando su visión humanizadora y ética de los cuidados.

Justificación:

He escogido este artículo, ya que me parece importante y relevante conocer el posicionamiento de enfermeros sobre limitaciones del esfuerzo terapéutico y los cuidados al final de la vida. Considero este artículo importante para ayudar a darle perspectiva a la implicación de la enfermería en la toma de decisiones.

Tamayo-Velázquez, M.-I., Simón-Lorda, P. and Cruz-Piqueras, M. (2012) 'Euthanasia and physician-assisted suicide: Knowledge, attitudes and experiences of nurses in Andalusia (Spain)', *Nursing Ethics*, 19(5), pp. 677–691. DOI: 10.1177/0969733011436203.

Resumen:

Este estudio evalúa los conocimientos, actitudes y experiencias de las enfermeras españolas en relación con la eutanasia y el suicidio asistido por médicos. Se encuestó a 390 enfermeros andaluces, el 59,1% identificó adecuadamente una situación de eutanasia y el 64,1% una situación de suicidio asistido por médicos. Alrededor del 69% eran conscientes de que ambas prácticas eran ilegales en España, aunque el 21,4% había recibido solicitudes de eutanasia y otro 7,8% de suicidio asistido. Un total del 22,6% cree que en España se han producido casos de eutanasia y el 11,4% cree lo mismo en el suicidio asistido. Hubo un mayor apoyo (70%) para la legalización de la eutanasia que para el suicidio asistido (65%), existe una mayor predisposición a llevar a cabo la eutanasia (54%), si se legalizara, que participar en el suicidio asistido

(47,3%). Se debería ofrecer más educación sobre cuestiones relacionadas con el final de la vida.

Justificación:

He escogido este artículo, ya que ofrece unos resultados orientados hacia nuestro objetivo de estudio que ayudarán en la discusión de este trabajo. Considero este estudio importante, pues es realizado en el contexto español.

DOCUMENTO SELECCIONADO

Base de datos / Tipo de Búsqueda / Términos de Búsqueda

PUBMED / Avanzada Filters activated: Abstract available, publication date from 2000 to 2020 / (nurses attitudes) AND (euthanasia)

Ay, M. A. and Öz, F. (2019) ‘Nurses attitudes towards death, dying patients and euthanasia: A descriptive study’, *Nursing Ethics*. SAGE Publications Ltd, 26(5), pp. 1442–1457. DOI: 10.1177/0969733017748481.

Resumen:

Este estudio determina las opiniones y actitudes de las enfermeras sobre la muerte, el paciente moribundo, la eutanasia y las relaciones entre las características de las enfermeras. Participaron 340 enfermeras de 25 hospitales ubicados en Ankara, Turquía. Se utilizaron como herramienta de recopilación de datos la “Nurse Information Form” y la “Attitude Scale about Euthanasia, Death and Dying Patients” (DAS). Muestra una diferencia estadísticamente significativa entre los factores de estado civil, opiniones sobre los pacientes que son apropiados para la eutanasia, opiniones sobre los pacientes que desean morir y sentir necesidad de asesoramiento sobre estos conceptos según la puntuación media total ($p < 0,05$). Se resuelve que las enfermeras se ven afectadas negativamente para afrontar los conceptos de muerte, eutanasia y trabajo con el paciente moribundo. Esto se refleja en su actitud. Obtener una actitud positiva hacia la muerte, el paciente moribundo y la eutanasia, requiere de la implementación de servicios de capacitación, consultoría y educación sobre éstos aspectos para las enfermeras.

Justificación:

Considero este artículo pertinente para ayudar a darle perspectiva a las necesidades de las enfermeras sobre su toma de decisiones hacia la muerte y los conceptos relacionados que influyen en la atención al final de la vida.

Cayetano-Penman, J., Malik, G. and Whittall, D. (2020) 'Nurses' Perceptions and Attitudes About Euthanasia: A Scoping Review.', *Journal of holistic nursing : official journal of the American Holistic Nurses' Association*. DOI: 10.1177/0898010120923419.

Resumen:

Las enfermeras tienen un papel fundamental en proporcionar atención holística a las personas con condiciones que limitan la vida. Sin embargo, experimentan conflictos morales internos e impotencia cuando los pacientes les piden que ayuden en el proceso de muerte. Se llevó a cabo una revisión para determinar lo que se sabe sobre las percepciones y actitudes de las enfermeras sobre la eutanasia. Se incluyeron 23 estudios. Los conceptos clave revisados: actitudes positivas y/o apoyo hacia la eutanasia, y negativas y/o no apoyaban la eutanasia. Los factores asociados con ser positivos y/o de apoyo fueron debido: (a) dolor incontrolable extremo, sufrimiento insoportable u otras experiencias angustiosas del paciente, (b) legalidad de la eutanasia, y (c) derecho del paciente a morir. Los factores que determinaron la actitud negativa y/o insoportable de las enfermeras incluyeron a) religión, b) dilemas morales/éticos, c) el papel del género del profesional de la salud y, d) los cuidados paliativos deficientes. Hubo varios factores cruciales que influyeron afectados por sus perspectivas personales, profesionales y transpersonales. Las posibles implicaciones para las enfermeras se relacionan con la educación, la práctica y la investigación. Las enfermeras deben ser informadas de la legislación existente y proporcionar una educación en profundidad y directrices profesionales para ayudar a la acción directa.

Justificación:

Considero este artículo relevante para el presente trabajo, pues se trata de un estudio secundario que ayuda a este trabajo en su apartado introductorio y en apoyo a los resultados presentados con un peso importante durante la fase de confrontación durante la discusión.

Gielen, J., van den Branden, S. and Broeckaert, B. (2009) 'Religion and nurses' attitudes to euthanasia and physician assisted suicide', *Nursing Ethics*, pp. 303–318. DOI: 10.1177/0969733009102692.

Resumen:

En esta revisión de estudios empíricos, se evalúa la influencia de la religión y la visión del mundo sobre las actitudes de las enfermeras hacia la eutanasia y el suicidio asistido por médicos. La mayoría de los estudios identificados mostraron una clara relación entre la religión o la visión del mundo y las actitudes de las enfermeras hacia la eutanasia o el suicidio asistido por un médico. Se encontró que las diferencias de actitud estaban influenciadas por la afiliación religiosa o ideológica, la observancia de las prácticas religiosas, las doctrinas religiosas y la importancia personal atribuida a la religión o a la visión del mundo. No obstante, era difícil una interpretación comparativa coherente de los resultados de los estudios identificados. Ningún estudio ha investigado hasta ahora exhaustivamente la relación entre la religión o la visión del mundo y las actitudes de las enfermeras hacia la eutanasia o el suicidio asistido por un médico.

Justificación:

He seleccionado este artículo por la importancia que proporciona sobre algunas conclusiones con la que apoyar la confrontación de la discusión frente a otros estudios. Su importancia recae en el tipo de estudio realizado y el valor que aporta sobre la influencia de las creencias en la actitud hacia la eutanasia y el suicidio asistido.

Holt, J. (2008) 'Nurses' attitudes to euthanasia: The influence of empirical studies and methodological concerns on nursing practice: Original article', *Nursing Philosophy*, 9(4), pp. 257–272. DOI: 10.1111/j.1466-769X.2008.00373.x.

Resumen:

Este documento introduce la controversia en torno a la eutanasia voluntaria activa y describe la posición legal sobre la eutanasia y el suicidio asistido en el Reino Unido. Se revisan los resultados de los estudios de las actitudes de las enfermeras hacia la eutanasia de la literatura nacional e internacional. Existen dificultades reconocidas para llevar a cabo investigaciones sobre las actitudes hacia la eutanasia y, por lo tanto, la

revisión de los resultados de los estudios publicados es seguida por una revisión metodológica. Esta revisión metodológica examina el diseño de la investigación y los métodos de recopilación de datos utilizados en los estudios publicados, los problemas con la comprensión de las definiciones de eutanasia y la medición de actitudes. El documento concluye con una discusión sobre cómo la investigación en esta área puede influir en la práctica de enfermería.

Justificación:

He seleccionado este artículo, porque se trata de un estudio relevante que aporta una visión internacional de la actitud de la enfermera frente a la eutanasia y el suicidio asistido. Es útil para complementar las afirmaciones de este trabajo y su apoyo hacia el fundamento que puede orientar el posicionamiento de las enfermeras.

Lavoie, M. *et al.* (2016) 'Psychosocial determinants of nurses' intention to practise euthanasia in palliative care', *Nursing Ethics*. SAGE Publications Ltd, 23(1), pp. 48–60. DOI: [10.1177/0969733014557117](https://doi.org/10.1177/0969733014557117) (Accessed: 9 January 2021).

Resumen:

La mayoría de los estudios publicados sobre la eutanasia no explican las intenciones de los profesionales de la salud cuando se enfrentan a la realización de la eutanasia y son teóricos. Participaron en el estudio una muestra aleatoria de 445 enfermeras de la provincia de Quebec, Canadá. Se identificaron creencias específicas que podrían discriminar a las enfermeras de acuerdo con su nivel de intención. Las enfermeras tienen una intención ligeramente positiva de practicar la eutanasia. Su aprobación familiar parece particularmente importante y también la aprobación de sus colegas médicos. La norma moral de las enfermeras estaba relacionada con la beneficencia, un principio ético. Se identifica las motivaciones de las enfermeras para practicar la eutanasia en cuidados paliativos utilizando una teoría psicosocial validada. También tiene la distinción de identificar los principios éticos que subyacen a la norma moral y la intención de las enfermeras.

Justificación:

He escogido este artículo con el propósito de identificar los determinantes psicosociales de la intención de las enfermeras de practicar la eutanasia en cuidados paliativos si se legalizara. Este artículo trata principalmente sobre los factores y

determinantes psicosociales que influyen en la toma de decisiones durante la práctica del cuidado relacionada con la eutanasia en Canadá. Lo considero un artículo importante, porque nos ayuda a dilucidar algunos dilemas que planteamos en el tema de estudio.

Pesut, B. *et al.* (2020) 'Nursing and euthanasia: A narrative review of the nursing ethics literature', *Nursing Ethics*, 1 February, pp. 152–167. DOI: [10.1177 / 0969733019845127](https://doi.org/10.1177/0969733019845127) (Accessed: 9 January 2021).

Resumen:

El propósito de este artículo es proporcionar una revisión narrativa de los argumentos éticos que rodean la eutanasia en relación con la práctica de enfermería. Fue realizada una búsqueda sistemática y revisión narrativa. Se realizaron búsquedas en nueve bases de datos electrónicas sobre artículos que analizaban una cuestión ética enfocada relacionada con la eutanasia en el contexto de la práctica de enfermería sobre ética en enfermería y eutanasia. Las consideraciones clave incluyeron la ontología moral de la enfermería, la relación enfermera-paciente, impacto potencial en la profesión, principios y teorías éticas, culpabilidad moral por actos versus omisiones, el papel de la intención y la naturaleza de la sociedad en la que se llevaría a cabo la eutanasia. En muchos casos, se utilizaron los mismos supuestos, valores, principios y teorías para argumentar tanto a favor como en contra de la eutanasia.

Justificación:

He escogido este artículo debido a que proporciona datos relevantes sobre la influencia de factores morales respecto de su decisión acerca de la eutanasia. Además, se trata de una revisión sistemática que da fuerza al presente trabajo, pues aglutina evidencias de decenas de artículos relevantes en el marco internacional.

1	Nombre y Apellidos	Juan José Suárez Sánchez
	DNI	XXXXXXXXXX
	Centro / Hospital	Atención Primaria - Area de Salud Gran Canaria
	Servicio/Departamento	Directo de Enfermería de la Gerencia de Atención Primaria

Financiación del Estudio	
Financiación del Estudio (en caso de Promotor, especificar sus datos de contacto)	NO
Nombre y Apellidos	
Teléfono de contacto	
Correo electrónico	
Persona de contacto	

Datos del Estudio	
Naturaleza del proyecto/estudio	LOCAL
Tipo de Centro	Unicéntrico
Tiene CEI de Referencia	si
Especificar nombre del CEI de Referencia	CEI HOSPITAL DE GRAN CANARIA DR. NEGRÍN
Solicitar que este CEI/CEIm sea de referencia	si

Versionado de documentos (Importante para una correcta certificación).	
Versión del protocolo	URV Universitat Rovira i Virgili
Versión de la Memoria Económica	URV Universitat Rovira i Virgili
Versión de CI + HIP	CEI HOSPITAL DE GRAN CANARIA DR. NEGRIN

Gastos Administrativos	
Gastos Administrativos	NO: no olvide adjuntar el formulario de exención de tasas.
Razón social, CIF/VAT	
Dirección	
Correo electrónico	
Teléfono de contacto	

DOCUMENTOS

Tipo de Documento	Presentado
Protocolo	SI
HIP + CI ó Exención de CI	SI
Memoria Económica	SI
Curriculum	SI
Aceptación de evaluación del protocolo por parte del Tutor o Director	SI

Formulario de exención de tasas	SI
---------------------------------	----



DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN/COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS

Dña Maria Dolores Fiuza Pérez, Secretaria Técnica del Comité de Ética de la Investigación/Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrin (CEI/CEIm HUGCDN)

C E R T I F I C A:

Que este Comité, según consta en el Acta **3/2021** de fecha **26/03/2021** ha evaluado la propuesta del promotor: **FORTES PONCE, FRANCISCO JOSÉ** , para que se realice el **PROYECTOS DOCENTES** titulado:

"La actitud de la Enfermera Comunitaria de Enlace hacia la Eutanasia y el Suicidio Asistido".

Promotor: **FORTES PONCE, FRANCISCO JOSÉ**
 Código CEIm HUGCDN: **2021-114-1**
 Código Protocolo: **Universitat Rovira i Virgili**
 Docs. con versiones:

<i>Tipo documento</i>	<i>Subtipo</i>	<i>Versión-Fecha</i>
Protocolo		V.URV Universitat Rovira i Virgili
HIP y DCI		V.CEI HOSPITAL DE GRAN CANARIA DR. NEGRIN

CEIC de Referencia: **CEI/CEIM HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRIN.**

Datos del Investigador Principal:

Nombre	Centro	Servicio
FRANCISCO JOSÉ FORTES PONCE	Atención Primaria - Area de Salud Gran Canaria	

Y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el **PROYECTOS DOCENTES** .

En la dirección https://sede.gobcan.es/sede/verifica_doc?codigo_nid= puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente: 0SLQ6hs tC3z_ZaCI16AYT2Dj fQIcoY8Pu





Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado y el modo de reclutamiento.

El investigador y su equipo se comprometen a cumplir las recomendaciones y directrices de Buena Práctica Clínica aplicables a este tipo de estudios y la Declaración de Helsinki actualizada.

El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.

Por tanto este COMITÉ resuelve que el estudio queda **APROBADO** con fecha de hoy.

Que este Comité, tanto en su composición como en los PNTs, cumple con las normas de BPC (CPMP/ICH/135/95).

Con la elevación de este Dictamen a la Dirección Gerencia de este Centro para valoración de su Conformidad, terminan las acciones competencia de este CEI/CEIm sobre su estudio.

Que en dicha reunión se cumplió el quórum preceptivo legalmente.

Que, en el caso de que se evalúe algún proyecto del que un miembro sea investigador/colaborador, dicho miembro no participa en la evaluación ni el dictamen del propio protocolo.

Lo que firmo en Las Palmas de Gran Canaria

La Secretaria Técnica

Fdo.: Dra Dña Maria Dolores Fiuza Pérez

En la dirección https://sede.gobcan.es/sede/verifica_doc?codigo_nde= puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente: 0SLQ6hs tC3z_ZaCI18AYT2Dj fQIcoY8Pa





Servicio Canario de la Salud
Atención Primaria de Gran Canaria

CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

La Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria, al amparo de la Orden SAS/3470/2009 y vista la autorización del Comité de Ética de la Investigación/Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEI/CEIm) del H.U.G.C. Dr. Negrín (**Acta 3/2021**).

C E R T I F I C A:

Que conoce la propuesta realizada por el promotor FORTES PONCE, FRANCISCO JOSÉ para que sea realizado en este Centro el PROYECTOS DOCENTES titulado:

“La actitud de la Enfermera Comunitaria de Enlace hacia la Eutanasia y el Suicidio Asistido”

Promotor: FORTES PONCE, FRANCISCO JOSÉ

Código Protocolo: Universitat Rovira i Virgili

Código CEIm H.U.G.C. Dr. Negrín: 2021-114-1

CEIC de Referencia: CEI/CEIM HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRIN

Y que será realizado por **FRANCISCO JOSÉ FORTES PONCE** de Atención Primaria como Investigador Principal.

Que se está de acuerdo con las condiciones establecidas entre el Centro y el Promotor en el que se especifican todos los aspectos relativos a este PROYECTOS DOCENTES y se acepta la realización en este Centro.

Lo que firma en Las Palmas de Gran Canaria,

La Gerencia

Este documento ha sido firmado electrónicamente por:	
JOSE LUIS APARICIO SANCHEZ - GERENTE DE SERVICIOS SANITARIOS	Fecha: 29/03/2021 - 11:45:36
En la dirección https://sede.gobcan.es/sede/verifica_doc?codigo_nbf= puede ser comprobada la autenticidad de esta copia, mediante el número de documento electrónico siguiente: 0YpSMX9IwPzFr_40K1N1NDTBD--RhX2Ez	
El presente documento ha sido descargado el 29/03/2021 - 12:09:48	



ANEXO 4. Hoja de Información al Participante, Consentimiento Informado y Cuestionario EAS traducido al español con elementos sociodemográficos.



Servicio Canario de la Salud
CEIm Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín



HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

TÍTULO DEL ESTUDIO: "La actitud de la Enfermera Comunitaria de Enlace hacia la Eutanasia y el Suicidio Asistido"

Estimado/a Señor/a:

El investigador le ha solicitado, participar en este estudio, ahora y en cumplimiento de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre "Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica" reiteramos la explicación por escrito con objeto de que nos autorice a incluirlo en el mismo.

Antes de decidir si desea tomar parte, es importante que entienda por qué se realiza este estudio y qué es lo que implica si acepta participar.

Por favor, lea con detenimiento la siguiente información y, si hay algo que no está claro o desea más información, no deje de consultarlo, puede solicitar la ampliación de información al investigador principal o sus colaboradores. Le concederemos todo el tiempo que necesite para decidirse o no a participar.

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

El estudio consiste en el análisis cuantitativo de las variables a cumplimentar en el cuestionario específico -formato impreso- de actitud hacia a la eutanasia compuesto por 21 ítems y 5 opciones de respuesta. Además, incluye 4 ítems para identificar el perfil sociodemográfico.

OBJETIVO QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El propósito de este estudio es examinar las actitudes y percepciones de las enfermeras gestoras de casos o comunitarias de enlace hacia a la eutanasia o el suicidio asistido.

La participación es totalmente voluntaria. De ningún modo está obligado a participar y, si decide hacerlo, puede cambiar de opinión en todo momento. Todos los aspectos de este estudio, incluidos los resultados, serán tratados de manera estrictamente confidencial.

¿POR QUÉ HA SIDO ELEGIDO?

Usted ha sido elegido debido a que cumple con los criterios de inclusión al ser profesional de la enfermería adscrito a la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria y desempeñar tareas de gestión de casos o comunitarias de enlace en el último año.

CONFIDENCIALIDAD:

Se garantiza el derecho a la intimidad y a la confidencialidad de los datos obtenidos durante la investigación de todos los participantes, según se dispone en los términos establecidos en la Ley 3/2018 de Protección de datos Personales y garantía de los derechos digitales y en la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.



Servicio Canario de la Salud
CEIm Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín



**HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

TÍTULO DEL ESTUDIO: "La actitud de la Enfermera Comunitaria de Enlace hacia la Eutanasia y el Suicidio Asistido"

Estimado/a Señor/a:

El investigador le ha solicitado, participar en este estudio, ahora y en cumplimiento de la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre "Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica" reiteramos la explicación por escrito con objeto de que nos autorice a incluirlo en el mismo.

Antes de decidir si desea tomar parte, es importante que entienda por qué se realiza este estudio y qué es lo que implica si acepta participar.

Por favor, lea con detenimiento la siguiente información y, si hay algo que no está claro o desea más información, no deje de consultarlo, puede solicitar la ampliación de información al investigador principal o sus colaboradores. Le concederemos todo el tiempo que necesite para decidirse o no a participar.

IDENTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

El estudio consiste en el análisis cuantitativo de las variables a cumplimentar en el cuestionario específico -formato impreso- de actitud hacia a la eutanasia compuesto por 21 ítems y 5 opciones de respuesta. Además, incluye 4 ítems para identificar el perfil sociodemográfico.

OBJETIVO QUE SE ESPERAN ALCANZAR

El propósito de este estudio es examinar las actitudes y percepciones de las enfermeras gestoras de casos o comunitarias de enlace hacia a la eutanasia o el suicidio asistido.

La participación es totalmente voluntaria. De ningún modo está obligado a participar y, si decide hacerlo, puede cambiar de opinión en todo momento. Todos los aspectos de este estudio, incluidos los resultados, serán tratados de manera estrictamente confidencial.

¿POR QUÉ HA SIDO ELEGIDO?

Usted ha sido elegido debido a que cumple con los criterios de inclusión al ser profesional de la enfermería adscrito a la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria y desempeñar tareas de gestión de casos o comunitarias de enlace en el último año.

CONFIDENCIALIDAD:

Se garantiza el derecho a la intimidad y a la confidencialidad de los datos obtenidos durante la investigación de todos los participantes, según se dispone en los términos establecidos en la Ley 3/2018 de Protección de datos Personales y garantía de los derechos digitales y en la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.



Servicio Canario de la Salud
CEIm Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín



CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído y entendido la Hoja de información al participante. He tenido la oportunidad de discutir las cuestiones relacionadas con esta información. Mis preguntas y dudas han sido respondidas de forma satisfactoria.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que soy libre de abandonar el estudio en cualquier momento y sin que esto vaya en detrimento de mis derechos legales ¹.

Entiendo que se pueden utilizar los datos de carácter anonimizados en otros documentos, quedando fuera de los mismos los datos personales y se tratarán con la debida reserva y confidencialidad.

He leído la información anterior y acepto participar en el estudio.

PARTICIPANTE

Nombre y apellidos:

Firma:

Fecha:

REPRESENTANTE LEGAL

Nombre y apellidos:

Firma padre, madre o tutor legal:

Fecha:

INVESTIGADOR

Nombre y apellidos:

Firma:

Fecha:

APARTADO DE REVOCACIÓN

1 Puede ejercer su derecho de REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO marcando esta casilla

Fecha de la revocación y firma

A cumplimentar por el investigador CÓDIGO: _____

**CUESTIONARIO EUTHANASIA ATTITUDE SCALE (EAS)
TRADUCIDO AL ESPAÑOL**

Universitat Rovira i Virgili

Con la presente investigación se pretende examinar las actitudes de la Enfermera Gestora de Casos o Comunitaria de Enlace hacia la eutanasia.

El cuestionario es anónimo.

El tiempo estimado para cumplimentar el cuestionario es de **5 minutos**.

GÉNERO | masculino femenino **EDAD** (en años).....
ESTADO CIVIL soltero/a casado/a separado/a divorciado/a viudo/a
¿PROFESA ALGUNA RELIGIÓN? SI NO

Instrucciones. En cada una de las siguientes frases, marque con una X la opción de respuesta elegida, según el grado de acuerdo o desacuerdo con el que se identifique

TA: Totalmente de acuerdo; **A:** de acuerdo; **N:** ni de acuerdo ni desacuerdo; **D:** desacuerdo; **TD:** Totalmente en desacuerdo

	TA	A	N	D	TD
CONSIDERACIONES ETICAS					
1. Una persona con una enfermedad terminal tiene el derecho de decidir morirse					
2. Inducir la muerte por una razón misericordiosa es incorrecto					
3. La eutanasia debe ser aceptada en la sociedad actual					
4. Nunca hay casos en los que la eutanasia sea apropiada					
5. La eutanasia es útil en el momento y lugar adecuados					
6. La eutanasia es un acto humano					
7. La eutanasia debe ir contra la ley					
8. La eutanasia debe usarse cuando la persona tiene una enfermedad terminal					
9. Acabar con vidas humanas es incorrecto sin importar las circunstancias					
10. La eutanasia es aceptable en los casos en los que no existe esperanza de recuperación					
11. La eutanasia le da a una persona la oportunidad de morir con dignidad					

Continúa en la siguiente página, ya has completado el 60%

CONSIDERACIONES PRÁCTICAS	TA	A	N	D	TD
12. La eutanasia es aceptable si la persona es mayor					
13. Si una persona con una enfermedad terminal o una lesión está cada vez más preocupada por la carga que su deterioro de la salud ha causado a su familia, apoyaré su solicitud de eutanasia					
14. La regulación de la eutanasia conducirá a abusos					
15. Tengo fe en el sistema sanitario local para implementar la eutanasia adecuadamente					
APRECIANDO LA VIDA					
16. Hay muy pocos casos en los que la eutanasia es aceptable					
17. La eutanasia debe practicarse sólo para eliminar el dolor físico y no el dolor emocional					
18. El trabajo de uno es mantener y preservar la vida, no terminar con ella					
19. Una clave de la ética profesional de los profesionales sanitarios es prolongar vidas y no acabar con ellas.					
CREENCIAS NATURISTAS					
20. Una persona no debe mantenerse con vida artificialmente a través de máquinas					
21. La muerte natural es una cura para el sufrimiento					

Comprueba que hayas cumplimentado todos los elementos.

Has finalizado.

Recuerda retornar el cuestionario al investigador.

MUCHAS GRACIAS POR COLABORAR EN ESTE ESTUDIO.

